

CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE (C.T.A.)

Plan AZ : Assurance Soins de Santé - Frais Ambulatoires et Dentaires

EDITION : 01.2024

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

sont formulées en exécution des Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.).

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

Le plan d'assurance est le Plan AZ.

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

- 2.1. Le cas d'assurance est constitué par le traitement ambulatoire et le traitement ambulatoire dentaire. Le cas d'assurance débute avec l'instauration du traitement ambulatoire et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité de traitement mais au plus tard à la fin du plan d'assurance.
- 2.2. La garantie d'assurance s'étend aux cas d'assurance survenus à la suite d'un risque défini dans la police.
- 2.3. Sont remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance les frais médicaux et dentaires qui:
 - 2.3.1. ont un caractère curatif et/ou diagnostique ;
 - 2.3.2. sont médicalement nécessaires ;
 - 2.3.3. sont prestés par des dispensateurs de soins reconnus ;
 - 2.3.4. sont éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique ;
 - 2.3.5. sont exposés pendant la durée du cas d'assurance ;
 - 2.3.6. ont un caractère préventif, pour autant qu'ils soient explicitement et expressément couverts dans la police.

Dans les conditions ainsi énumérées, l'assureur garantit la liberté thérapeutique du dispensateur des soins et de l'assurée.

- 2.4. Sont remboursés par cas d'assurance au taux de remboursement prévu dans la police après intervention de l'assurance maladie légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité :
 - 2.4.1. les actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation, y compris les traitements homéopathiques, d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropraxie ;
 - 2.4.2. les actes paramédicaux prescrits par un médecin et approuvés préalablement par l'assureur.
Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable: les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie.
 - 2.4.3. les adjuvants médicaux prescrits par un médecin et approuvés préalablement par l'assureur ;
Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable: les montures de lunettes, les verres de lunettes ou les verres de contact, les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, le lombostat, les attelles et les béquilles. Les frais dûment établis sont couverts à l'exclusion des frais d'entretien et de réparation, des frais des adjuvants pour leur utilisation et des pièces de rechange.
 - 2.4.4. les prothèses médicales ;
 - 2.4.5. les membres artificiels ;
 - 2.4.6. les produits homéopathiques et allopathiques, si prescrits par un médecin, à l'exclusion de vitamines, de matières minérales, de suppléments alimentaires, de produits hygiéniques et cosmétiques ou chaque autre produit qui n'a pas de caractère curatif et/ou diagnostique, les pansements et le matériel médical. Est exclu : tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général.
 - 2.4.7. les traitements dentaires par lesquels on entend: consultations chez le dentiste, radiographies dentaires, traitements préventifs, extractions dentaires et traitements conservatoires ;
 - 2.4.8. les traitements orthodontiques pour autant que le plan de traitement soit préalablement approuvé par l'assureur ;
 - 2.4.9. les prothèses dentaires par lesquels on entend : le remplacement partiel ou total des dents, le matériel dentaire, les bridges, couronnes et implants pour autant que le plan de traitement soit préalablement approuvé par l'assureur.
 - 2.4.10. le cout des vaccins disponibles en Belgique prescrits par un dispensateur de soins reconnu, à condition que les directives du Conseil supérieur de la santé en matière de vaccinations soient respectées et que toutes les autres possibilités existantes de remboursement de ces frais aient été épuisées.
 - 2.4.11. Par dérogation à point 26.9 des Conditions générales d'assurance, les soins de santé mentale de première ligne sont couverts pour les consultations qui répondent à toutes les conditions suivantes :
 - la thérapie est dispensée par un psychologue clinicien agréé et certifié en Belgique ;

- la thérapie est axée sur les problèmes liés à la santé mentale et a un objectif thérapeutique clair. Ne sont donc pas couverts (liste non exhaustive) : le coaching de carrière professionnelle ;
- la thérapie ne concerne pas le traitement de santé mental spécialisé de troubles psychiatriques complexes ou plus graves par un psychiatre, requis en raison de la maladie mentale sous-jacent de l'assuré. Ces consultations sont remboursées au titre de l'article 2.4.1.
- le traitement n'est pas dispensé dans le cadre d'une admission dans un centre de soins ou un hôpital (psychiatrique).

Les tickets modérateurs légaux des consultations de soins de santé mentale de première ligne qui ont eu lieu dans le cadre du système conventionné (i.e. la convention INAMI concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires) sont également éligibles au remboursement au titre de cette garantie, quel que soit le titre professionnel ou la certification du prestataire de soins.

Une seule séance par jour est remboursable.

Les frais seront remboursés sans l'accord préalable de l'assureur et sans recommandation par un médecin généraliste, mais à condition que l'assuré soumette le formulaire de déclaration de sinistre dédié de l'assureur, dont un exemplaire est disponible sur www.dkv.be.

- 2.5. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement prévu dans la police est maintenu, après déduction de l'intervention de l'assurance maladie statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.
- 2.6. Les frais décrits et cumulés sont remboursés à concurrence du maximum du capital annuel prévu dans la police. Pour les montures de lunettes, la couverture s'élève à un maximum de € 85,00 par monture. Pour les vaccins, la couverture s'élève à un maximum de € 100,00 par assurée et par année d'assurance. Pour les soins de santé mentale de première ligne, la couverture s'élève à un maximum de € 250,00 par assurée et par année d'assurance.
- 2.7. Le capital s'applique:
 - 2.7.1. par personne;
 - 2.7.2. par année d'assurance mais au prorata du nombre de mois s'étalant entre le début d'un plan d'assurance et la date d'échéance annuelle, si ce début ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle;
 - 2.7.3. en prenant en considération la date des prestations effectuées.

