

MC ASSURE

ASSURANCES HOSPITALISATION



CONDITIONS
GÉNÉRALES
2021



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

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 d'assurance	5
Article 5	Prise d'effet de la couverture	6
Article 6	Stage	6
Article 7	Exemption de souscription	7
Article 8	Objet du contrat d'assurance	7
Article 9	Principe de solidarité	7
Article 10	Exclusions – absence d'intervention	8
Article 11	Obligations du preneur d'assurance et des assurés	8
Article 12	Modalités d'intervention	8
Article 13	Primes	9
Article 14	Défaut de paiement de la prime	9
Article 15	Modifications contractuelles et tarifaires	9
Article 16	Durée et fin du contrat d'assurance	10
Article 17	Protection des données à caractère personnel	11
Article 18	Subrogation et récupération	11
Article 19	Abrogé	11
Article 20	Délai de prescription	12
Article 21	Correspondance et preuve	12
Article 22	Litiges ou plaintes	12
PARTIE 2	DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ASSURANCE HOSPI +	13
Article 23	Fixation de la prime	13
Article 24	Modalités d'intervention	13
PARTIE 3	DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ASSURANCE HOSPI +100 ET HOSPI +200	16
Article 25	Conditions particulières de souscription	16
Article 26	Fixation de la prime	16
Article 27	Modalités d'intervention	18
Annexe 1	LISTE DES MALADIES GRAVES ET/OU COUTEUSES	21
Annexe 2	LISTE DES ORGANISMES AGREES	22
Annexe 3	PRIMES	23
Annexe 4	ABREVIATIONS	26
Annexe 5	LEXIQUE	26

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, 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 Saint-Michel, Boulevard Anspach 111-115, 1000 - BRUXELLES
 - 137 : Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen, Rue Lucien Defays 77, 4800 - VERVIERS.
 - 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 recommandé, par courrier simple 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 bénéficiaire 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 à condition que ses primes soient 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.

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'assurance obligatoire.

- § 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'arrêté royal du 2 juillet 1996).

Article 4 – Conclusion du contrat d'assurance

- § 1. Le contrat peut être constitué au moyen d'une proposition d'assurance.

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 sont transmises.

La date de conclusion du contrat est celle reprise sur les conditions particulières pour autant que celles-ci soient signées par l'assuré et transmises auprès de MC ASSURE au plus tard le 15 du mois qui suit celui au cours duquel elles ont été émises.

Au-delà de ce délai, le contrat prendra cours le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception auprès de MC ASSURE des conditions particulières signées.

Si les conditions particulières ne sont pas transmises auprès de MC ASSURE dans les 3 mois, le contrat sera nul et non avenu.

- § 2. 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.

- § 3. 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 immédiatement 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.

- § 4. Le paiement spontané d'une prime sans y avoir été invité n'équivaut pas à une souscription.

Article 5 – Prise d’effet de la couverture

- §1. La garantie prend cours à la date du début du contrat d’assurance déterminée dans les conditions particulières pour autant que le stage ait pris fin.
- §2. En cas d’ajout d’un assuré secondaire au contrat, la garantie prend effet à la date reprise sur l’avenant au contrat.
- §3. Dans tous les cas, si un stage d’attente est prévu, l’assureur n’est tenu à aucune prestation aussi longtemps que ce stage n’est pas écoulé sauf en cas d’accident tel que prévu à l’article 6 §1 des présentes conditions générales.
- §4. Toute modification de contrat vers une formule présentant d’autres garanties, ou toute résiliation, 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 – Stage

- §1. A partir de la date de prise d’effet de couverture, l’assuré est soumis à une période de stage de six mois au cours de laquelle aucune prestation de l’assurance n’est accordée.

Lorsqu’un assuré est ajouté dans le contrat, il doit également accomplir un stage de six mois à partir de 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 celles-ci.

Le stage ne s’applique pas aux hospitalisations et frais consécutifs 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 maximum de 3 mois à dater de la fin de la couverture précédente. Si le stage est en cours dans l’assurance précédente, la période déjà effectuée est déduite de la période de stage à effectuer auprès de MC ASSURE.
 - Si l’assuré souscrit un contrat d’hospitalisation au cours du trimestre civil de la signature de sa première 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’assurance obligatoire, 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

- §1. Chaque preneur d'assurance 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 autre 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 prend 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, elle prend effet 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 la prise en charge financière totale ou partielle par l'employeur.
 - Si en cours de contrat, un assuré acquiert une couverture d'assurance à titre privé, sa police d'assurance est résiliée suivant les conditions figurant dans les présentes conditions générales.
- §2. Dans le cas d'un contrat d'assurance où l'assuré principal qui demande l'exemption est le seul payeur de primes (assuré secondaire de moins de 18 ans en Hospi +), le plus âgé des assurés secondaires recevra un appel à prime correspondant à la tranche d'âge directement au-dessus de la sienne.

