

DKV Hospi Essential

Conditions Générales d'Assurance

92U & 92X
01.08.2025

Table des matières

1.	Champ d'application.....	3
1.1	Qui est assurable ?.....	3
1.2	Qui est assuré ?.....	3
2.	Étendue de la garantie d'assurance.....	3
2.1	Où l'assurance est-elle valable ?	3
2.1.1	Garantie "Frais médicaux"	3
2.1.2	Garantie "Assistance à l'étranger" DKV ASSISTANCE	4
2.2	Qu'est-ce qui est assuré ?	4
2.2.1	Garantie "Frais médicaux"	4
2.2.2	Garantie "Assistance à l'étranger" DKV ASSISTANCE	6
2.3	Quels sont les frais remboursés ?	6
2.3.1	Garantie "Frais médicaux"	6
2.3.2	Garantie "Assistance à l'étranger" DKV ASSISTANCE	13
2.4	Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	16
2.4.1	Garantie "Frais médicaux"	16
2.4.2	Garantie "Assistance à l'étranger" DKV ASSISTANCE	17
3.	Cas d'assurance (aussi appelés "sinistres")	18
3.1	Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?.....	18
3.2	Modalités de détermination du droit aux prestations d'assurance	18
3.3	Modalités de paiement	19
3.4	Substitution.....	19
3.5	Règlement des divergences d'opinion	19
4.	Déroulement du contrat d'assurance.....	20
4.1	Début du contrat d'assurance et du plan d'assurance DKV Hospi Essential.....	20
4.1.1	Évaluation et acceptation du risque à assurer	20
4.1.2	Conclusion du contrat d'assurance et début des garanties d'assurance	20
4.1.3	Durée du contrat d'assurance	21
4.2	Primes.....	21
4.2.1	Dispositions générales.....	21
4.2.2	Paiement des primes	21
4.2.3	Primes impayées	21
4.2.4	Adaptation de la prime et/ou des conditions d'assurance	22
4.3	Fin du contrat d'assurance et du plan d'assurance DKV Hospi Essential	22
4.3.1	Fin du contrat d'assurance.....	22
4.3.2	Fin du plan d'assurance.....	23
4.3.3	Fraude/tromperie	23
4.4	Droit à la continuation à la sortie du contrat d'assurance	23
4.5	Déclarations obligatoires	23
4.6	Protection de la vie privée	24
4.7	Couverture en cas de terrorisme.....	24
4.8	Dispositions finales.....	24
4.8.1	Droit applicable et juridiction	24
4.8.2	Gestion des plaintes	24
5.	Glossaire	25

Les mots repris en *caractères italiques* font référence à des termes pour lesquels une explication ou une définition concise est fournie au glossaire alphabétique situé à la fin de ce document.

Le contenu repris en **caractères gras** met en évidence des exclusions et/ou limites à la garantie d'assurance.

1. Champ d'application

Assurance hospitalisation individuelle à caractère indemnitaire, conformément à la législation belge applicable, en complément de toute *intervention légale, statutaire ou autre*.

Cette assurance est une police d'assurance combinée. Cela signifie que cette assurance combine 2 garanties dans un seul *contrat d'assurance* :

- (1) La garantie "Frais médicaux" ¹

Cette garantie couvre les frais médicaux et d'autres frais liés à une hospitalisation, les frais médicaux de *consultations et/ou de traitements ambulatoires* dans la période pré- et post-hospitalière d'une hospitalisation couverte et dans le cadre des "Maladies graves", telles que définies ci-après et dans les limites géographiques définies à l'article 2.1.1.

- (2) La garantie "Assistance à l'étranger" ² DKV ASSISTANCE

Cette garantie prévoit des prestations d'assistance spécifiques à la suite (i) d'une *hospitalisation non-planifiée* dans un *hôpital à l'étranger* en conséquence d'une *maladie* ou d'un *accident* ou (ii) à la suite d'un *accident de sports d'hiver* sur une piste de ski, sans hospitalisation, dans les limites géographiques définies à l'article 2.1.2.

La durée de cette garantie est la même que celle de la garantie "Frais médicaux".

Les garanties "Frais médicaux" et "Assistance à l'étranger" susmentionnées de la présente police d'assurance combinée ne peuvent pas être résiliées partiellement. La résiliation s'applique toujours à l'ensemble du *contrat d'assurance* et à toutes les garanties qui le constituent.

1.1. Qui est assurable ?

Toute personne physique qui simultanément :

- n'a pas atteint l'âge de 70 ans au moment de la souscription du *plan d'assurance* DKV Hospi Essential;
- a son *lieu de résidence* et sa *résidence principale* en Belgique, qu'elle ne séjourne pas pendant plus de 90 jours consécutifs à *l'étranger* ;
- est assujettie à la sécurité sociale belge et en bénéficie.