Le capital ne peut être reporté à la prochaine année d'assurance.

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

Le stage s'élève à:

- 3.1. 9 mois pour les frais des prothèses dentaires ;
- 3.2. 9 mois pour la première monture de lunettes ; 36 mois pour la suivante à compter de la date de livraison de la dernière monture.
- 3.3. 12 mois pour les soins de santé mentale de première ligne.

Le stage commence à partir du moment où l'affiliation est effective.

4. ASSURABILITÉ (= C.G.A. 17-18-19)

- 4.1. L'affiliation des membres du personnel est obligatoire. L'affiliation est possible pour autant que chacune des conditions suivantes soit remplie :
 - 4.1.1. qu'ils soient soumis à la sécurité sociale belge et qu'ils en bénéficient ;
 - 4.1.2. qu'il ne soit démontré qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, soit totalement soit partiellement ;
 - 4.1.3. qu'ils aient leur domicile et leur résidence fixe en Belgique ou dans un pays limitrophe ; les membres du personnel ne sont pas couverts s'ils résident à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs ;
 - 4.1.4. qu'ils soient en service actif dans une filiale du preneur d'assurance établie en Belgique ;
 - 4.1.5. qu'ils soient engagés par un contrat à durée (in)déterminée.
- 4.2. L'affiliation des membres de famille est facultative. L'affiliation est possible pour autant que chacune des conditions suivantes soit remplie :
 - 4.2.1. qu'ils cohabitent avec le membre du personnel assuré et qu'ils aient leur domicile et leur résidence fixe à l'adresse du membre du personnel. Les membres de famille ne sont pas couverts s'ils résident à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs;

- 4.2.2. qu'ils soient soumis à la sécurité sociale belge et qu'ils en bénéficient;
 - 4.2.3. que l'affiliation s'étende à tous les membres de famille;
 - 4.2.4. qu'il ne soit démontré qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, soit totalement soit partiellement.
- 4.3. **Frontaliers**
Par 'frontaliers' on entend chaque membre du personnel qui exerce ses activités professionnelles en Belgique et qui habite sur le territoire d'un autre état membre. Les pays qui entrent en ligne de compte et qui sont donc considérés comme pays limitrophe, sont les Pays-Bas, l'Allemagne, le Luxembourg et la France. L'affiliation est possible pour autant que chacune des conditions suivantes soit remplie :
- 4.3.1. être soumis à la sécurité sociale belge ou à la sécurité sociale de leur domicile et résidence fixe et en bénéficiant. Les membres du personnel ne sont plus couverts s'ils résident à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs. Par 'l'étranger' on entend tout pays autre que celui où l'assuré a son domicile et sa résidence fixe ;
 - 4.3.2. il n'est pas prouvé qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, ni totalement, ni partiellement ;
 - 4.3.3. avoir son domicile et sa résidence fixe en Belgique ou dans un pays limitrophe; les pays limitrophes sont les Pays-Bas, l'Allemagne, le Luxembourg et la France ;
 - 4.3.4. être en service actif dans une filiale belge du preneur d'assurance ;
 - 4.3.5. être engagé par un contrat à durée (in)déterminée.
- 4.4. L'affiliation des membres de famille d'un frontalier est facultative. L'affiliation est possible pour autant que chacune des conditions suivantes soit remplie :
- 4.4.1. qu'ils cohabitent de fait avec le membre du personnel assuré et qu'ils aient leur domicile et leur résidence fixe à l'adresse du membre du personnel. Les membres de famille ne sont pas couverts s'ils résident à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs ;
 - 4.4.2. qu'ils soient soumis à la sécurité sociale belge ou à la sécurité sociale de leur domicile et résidence fixe et qu'ils en bénéficient ;
 - 4.4.3. que l'affiliation s'étende à tous les membres de famille ;
 - 4.4.4. qu'il ne soit démontré qu'un risque similaire ou identique est déjà couvert par un autre contrat d'assurance, soit totalement soit partiellement.

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

La garantie d'assurance ne s'étend pas :

- 5.1. aux cas d'assurance en cours à la date de début de la garantie d'assurance (sauf en cas de reprise d'un contrat d'assurance groupe existant qui couvre un risque similaire ou identique) ;
- 5.2. à la chirurgie maxillo-faciale ayant pour but de placer des implants ou du matériel dentaire (y compris les sinus lift et/ou les substituts osseux ou les membranes).

6. TERRITORIALITÉ (= C.G.A. 27)

La garantie d'assurance est valable dans le monde entier pour un traitement médicalement nécessaire relatif à une maladie, un accouchement ou un accident non prévus. Un traitement prévu dans l'Union Européenne sera remboursé uniquement après l'accord préalable du médecin-conseil de DKV Belgium S.A. et après l'intervention de l'assurance maladie légale (par l'utilisation du formulaire S2 ou après utilisation de la carte européenne d'assurance maladie).