Article 8 – Objet du contrat d'assurance

- §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 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'assurance obligatoire en ce compris le maximum à facturer (MAF).
 - 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 l'application de toute législation étrangère.
 - Émanant des interventions des services statutaires organisés dans le cadre de l'assurance complémentaire.
- §3. 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, 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 préexistants dans le chef d'un assuré n'entraîne ni l'exclusion de cet assuré, ni majoration des primes, ni 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'assurance obligatoire.
- 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 hospitalisations, soins et 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 du 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 et les forfaits pour dialyse tels que définis par l'assurance obligatoire.
- Les frais de transport, les séjours 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 soins médicaux et paramédicaux ayant fait l'objet d'une intervention du service « soins ambulatoires pour l'enfance » organisés dans le cadre de l'assurance complémentaire.

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

51. Les assurés doivent remplir la déclaration de consentement conformément à l'article « Protection des données à caractère personnel ».
52. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée doit communiquer à l'assureur, dans les 30 jours, par recommandé, courrier simple ou voie électronique:
 - Tout changement d'adresse ou de composition de ménage.
 - Le fait de cesser d'être soumis à la législation belge en matière de Sécurité Sociale.
 - Si une des conditions de souscription au contrat vient à être modifiée ou supprimée.
53. Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée doit communiquer à l'assureur le plus rapidement possible la survenance du sinistre à l'aide des documents prévus à cet effet ainsi que toutes les pièces justificatives des frais exposés.
54. Le preneur est tenu de payer la prime dès réception de l'avis d'échéance.

Article 12 – Modalités d'intervention

51. Les interventions de MC ASSURE sont accordées aux assurés lorsqu'une demande d'intervention complétée et signée et toutes les pièces justificatives des frais exposés sont communiquées à MC ASSURE. Toute note de crédit éventuelle devra être transmise à l'assureur dans les meilleurs délais.
52. Conformément aux lois relatives à la protection des données à caractère personnel et aux droits du patient, l'assuré ou la personne désignée par celui-ci autorise MC ASSURE à réclamer intégralement auprès du prestataire de soins, de l'établissement 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'établissement 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'assurance obligatoire, 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.

Article 13 – Primes

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.

Lors de l'ajout d'un nouvel assuré secondaire, la modification du montant de la prime prend cours au premier jour du mois qui suit cet ajout.

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.

Article 14 – Défaut de paiement de la prime

- §1. 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.

- §2. Si MC ASSURE décide d'appliquer la suspension de garantie, 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 l'assuré 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 « Lexique », 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 « Lexique », 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'Office de Contrôle des Mutualités peut exiger que MC ASSURE mette un tarif en équilibre si l'application de ce tarif donne lieu à des pertes. En outre, l'Office de Contrôle des Mutualités, 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'Office de Contrôle des Mutualités.
 - 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'Office de Contrôle des Mutualités.
- §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. 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'Office de Contrôle des Mutualités.

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: le preneur peut résilier son contrat dans les 3 mois qui suivent la notification par l'assureur de ces modifications. 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 la prise en charge financière total ou partielle 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 :
 - A 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'un autre organisme assureur.

- A la fin du mois au cours duquel la personne, qui était titulaire membre de l'assurance facultative, s'inscrit en qualité de personne à charge auprès d'un autre organisme assureur.
 - A la fin du trimestre qui précède l'entrée en vigueur de l'inscription d'une personne non visée ci-dessus auprès d'un autre organisme assureur.
 - En cas de fraude de l'assuré vis-à-vis de MC ASSURE.
 - Si l'assuré devient un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée.
- § 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 aux conditions suivantes :
- Sans stage et sans majoration de primes si le nouveau contrat est conclu dans les trois mois qui suivent la résiliation et après apurement des dettes éventuelles pour autant que la police d'assurance comporte les mêmes garanties que la précédente police d'assurance.
 - Avec stage et avec majoration des primes si le nouveau contrat est conclu au-delà des trois mois qui suivent la résiliation et après apurement des dettes éventuelles.
 - Avec stage et avec majoration des primes si la nouvelle police d'assurance présente des garanties supérieures à la police d'assurance précédemment résiliée.

