

CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE (C.T.A) DKV FLEXI CORPORATE

EDITION 01.2017

Les Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A.)

sont établies en application des Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.)

1. PLAN D'ASSURANCE (= C.G.A. 6)

Le plan d'assurance est DKV Flexi Corporate.

2. CAS D'ASSURANCE (= C.G.A. 7)

- 2.1. Hospitalisation
- 2.1.1. Le cas d'assurance est constitué par l'admission et le traitement dans un hôpital suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident pour autant qu'une journée d'hospitalisation soit effectivement portée en compte.
- 2.1.2. Le cas d'assurance est également constitué par l'admission et le traitement dans un hôpital, suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident, pour autant qu'une hospitalisation de jour soit effectivement portée en compte.
Par hospitalisation de jour, il est entendu l'admission en hôpital de jour avec :
- un 'forfait d'hôpital de jour chirurgical' ou
 - un 'maxiforfait' ou
 - un 'forfait salle de plâtre' ou
 - un 'forfait d'hôpital de jour - groupe 1 à 7 inclus' ou
 - un 'forfait douleur chronique 1, 2 ou 3' ou
 - un 'forfait manipulation d'un cathéter à chambre' ou
 - des 'soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguin labile par une perfusion intraveineuse'.
- Cette énumération est limitative.
- 2.1.3. L'accouchement à domicile est assimilé à un accouchement à l'hôpital.
- 2.2. Traitement ambulatoire dans la période pré- et posthospitalière
Sauf dérogation prévue dans les Conditions Particulières d'Assurance (C.P.A.), le cas d'assurance débute 30 jours avant l'admission à l'hôpital (= période pré-hospitalière) et se termine 90 jours après la sortie de l'hôpital (= période posthospitalière) mais au plus tard au début d'un nouveau cas d'assurance.
- 2.3. Traitement ambulatoire 'Maladies Graves'
Le cas d'assurance est également constitué par le traitement ambulatoire des maladies graves suivantes, sauf dérogation prévue dans les C.P.A. : le cancer, la leucémie, la maladie de Parkinson, la maladie de Hodgkin, la maladie de Pompe, la maladie de Crohn, la maladie d'Alzheimer, le SIDA, le diabète, la tuberculose, la sclérose en plaque, la sclérose latérale amyotrophique, la méningite cérébrospinale, la poliomyélite, les dystrophies musculaires progressives, l'encéphalite, le tétanos, l'hépatite virale, la malaria, le typhus exanthématique, les affections typhoïdes et paratyphoïdes, la diphtérie, le choléra, le charbon, la mucoviscidose, une maladie rénale qui nécessite un traitement de dialyse, la brucellose, la maladie de Creutzfeldt-Jakob et l'Ebola.
Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement médical et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement.

L'assureur peut subordonner le droit aux prestations à la présentation des pièces médicales qui objectivent le diagnostic posé.

3. CRITERES D'INDEMNISATION

Sont remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance les frais médicaux qui :

- 3.1. ont un caractère curatif, diagnostique ou palliatif ;
- 3.2. sont médicalement nécessaires ;
- 3.3. sont prestés par des dispensateurs de soins reconnus ;
- 3.4. sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique ;
- 3.5. sont exposés pendant la durée du cas d'assurance.

4. FRAIS COUVERTS

- 4.1. Hospitalisation
Sont remboursés par cas d'assurance décrit sous les articles 2.1.1., 2.1.2. et 2.1.3. à 100% après l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité :
- 4.1.1. les frais de séjour ;
 - 4.1.2. les frais de séjour et de logement d'un des parents dans la même chambre que celui de l'enfant hospitalisé pour autant que le parent soit assuré auprès de l'assureur, et que l'enfant n'ait pas atteint l'âge de 18 ans ;