Les nouveau-nés d'un *assuré* peuvent être assurés dès la naissance, sans examen médical du risque, dans tout *plan d'assurance similaire* à celui-ci et qui est activement commercialisé au moment de la naissance, pour autant que la demande d'affiliation soit effectuée, par écrit (en format papier ou digital), endéans les 60 jours suivant le jour de la naissance.

Le séjour effectif temporaire dans les États membres de l'Union européenne (à l'exclusion des territoires d'outre-mer) des étudiants de moins de 26 ans est couvert conformément à l'article 2.1, lorsqu'il est effectué en continuité de leurs études et cadre dans des programmes unilatéraux ou multilatéraux ou dans le cadre d'une convention entre deux ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur. La durée maximale du séjour est de 6 mois, et l'*assuré* doit continuer à être soumis et à bénéficier de la couverture de sécurité sociale belge. À la demande de *l'assureur*, l'*assuré* (étudiant) fournit un certificat d'inscription de l'établissement d'enseignement supérieur à *l'étranger* indiquant la durée du séjour ainsi qu'une copie de sa carte européenne d'assurance maladie.

1.2. Qui est assuré ?

Sont assurées les personnes physiques, mentionnées aux Conditions Particulières d'Assurance, pour lesquelles l'*assureur* a reçu une *proposition d'assurance* qu'il a acceptée sur base de critères médicaux et techniques d'assurance. Elles bénéficient, à ce titre, du *plan d'assurance* DKV Hospi Essential souscrit dans le *contrat d'assurance*.

2. Étendue de la garantie d'assurance

2.1. Où l'assurance est-elle valable ?

2.1.1. Garantie "Frais médicaux"

- Dans les États membres de l'Union européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) pour toute *hospitalisation à l'étranger*, qui est médicalement nécessaire et *non-planifiée* ;
- Dans les États membres de l'Union européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) pour toute hospitalisation médicalement nécessaire et planifiée, à condition qu'un accord ait été conclu au préalable avec la mutualité ;
- En Belgique pour
 - les *consultations et/ou traitements ambulatoires* pendant la période pré- et post-hospitalière, tant pour une *hospitalisation* médicalement nécessaire et *non-planifiée* que pour une hospitalisation médicalement nécessaire et planifiée ;
 - les *consultations et/ou traitements ambulatoires* dans le cadre des "Maladies graves" ;

¹ Branche 2 Maladie

² Branche 18 Assistance

- l'aide non-médicale dans le cadre des "Maladies graves".

2.1.2. Garantie "Assistance à l'étranger" DKV ASSISTANCE

Dans les États membres de l'Union européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) pour toute *hospitalisation à l'étranger* qui est médicalement nécessaire et *non-planifiée*, à condition que *l'assuré* ne séjourne pas temporairement à l'étranger pendant plus de 90 jours consécutifs. Cette période est portée à 6 mois en cas de séjour effectif temporaire dans les États membres de l'Union européenne (à l'exclusion des pays et les territoires d'outre-mer) d'étudiants de moins de 26 ans, lorsque ce séjour est effectué en continuité de leurs études et cadre dans des programmes unilatéraux ou multilatéraux ou dans le cadre d'une convention entre deux ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur.

2.2. Qu'est-ce qui est assuré ?

2.2.1. Garantie "Frais médicaux"

2.2.1.1. Dispositions générales

L'assuré a le libre choix :

- du prestataire de soins reconnu ;
- de l'hôpital ;
- du type de chambre d'hôpital, soit une chambre double ou multiple en cas d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation avec nuitée, soit une chambre individuelle, à l'exception d'une chambre de luxe ou d'une suite en cas d'hospitalisation avec nuitée. Le choix d'une chambre individuelle n'est pas couvert en cas d'hospitalisation de jour.

Le cas d'assurance est constitué par :

2.2.1.1.1. Une admission à l'hôpital (aussi appelée hospitalisation)

Par une hospitalisation, il est entendu :

- (1) l'admission avec nuitée et le traitement dans un hôpital, suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident, dans la mesure qu'au moins une journée d'hospitalisation soit effectivement facturée par l'hôpital ;
- (2) l'admission sans nuitée 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 l'hôpital.

L'hospitalisation de jour est définie comme l'admission dans un hôpital de jour avec facturation d' :

- un prix de la journée d'hospitalisation pour une 'hospitalisation chirurgicale de jour' 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
- un 'forfait 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' ('miniforfait') ou
- un 'forfait soins de base oncologiques'.