Article 17 – Protection des données à caractère personnel

MC ASSURE traite les données personnelles conformément à la réglementation sur la protection des données à caractère personnel. La politique de traitement de données personnelles 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 - Abrogé

Article 20 – 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 21 – 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 toute lettre et correspondance recommandée ou autre que lui adresseraient MC ASSURE. En cas de refus de ces lettres et correspondances, celles-ci seront considérées comme lui étant parvenues.

Article 22 – 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 MC ASSURE par mail à l'adresse plainte.mcassure@mc.be ou par courrier à MC ASSURE – Gestion des Plaintes, Chaussée de Haecht 579, 1031 Bruxelles
- au médiateur de l'ANMC par mail à l'adresse mediateur@mc.be ou par courrier à ANMC-Médiateur, Chaussée de Haecht 579, 1031 Bruxelles
- à l'ombudsman des assurances par mail à l'adresse info@ombudsman.as ou par courrier à Service Ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles.

§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.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ASSURANCE HOSPI +

Article 23 – Fixation de la prime

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

Au 1^{er} janvier 2021 les montants annuels de la prime sont les suivants :

Hospi +	
Âge	€ annuel
De 0 à 17 ans	0,00 €
18 ans et plus	38,40 €
Dès le 4 ^{ème} assuré secondaire	17,28 €

§2. Une prime spécifique est appliquée au 4^{ème} assuré secondaire lorsqu'il n'est plus dispensé du paiement de la prime ainsi qu'aux éventuels assurés secondaires suivants. Cette prime est appliquée en fonction de l'âge de ces assurés secondaires.

Si, durant la vie du contrat, il s'opère des modifications dans la composition de la police, les primes liées aux 4^{ème} assuré secondaire et suivants seront recalculées et adaptées au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

§3. 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.

§4. 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 « Primes » des présentes conditions générales.

Article 24 – Modalités d'intervention

§1. Intervention pour séjour en établissement général hospitalier

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

- Remboursement des acomptes légaux versés à l'hôpital au plus tôt au début de l'hospitalisation concernée, sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital prouvant le paiement de tels acomptes. Un remboursement intégral est octroyé au bénéficiaire hospitalisé dans une chambre commune ou à deux lits, déduction faite de l'éventuelle franchise reprise au §2 de la présente disposition. Si le bénéficiaire est hospitalisé à sa demande dans une chambre à un lit, le remboursement de l'acompte correspondra au montant de l'acompte qui aurait été réclamé s'il avait été hospitalisé dans une chambre commune ou à deux lits, déduction faite de l'éventuelle franchise reprise au §2 de la présente disposition.
- Intervention à hauteur du montant de la franchise appliquée par le service «Hospi solidaire» organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire.
- 3,72 € maximum par jour d'hospitalisation pour les frais de téléphone facturés par l'établissement hospitalier.

- Les implants non remboursables par l'assurance obligatoire : remboursement maximum de 5.000 € par admission.
- Pour les soins délivrés à l'étranger, l'intervention de l'Hospi + est équivalente à celle qu'obtiendrait l'assuré si l'hospitalisation avait eu lieu sur le territoire belge.

52. 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 assurés de moins de 18 ans.

53. Intervention pour séjour en établissement psychiatrique

Intervention forfaitaire de 10 € par jour, avec un maximum de trente jours par hospitalisation, accordée lorsque le plafond annuel d'intervention prévu par le service « Hospi solidaire » organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire 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.

54. Interventions dans l'aide à domicile

Suite à une hospitalisation classique ou de jour et si l'état de santé de l'assuré le 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'assuré.
- 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
- Pour les prestations réalisées par les entités juridiques agréées par l'Assemblée Générale :
 - L'ASBL PSD « permanence soins à domicile » n° BCE 0445.266.919, siège social à Bouge.
 - Pour les assurés ayant leur domicile dans une des neuf communes germanophones de Belgique, les services de télévigilance organisés par la Communauté germanophone via les CPAS des communes.
 - Les magasins Qualias et Solival dont la liste est reprise à l'annexe 2 des présentes conditions générales.

55. Couverture Maladies graves et/ou coûteuses

L'assurance intervient dans les frais de soins ambulatoires, non couverts par l'assurance obligatoire qui sont onéreux pour les personnes présentant :

- Une maladie grave et/ou coûteuse reprise à l'annexe 1 des présentes conditions générales.
- Une maladie grave et/ou coûteuse non inscrite sur la liste, nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, particulièrement coûteux et qui présente un caractère chronique.
- Une polyopathie (plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique nécessitant des soins coûteux d'une durée prévisible supérieure à 6 mois).