- 4.1.3. les frais des prestations médicales ;
- 4.1.4. les frais des prestations paramédicales ;
- 4.1.5. les frais pharmaceutiques, de pansement et de matériel médical ;
- 4.1.6. les frais des adjuvants médicaux (voir article 8.6.);
- 4.1.7. les frais de chirurgie ;
- 4.1.8. les frais d'anesthésie ;
- 4.1.9. les frais de l'utilisation de la salle d'opération, de travail et de salle de plâtres ;
- 4.1.10. les frais des prothèses médicales (voir articles 8.3. et 8.6.) ;
- 4.1.11. les frais des membres artificiels (voir article 8.6.) ;
- 4.1.12. les frais de transport en ambulance en Belgique vers et depuis un hôpital et le transfert vers un autre hôpital ;
- 4.1.13. les frais de transport par hélicoptère en Belgique du lieu de l'accident à l'hôpital pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'un autre moyen de transport ne puisse être utilisé ;
- 4.1.14. les frais mortuaires qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation ;
- 4.1.15. les frais de soins post-natals dans les limites définies dans la convention conclue entre l'organisation de soins post-natals et l'assureur. Il s'agit des frais facturés par cette organisation pour les soins qui sont fournis, à domicile, à la mère, au nouveau-né et à la famille par le prestataire de soins habilité ;
- 4.1.16. les frais de séjour du donneur avec un maximum de € 1 250 à l'occasion de la transplantation médicalement nécessaire d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré hospitalisé ;
- 4.1.17. si l'assurance maladie légale n'intervient pas sur un ou plusieurs des postes suivants de la facture de l'hôpital :
 - les frais des produits pharmaceutiques, de pansement et du matériel médical (4.1.5.);
 - les frais des adjuvants médicaux (4.1.6.) ;
 - les frais des prothèses médicales (4.1.10.) ;
 - les frais des membres artificiels (4.1.11.) ;
 ces frais pris ensemble sont remboursables à concurrence d'un montant de € 10 000 par année d'assurance et par assuré, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
 Les frais concernés qui excèdent ce montant sont ensuite remboursables à 50% après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
 Si la date de début du plan d'assurance souscrit ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle du contrat, le principe ci-dessus est appliqué au prorata du nombre de mois entre la date de début du plan d'assurance souscrit et la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance.
 Le principe décrit ci-dessus est applicable une fois par cas d'assurance qui s'étale d'une façon ininterrompue sur 2 années d'assurance consécutives.

En cas d'absence d'intervention de l'assurance maladie légale pour tous les postes de la facture d'hospitalisation, le taux de remboursement est réduit de 50% pour le cas d'assurance après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

- 4.2. Traitement ambulatoire dans la période pré-et posthospitalière et dans le cadre de la garantie 'Maladies Graves'

Sont remboursés à 100% par cas d'assurance décrit sous les articles 2.2. et 2.3. et après l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la cause du traitement en hôpital et exposés pendant la période pré- et posthospitalière ou pour autant qu'ils soient en rapport direct avec le traitement de la maladie grave diagnostiquée reprise sous l'article 2.3. :

 - 4.2.1. les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation ;
 - 4.2.2. les frais du traitement homéopathique, du traitement d'acupuncture, du traitement d'ostéopathie et du traitement de chiropraxie ;
 - 4.2.3. les frais des actes paramédicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur.
Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie;
 - 4.2.4. les frais des adjuvants médicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur.
Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les verres de lunettes ou les verres de contact (et en cas de remplacement à condition que la dioptrie ait changé d'au moins 0.5), les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, le lombostat, les attelles et les béquilles (voir article 8.6.) ;
 - 4.2.5. les frais des prothèses médicales (voir articles 8.3. et 8.6.) ;
 - 4.2.6. les frais d'une perruque dans le contexte d'une maladie oncologique avec un maximum de € 1 250 à la condition que l'assurance maladie légale intervienne ;
 - 4.2.7. les frais des membres artificiels (voir article 8.6.) ;
 - 4.2.8. les frais des médicaments allopathiques et homéopathiques, de pansement et de matériel médical, prescrits par un médecin, à l'exclusion des produits alimentaires, des compléments alimentaires, des vitamines et des minéraux, des produits d'hygiène et cosmétiques et de tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général.

En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale le taux de remboursement est réduit de 50 %, après déduction de l'intervention statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

5. STAGE (= C.G.A. 12)

Il n'y a pas de stage.

6. CONTRIBUTION PERSONNELLE (= C.G.A.13) ET HOSPITALISATION DE JOUR EN CHAMBRE INDIVIDUELLE (=C.G.A. 26)

- 6.1. La contribution personnelle est appliquée :
 - 6.1.1. par assuré,
 - 6.1.2. par cas d'assurance décrit sous l'article 2.1.1. en cas d'admission dans une chambre individuelle.
- 6.2. La contribution personnelle n'est pas d'application
 - 6.2.1. en cas d'admission en chambre double ou commune
 - 6.2.2. en cas de traitement ambulatoire d'une maladie grave reprise sous l'article 2.3.
- 6.3. Hospitalisation de jour en chambre individuelle
En cas d'admission en hôpital de jour en chambre individuelle (voir article 2.1.2.) les suppléments de chambre et d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assureur.

7. ASSURABILITÉ (= C.G.A. 17-18-19)

- 7.1. L'affiliation des membres du personnel est obligatoire. L'affiliation est possible pour autant que chacune des conditions suivantes soit remplie :
 - 7.1.1. qu'ils soient assujettis à la sécurité sociale belge et qu'ils en bénéficient ;
 - 7.1.2. qu'il ne soit démontré qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, soit totalement soit partiellement ;
 - 7.1.3. qu'ils aient leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique. Les membres du personnel ne sont pas couverts s'ils résident à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs ;
 - 7.1.4. qu'ils soient en service actif dans une filiale du preneur d'assurance établie en Belgique pour autant que cette filiale soit reprise dans la police ;
 - 7.1.5. qu'ils soient engagés par un contrat de travail à durée (in)déterminée.
- 7.2. Frontaliers
Par 'frontaliers' on entend chaque membre du personnel qui exerce ses activités professionnelles en Belgique et qui habite sur le territoire d'un pays limitrophe. Les pays limitrophes sont les Pays-Bas, la France, le Luxembourg et l'Allemagne. L'affiliation est possible pour autant que chacune des conditions suivantes soit remplie :
 - 7.2.1 être assujettis à la sécurité sociale belge ou à la sécurité sociale de leur domicile et résidence fixe et habituelle et en bénéficier ;
 - 7.2.2. il n'est pas prouvé qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, ni totalement, ni partiellement ;
 - 7.2.3. avoir son domicile et sa résidence fixe et habituelle dans un pays limitrophe de la Belgique; les pays limitrophes sont les Pays-Bas, l'Allemagne, le Luxembourg et la France. Les membres du personnel ne sont plus couverts s'ils résident à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs. Par 'étranger' on entend tout pays autre que celui où l'assuré a son domicile et sa résidence fixe et habituelle ;
 - 7.2.4. être en service actif dans une filiale belge du preneur d'assurance pour autant que cette filiale soit reprise dans la police ;
 - 7.2.5. être engagé par un contrat de travail à durée (in)déterminée.
- 7.3. L'affiliation des membres de famille des membres du personnel est facultative. L'affiliation est possible pour autant que chacune des conditions suivantes soit remplie :
 - 7.3.1. le partenaire de vie est domicilié à l'adresse du membre du personnel assuré et réside effectivement à l'adresse du membre du personnel.
Les enfants du membre du personnel assuré ou de son partenaire de vie remplissent les conditions reprises sous l'article 18 des C.G.A et ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique ou dans un pays limitrophe de la Belgique ;
 - 7.3.2. les membres de famille ne sont pas couverts s'ils résident à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs. La couverture reste cependant acquise pour les enfants fiscalement à charge de l'un des parents et qui dans le cadre de leurs études séjournent dans l'un des États membres de l'Union européenne (à l'exclusion des pays et territoires d'outre-mer), pour autant qu'ils demeurent couverts par la sécurité sociale belge et qu'ils fournissent à l'assureur une attestation de période de séjour à l'étranger délivrée par leur établissement d'enseignement d'accueil à l'étranger et/ou par leur établissement d'enseignement d'origine ainsi qu'une copie de leur carte européenne d'assurance maladie. La couverture est limitée à une période de 6 mois ;
 - 7.3.3. être assujettis à la sécurité sociale belge ou à la sécurité sociale de leur domicile et résidence fixe et habituelle et qu'ils en bénéficient ;
 - 7.3.4. que l'affiliation s'étende à tous les membres de famille ;
 - 7.3.5. qu'il ne soit démontré qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, soit totalement soit partiellement.