Pour les pathologies non inscrites sur la liste et pour les polyopathologies, l'assuré doit en outre bénéficier du statut affection chronique à la date d'ouverture du dossier maladies graves et/ou coûteuses.

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 reprises dans la liste à l'annexe 1 des présentes conditions générales, le diagnostic sera complété par un rapport médical. La demande d'ouverture se fait au moyen d'un formulaire prévu à cet effet.
- Les frais supportés par le patient doivent être en lien avec la pathologie et repris dans la liste des dépenses admissibles ci-dessous.

Intervention

L'intervention est fixée à un forfait de 100 € par année civile.

L'assuré peut également présenter un relevé annuel de frais et recevoir l'équivalent de 50 % des dépenses admissibles en lien avec la maladie déclarée sans toutefois dépasser le plafond d'indemnisation de 150 € par année civile (correspondant à 50% des dépenses entre 200 € et 500 €).

Dépenses admissibles liées à la pathologie

- Médicaments ou produits pharmaceutiques non remboursables prescrits et achetés en pharmacie ou sur un site pharmaceutique autorisé par l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).
- Matériel de bandagisterie délivré auprès des entités juridiques agréées par l'Assemblée Générale (Annexe 2) 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'assurance obligatoire.

Ouverture du dossier

Lorsque le forfait de l'assurance complémentaire dans le cadre du service « Maladies graves et/ou coûteuses » 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 chaque année si réception par MC ASSURE du formulaire de prolongation prévu à cet effet, complété et signé par l'assuré et un médecin, au cours de l'année civile pour laquelle la prolongation est sollicitée.

Rechute

Réouverture d'un droit ouvert au préalable si réception du formulaire de rechute complété et signé par l'assuré et un médecin dans l'année calendrier suivant l'hospitalisation ou l'acte technique thérapeutique lié à la rechute.

Modalités d'intervention

L'intervention est accordée sur présentation des pièces justificatives et du formulaire prévu à cet effet . Cette intervention est versée à l'assuré ou à toute personne désignée par ce dernier.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ASSURANCE HOSPI +100 ET HOSPI +200

Article 25 – Conditions particulières de souscription

En plus des conditions prévues à l'article 1^{er} 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 3 mois à dater de la fin de la couverture précédente avec le stage accompli.

Article 26 – Fixation de la prime

§1. 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 de cours du contrat qui détermine le montant de la prime et de la majoration éventuelle.

§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 1^{er} janvier de l'année civile.

§3. Une prime spécifique est appliquée au 4^{ème} assuré secondaire lorsqu'il n'est plus dispensé du paiement de la prime ainsi qu'aux éventuels assurés secondaires suivants. Cette prime est appliquée en fonction de l'âge de ces assurés secondaires.

Si, durant la vie du contrat, il s'opère des modifications dans la composition de la police, les primes liées aux 4^{ème} assuré secondaire et aux assurés suivants seront recalculées et adaptées au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

§4. 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.

Au 1^{er} janvier 2021, 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 et souscription avant le 01-01-2016 en cas de souscription sans assurance similaire.

Âge actuel	Âge au moment de la souscription	€ annuel
De 0 à 17 ans	Jusqu'à 44 ans	33,12 €
De 18 à 24 ans	Jusqu'à 44 ans	49,08 €
De 25 à 49 ans	Jusqu'à 44 ans	115,92 €
De 50 à 64 ans	Jusqu'à 44 ans	149,04 €
65 ans et plus	Jusqu'à 44 ans	265,08 €
Dès le 4 ^{ème} assuré secondaire		16,80 €

Possibilité de souscription à partir de 70 ans : uniquement pour les assurés ayant été couverts par une assurance hospitalisation similaire dans un délai inférieur à 3 mois à dater de la fin de la couverture précédente.

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

65 ans à 69 ans inclus		400,08 €
70 ans et plus		424,32 €

Hospi + 200 :

- Si souscription avant le 45^{ème} anniversaire après le 31-12-2015 et souscription avant le 01-01-2016 en cas de souscription sans assurance similaire.

Âge actuel	Âge au moment de la souscription	€ annuel
De 0 à 17 ans	Jusqu'à 44 ans	83,76 €
De 18 à 24 ans	Jusqu'à 44 ans	123,60 €
De 25 à 49 ans	Jusqu'à 44 ans	291,60 €
De 50 à 64 ans	Jusqu'à 44 ans	375,00 €
65 ans et plus	Jusqu'à 44 ans	666,24 €
Dès le 4 ^{ème} assuré secondaire		42,96 €

Possibilité de souscription à partir de 70 ans : uniquement pour les assurés ayant été couverts par une assurance hospitalisation similaire dans un délai inférieur à 3 mois à dater de la fin de la couverture précédente.

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

65 ans à 69 ans inclus		1.005,00 €
70 ans et plus		1.066,32 €

- **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 :

Âge actuel	Âge au moment de la souscription	€ annuel
De 25 à 49 ans	De 45 à 49 ans	127,80 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	163,68 €
De 50 à 64 ans	De 50 à 54 ans	171,48 €
De 50 à 64 ans	De 55 à 59 ans	193,68 €
De 50 à 64 ans	De 60 à 64 ans	223,80 €
De 65 à 69 ans	De 45 à 49 ans	291,72 €
De 65 à 69 ans	De 50 à 54 ans	305,04 €
De 65 à 69 ans	De 55 à 59 ans	344,88 €
De 65 à 69 ans	De 60 à 64 ans	397,80 €
65 ans et plus	À partir de 65 ans	720,48 €
Dès le 4 ^{ème} assuré secondaire		16,80 €

Possibilité de souscription à partir de 70 ans : uniquement pour les assurés ayant été couverts par une assurance hospitalisation similaire dans un délai inférieur à 3 mois à dater de la fin de la couverture précédente.

Hospi + 200 :

Âge actuel	Âge au moment de la souscription	€ annuel
De 25 à 49 ans	De 45 à 49 ans	320,76 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	412,80 €
De 50 à 64 ans	De 50 à 54 ans	431,40 €
De 50 à 64 ans	De 55 à 59 ans	487,92 €
De 50 à 64 ans	De 60 à 64 ans	562,92 €
De 65 à 69 ans	De 45 à 49 ans	732,96 €
De 65 à 69 ans	De 50 à 54 ans	766,20 €
De 65 à 69 ans	De 55 à 59 ans	865,92 €
De 65 à 69 ans	De 60 à 64 ans	999,48 €
65 ans et plus	À partir de 65 ans	1.391,76 €
Dès le 4 ^{ème} assuré secondaire		42,96 €

Possibilité de souscription à partir de 70 ans : uniquement pour les assurés ayant été couverts par une assurance hospitalisation similaire dans un délai inférieur à 3 mois à dater de la fin de la couverture précédente.

Article 27 – Modalités d'intervention

51. Intervention pour séjour en établissement général hospitalier en chambre commune, à deux lits ou à un lit

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

- Remboursement des acomptes légaux versés à l'hôpital au plus tôt au début de l'hospitalisation concernée, sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital prouvant le paiement de tels acomptes. Un remboursement intégral est octroyé au bénéficiaire hospitalisé dans une chambre commune ou à deux lits. Si le bénéficiaire est hospitalisé à sa demande dans une chambre à un lit, le remboursement de l'acompte sera plafonné à un montant de 500 €, déduction faite de l'éventuelle franchise reprise au §2 de la présente disposition.
- Intervention à hauteur du montant de la franchise appliquée par le service «Hospi solidaire» organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire.
- Les suppléments d'honoraires en lien avec le choix d'une chambre particulière :
 - Hospi +100 : plafonnés à 100% du montant du barème fixé par l'assurance obligatoire pour les prestations médicales.
 - Hospi +200 : plafonnés à 200% du montant du barème fixé par l'assurance obligatoire pour les prestations médicales.
- Les suppléments de chambre en lien avec le choix d'une 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'assurance obligatoire : remboursement maximum de 5.000 € par admission.
- Pour les soins délivrés à l'étranger, l'intervention des Hospi +100 et 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.

52. Franchise

Uniquement en cas d'hospitalisation classique ou de jour en chambre particulière.

Une franchise de 100 € par bénéficiaire et par année civile est appliquée sur les suppléments liés au choix de la chambre particulière. Aucune franchise n'est appliquée pour les assurés de moins de 18 ans.

53. Intervention pour séjour en établissement psychiatrique

Intervention forfaitaire de 10 € par jour, avec un maximum de trente jours par hospitalisation, accordée lorsque le plafond annuel d'intervention prévu par le service «Hospi solidaire» organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire 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.

54. 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'assurance obligatoire, 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 l'ANMC ou par une convention bi- ou multilatérale.