8. RISQUES NON PRÉVUS OU EXCLUS (= C.G.A. 26)

La garantie d'assurance ne s'étend pas :

- 8.1 aux cas d'assurance en cours à la date de début de la garantie d'assurance en prenant en considération la date d'entrée à l'hôpital (sauf en cas de reprise d'un contrat d'assurance groupe existant qui couvre un risque similaire ou identique) ;
- 8.2 aux traitements dentaires quelle qu'en soit la nature à l'exception de ceux dont la nécessité médicale suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident est établie ;
- 8.3 aux prothèses dentaires (bridges, couronnes et implants dentaires) et au matériel dentaire quelle qu'en soit la nature, à l'exception de ceux délivrés et placés pendant la période posthospitalière (d'un cas d'assurance pour lequel DKV Belgium S.A. est intervenu), dont la nécessité médicale suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident, est établie et dont le plan de traitement a préalablement été approuvé par l'assureur ;
- 8.4 à la chirurgie maxillo-faciale ayant pour but de placer des implants ou du matériel dentaire y compris le sinus lift et/ou les substituts osseux ou les membranes ;
- 8.5 aux traitements psychothérapeutiques ambulatoires non dispensés par un psychiatre.
Dans le cas d'une admission et d'un traitement psychothérapeutique en hôpital, l'intervention est limitée à 120 jours par personne assurée et par année d'assurance ;
- 8.6 les coûts d'entretien et de réparation, les coûts d'utilisation et les pièces de rechange des prothèses médicales, membres artificiels et adjuvants médicaux.

9. TERRITORIALITÉ (= C.G.A. 27)

La garantie d'assurance est valable dans le monde entier pour une hospitalisation à l'étranger qui est médicalement nécessaire et imprévue.

La garantie d'assurance est également valable dans les pays membres de l'Union Européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) pour une hospitalisation à l'étranger qui est médicalement nécessaire et planifiée, à condition qu'un accord ait été conclu au préalable avec la mutualité.

10. MEDI-CARD®

- 10.1. Service
Par l'utilisation de la Medi-Card® les coûts encourus lors de l'admission dans un hôpital belge sont payés par l'assureur directement à l'hôpital pour autant :
 - qu'ils ne soient pas exclus par le contrat d'assurance et
 - que le séjour ait lieu dans un type de chambre assuré.Les services associés à la Medi-Card® ne sont pas applicables dans le cas d'admission dans un hôpital de jour dans une chambre individuelle.
- 10.2. Engagements
En utilisant la Medi-Card® qui est strictement personnelle, l'assuré accepte l'application des droits et obligations qui y sont liés.
Lorsque l'assureur rembourse à l'hôpital les frais de séjour dans le cadre d'un dossier Medi-Card®, le preneur d'assurance ou l'assuré reconnaît que les frais suivants restent à sa charge :
 - la contribution personnelle ;
 - les frais non-médicaux ;
 - le montant dépassant le plafond assuré ;
 - les frais relatifs au cas d'assurance qui sont non couverts ;
 - les frais refusés par l'assureur.Les services associés à la Medi-Card® peuvent être suspendus à l'égard d'un assuré :
 - en cas d'utilisation abusive de la carte ;
 - en cas de non-paiement par l'assuré des frais précités restant à sa charge.Les services associés à la Medi-Card® peuvent être suspendus à l'égard de tous les assurés :
 - en cas de non-paiement de la prime par le preneur d'assurance.