Ne sont pas couverts les frais pré- et post- hospitalisation suivants :

- Soins et prothèses dentaires
- Médicaments
- Forfaits dialyse et salles de plâtre
- Frais de lunettes et lentilles
- Appareils auditifs
- Soins non remboursés par l'assurance obligatoire
- Frais de transport
- Soins ayant fait l'objet d'une intervention du service «soins ambulatoires de la petite enfance» organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire
- Frais de pré ou post hospitalisation résultant d'une hospitalisation non couverte par l'assurance.

55. Interventions dans l'aide à domicile

Suite à une hospitalisation classique ou de jour et si l'état de santé de l'assuré le 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'assuré.
- 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 ou l'accouchement à domicile ou en maison de naissance.
- Pour les prestations réalisées par les entités juridiques agréées par l'Assemblée Générale :
 - L'ASBL PSD« permanence soins à domicile » n° BCE 0445.266.919, siège social à Bouge.
 - Pour les assurés ayant leur domicile dans une des neuf communes germanophones de Belgique, les services de télévigilance organisés par la Communauté germanophone via les CPAS des communes.
 - Les magasins Qualias et Solival dont la liste est reprise à l'annexe 2 des présentes conditions générales.

Ou pour les prestations réalisées par une autre entité juridique en cas d'indisponibilité dans l'entité juridique agréée sur présentation du document de refus de celle-ci.

56. Couverture Maladies graves et/ou coûteuses

L'assurance intervient dans les frais de soins ambulatoires, non couverts par l'assurance obligatoire qui sont onéreux pour les personnes présentant :

- Une maladie grave et/ou coûteuse reprise à l'annexe 1 des présentes conditions générales.

- Une maladie grave et/ou coûteuse non inscrite sur la liste, 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).

Pour les pathologies non inscrites sur la liste et pour les polypathologies, l'assuré doit en outre bénéficier du statut affection chronique à la date d'ouverture du dossier maladies graves et/ou coûteuses.

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 reprises à l'annexe 1 des présentes conditions générales, le diagnostic sera complété par un rapport médical.
La demande d'ouverture se fait au moyen d'un formulaire prévu à cet effet.
- Les frais supportés par le patient doivent être en lien avec la pathologie et repris dans la liste des dépenses admissibles ci-dessous.

Intervention

L'intervention est fixée à un forfait de 200 € par année civile.

L'assuré peut également présenter un relevé annuel de frais et recevoir l'équivalent de 50% des dépenses admissibles en lien avec la maladie déclarée sans toutefois dépasser un plafond d'indemnisation de 1.800 € par année civile (correspondant à 50% des dépenses entre 400 € et 4.000 €).

Dépenses admissibles liées à la pathologie

- Médicaments ou produits pharmaceutiques non remboursables prescrits et achetés en pharmacie ou sur un site pharmaceutique autorisé par l'agence fédérale des médicaments ou des produits de santé (AFMPS).
- Matériel de bandagisterie délivré ou entretenu auprès des entités juridiques agréées par l'Assemblée Générale (Annexe 2), en pharmacie sur prescription ou chez un bandagiste/orthopédiste sur prescription si refus des entités juridiques agréées.
- 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'assurance obligatoire.

Ouverture du dossier

Lorsque le forfait de l'assurance complémentaire dans le cadre du service « Maladies graves et/ou coûteuses » 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 chaque année si réception par MC ASSURE du formulaire de prolongation prévu à cet effet, complété et signé par l'assuré et un médecin, au cours de l'année civile pour laquelle la prolongation est sollicitée.

Rechute

Réouverture d'un droit ouvert au préalable si réception du formulaire de rechute complété et signé par l'assuré et un médecin dans l'année calendrier suivant l'hospitalisation ou l'acte technique thérapeutique lié à la rechute.

Modalités d'intervention

L'intervention est accordée sur présentation des pièces justificatives et du formulaire prévu à cet effet.

Cette intervention est versée à l'assuré ou à toute personne désignée par ce dernier.

LISTE DES MALADIES GRAVES ET/OU CÔUTEUSES

Pathologies graves et/ou coûteuses	Critère de gravité à attester par le médecin
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	Handicap moteur étendu
2. Aplasie médullaire	
3. Artériopathie oblitérante (coronarienne ou périphérique) chronique et évolutive avec manifestations cliniques ischémiques	
4. Cirrhose du foie décompensée	
5. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et déficit immunitaire grave acquis (syndrome immunodéficientaire acquis)	
6. Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime	
7. Epilepsie	Pharmacorésistance des crises
8. Forme grave d'une affection neuro- musculaire (dont myopathie)	Handicap moteur étendu
9. Hémoglobinopathie homozygote	
10. Hémophilie	
11. Insuffisance cardiaque grave	Classification NYHA, stade III
12. Insuffisance rénale	GFR < 45 à deux reprises par analyse sanguine ou protéinurie > 1 gr/j à deux reprises par analyse urinaire
13. Insuffisance respiratoire chronique grave	VEMS < ou = 30 %
14. Maladie de Parkinson	
15. Maladie métabolique héréditaire nécessitant un traitement prolongé spécialisé	
16. Mucoviscidose	
17. Paraplégie	
18. Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive	
19. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	HAQ > 0,5 (Health Assessment Questionnaire) ou présence de manifestations
20. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	Durée de la maladie supérieure à un an avec conséquences
21. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	A l'occasion de toute poussée évolutive et/ou nécessitant un traitement
22. Sclérose en plaques invalidante	Nécessitant un traitement de fond et/ou avec handicap permanent
23. Spondylarthrite ankylosante grave	Nécessitant un traitement de fond et/ou avec handicap permanent systémiques
24. Suites de transplantation d'organe	
25. Tuberculose active	
26. 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 56à 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 Canoniers 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.

En 2021, les primes Hospi + sont composées de la manière suivante :

Hospi + Âge	Prime commerciale	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors de ces frais
De 0 à 17 ans	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
18 ans et plus	38,40 €	3,49 €	34,91 €	3,58 €	1,98 €	29,35 €
Dès le 4 ^e assuré secondaire	17,28 €	1,57 €	15,71 €	1,61 €	0,89 €	13,21 €

En 2021, les primes Hospi +100 non majorées 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	33,12 €	3,01 €	30,11 €	3,09 €	1,71 €	25,31 €
De 18 à 24 ans	49,08 €	4,46 €	44,62 €	4,57 €	2,53 €	37,52 €
De 25 à 49 ans	115,92 €	10,54 €	105,38 €	10,80 €	5,98 €	88,60 €
De 50 à 64 ans	149,04 €	13,55 €	135,49 €	13,89 €	7,68 €	113,92 €
À partir de 65 ans	265,08 €	24,10 €	240,98 €	24,70 €	13,66 €	202,62 €
À partir de 70 ans	424,32 €	38,57 €	385,75 €	39,54 €	21,87 €	324,34 €
Dès le 4 ^e assuré secondaire	16,80 €	1,53 €	15,27 €	1,57 €	0,87 €	12,83 €

En 2021, les primes Hospi +100 avec majoration sont composées de la manière suivante :

Hospi +100 Prime majorée		Prime commerciale	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors de ces frais
Âge actuel	Âge au moment de la souscription						
De 25 à 49 ans	De 45 à 49 ans	127,80 €	11,62 €	116,18 €	11,91 €	6,59 €	97,68 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	163,68 €	14,88 €	148,80 €	15,25 €	8,44 €	125,11 €
	De 50 à 54 ans	171,48 €	15,59 €	155,89 €	15,98 €	8,84 €	131,07 €
	De 55 à 59 ans	193,68 €	17,61 €	176,07 €	18,05 €	9,98 €	148,04 €
	De 60 à 64 ans	223,80 €	20,35 €	203,45 €	20,85 €	11,54 €	171,06 €
À partir de 65 ans	De 45 à 49 ans	291,72 €	26,52 €	265,20 €	27,18 €	15,04 €	222,98 €
	De 50 à 54 ans	305,04 €	27,73 €	277,31 €	28,42 €	15,72 €	233,17 €
	De 55 à 59 ans	344,88 €	31,35 €	313,53 €	32,14 €	17,78 €	263,61 €
	De 60 à 64 ans	397,80 €	36,16 €	361,64 €	37,07 €	20,50 €	304,07 €
	À partir de 65 ans et avant 70 ans	720,48 €	65,50 €	654,98 €	67,14 €	37,14 €	550,70 €
À partir de 70 ans	À partir de 70 ans	720,48 €	65,50 €	654,98 €	67,14 €	37,14 €	550,70 €

En 2021, les primes Hospi +200 non majorées 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	83,76 €	7,61 €	76,15 €	7,81 €	4,32 €	64,02 €
De 18 à 24 ans	123,60 €	11,24 €	112,36 €	11,52 €	6,37 €	94,47 €
De 25 à 49 ans	291,60 €	26,51 €	265,09 €	27,17 €	15,03 €	222,89 €
De 50 à 64 ans	375,00 €	34,09 €	340,91 €	34,94 €	19,33 €	286,64 €
À partir de 65 ans	666,24 €	60,57 €	605,67 €	62,08 €	34,34 €	509,25 €
À partir de 70 ans	1066,32 €	96,94 €	969,38 €	99,36 €	54,96 €	815,06 €
Dès le 4 ^e assuré secondaire	42,96 €	3,91 €	39,05 €	4,00 €	2,21 €	32,84 €

En 2021, les primes Hospi +200 avec majoration sont composées de la manière suivante :

Hospi +200 Prime majorée		Prime commerciale	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors de ces frais
Âge actuel	Âge au moment de la souscription						
De 25 à 49 ans	De 45 à 49 ans	320,76 €	29,16 €	291,60 €	29,89 €	16,53 €	245,18 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	412,80 €	37,53 €	375,27 €	38,47 €	21,28 €	315,52 €
	De 50 à 54 ans	431,40 €	39,22 €	392,18 €	40,20 €	22,24 €	329,74 €
	De 55 à 59 ans	487,92 €	44,36 €	443,56 €	45,46 €	25,15 €	372,95 €
	De 60 à 64 ans	562,92 €	51,17 €	511,75 €	52,45 €	29,02 €	430,28 €
À partir de 65 ans	De 45 à 49 ans	732,96 €	66,63 €	666,33 €	68,30 €	37,78 €	560,25 €
	De 50 à 54 ans	766,20 €	69,65 €	696,55 €	71,40 €	39,49 €	585,66 €
	De 55 à 59 ans	865,92 €	78,72 €	787,20 €	80,69 €	44,63 €	661,88 €
	De 60 à 64 ans	999,48 €	90,86 €	908,62 €	93,13 €	51,52 €	763,97 €
	À partir de 65 ans et avant 70 ans	1391,76 €	126,52 €	1265,24 €	129,69 €	71,74 €	1063,81 €
À partir de 70 ans	À partir de 70 ans	1391,76 €	126,52 €	1265,24 €	129,69 €	71,74 €	1063,81 €

Abréviations

ANMC	Alliance nationale des Mutualités chrétiennes
MR	Maison de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
SMA	Société Mutualiste d'Assurance
TM	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.

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE (AC)

Ensemble des opérations et autres services organisés par la Mutualité chrétienne et l'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes aux membres en ordre de paiement de cotisation.

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.

ASSURANCE OBLIGATOIRE (AO)

Assurance régie par l'INAMI et dépendant de la Sécurité Sociale qui donne droit aux remboursements des soins de santé et aux paiements des indemnités.

ASSURÉ

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

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'AO 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 secondaires) 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 préventoriiums.

FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

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'assurance obligatoire 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

FRANCHISE

Partie des frais qui reste, en tout état de cause, à charge du preneur d'assurance

GARANTIE

Obligation de remboursements ou de prestations que le contrat impose à l'assureur en cas de réalisation du risque.

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'assurance obligatoire :

- 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.

MAXIMUM À FACTURER (MAF)

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 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).

MÉNAGE MUTUALISTE

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

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 avec effet au 1^{er} 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 (PAC)

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 secondaires, et qui est tenue au paiement des primes.

PRESTATION MÉDICALE / PARAMÉDICALE

Sont considérées comme des prestations médicales/paramédicales, pour les soins pré et post, les prestations des médecins généralistes et spécialistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers et des logopèdes.

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'arrêté royal du 3 juillet 1969, modifié par les arrêtés ultérieurs.

RÉSIDENCE HABITUELLE

Lieu où un ménage ou une personne isolée vit habituellement.

SOINS AMBULATOIRES

Soins réalisés hors hospitalisation classique ou de jour par un prestataire de soins agréé par l'INAMI.

SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

Soins réalisés par un prestataire agréé par l'INAMI.

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'assurance obligatoire (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 est une société mutualiste d'assurances agréée par l'Office du contrôle des mutualités sous le n° 150/02 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que pour couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité.

Sont agents d'assurances pour MC ASSURE :

- 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 Liège
- 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 Saint-Michel - Boulevard Anspach 111-115, 1000 Bruxelles
- 137 - Mutualité chrétienne des arrondissements judiciaires de Verviers et d'Eupen - Rue Lucien Defays 77, 4800 Verviers.

En savoir plus?

- Appelez gratuitement le 0800 10 9 8 7
du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 9h00 à 13h00
- Surfez sur mc.be
- Consultez votre conseiller
- Consultez les fiches d'information Hospi +, Hospi +100 et Hospi +200
sur mc.be/conditions-assurances.

MC ASSURE, société mutualiste d'assurances agréée
auprès de l'Office de contrôle des mutualités 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.