Un accouchement à domicile ou dans une maison de naissance est assimilé à un accouchement à l'hôpital.

En cas d'accouchement à domicile ou dans une maison de naissance, seules les prestations paramédicales de la sage-femme sont remboursées.

2.2.1.1.2. Consultations et/ou traitements ambulatoires pendant la période pré- et post-hospitalière d'une hospitalisation couverte

Le cas d'assurance est constitué par une consultation ambulatoire et/ou l'instauration d'un traitement ambulatoire pendant la période pré- et post-hospitalière qui débute 30 jours avant l'admission et le traitement à l'hôpital (= période pré-hospitalière) et se termine 90 jours après la sortie de l'hôpital (= période post-hospitalière).

2.2.1.1.3. Consultations et/ou traitements ambulatoires dans le cadre de 33 "Maladies graves"

On entend par "Maladies graves" : le SIDA, la sclérose latérale amyotrophique (SLA), la brucellose, la méningite cérébrospinale, le choléra, la colite ulcéreuse, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la maladie de Crohn, la fièvre jaune, la maladie de Hodgkin, la maladie de Parkinson, la maladie de Pompe, le diabète, la diphtérie, l'ébola, l'encéphalite, le cancer, la leucémie, la malaria, le charbon, la mucoviscidose, la sclérose en plaques (SEP), une maladie rénale qui nécessite un traitement de dialyse, les affections typhoïdes et paratyphoïdes, la poliomyélite, les dystrophies musculaires progressives, le tétanos, la tuberculose (TBC), l'hépatite virale, le typhus exanthématique, la fièvre du Nil occidental.

Le cas d'assurance débute avec une *consultation ambulatoire* et/ou l'instauration d'un *traitement ambulatoire* et se termine lorsqu'il n'existe plus de nécessité médicale de traitement.

2.2.1.1.4. L'aide non-médicale dans la période post-hospitalière dans le cadre de l'une des 33 "Maladies graves"

Le cas d'assurance est constitué par la perte d'autonomie de l'assuré qui, après l'admission avec nuitée et le traitement d'une "Maladie grave" diagnostiquée dans un *hôpital*, a besoin de l'aide non-médicale pour sa rééducation après l'hospitalisation.

L'aide non-médicale est définie comme l'aide aux soins non-médicaux nécessaire (services d'aide familiale et de soins à domicile complémentaires) dispensée par un *prestataire de soins belge reconnu au lieu de résidence et de résidence principale de l'assuré* pendant la période post-hospitalière d'une hospitalisation couverte pour une "Maladie grave" diagnostiquée.

Ne sont pas considérés comme cas d'assurance :

- les soins non-médicaux dispensés à la suite d'une *hospitalisation de jour*, quelle qu'en soit la nature ;
- les soins non-médicaux dispensés lors d'un séjour dans une maison de repos, une maison de repos et de soins agréée ou une autre institution offrant un hébergement pour les personnes âgées, les convalescents et les enfants, une maison de soins psychiatriques, une institution destinée à la cure thermale, une habitation protégée, un sanatorium et un préventorium ;
- les soins non-médicaux dispensés à une adresse en Belgique autre que le *lieu de résidence et de résidence principale de l'assuré*, sous réserve de l'accord préalable de l'assureur.

2.2.1.1.5. La procréation médicalement assistée

La procréation médicalement assistée est définie comme la réalisation (i) soit d'une insémination artificielle, (ii) soit d'une des techniques de fécondation in vitro, c'est-à-dire des techniques impliquant à un moment donné la manipulation d'un ovule et/ou d'un embryon.

Le cas d'assurance est formé par :

- (1) l'admission, avec ou sans nuitée, et le traitement directement liés à la procréation médicalement assistée, dans la mesure où au moins une hospitalisation de jour est effectivement facturée par l'hôpital ;
- (2) les consultations et/ou traitements ambulatoires en Belgique pendant la période pré- et post- hospitalière d'une hospitalisation couverte.

2.2.1.2. Critères de remboursement

Sauf mention contraire explicite dans le *plan d'assurance* souscrit DKV Hospi Essential, sont uniquement remboursés dans le cadre d'un cas d'assurance couvert, les frais médicaux qui répondent simultanément aux conditions suivantes :

- ont un caractère curatif, diagnostique ou palliatif ;
- sont *scientifiquement et thérapeutiquement éprouvés*;
- sont médicalement nécessaires et *efficaces*;
- sont dispensés et/ou prescrits par un *prestataire de soins reconnu* ;
- sont encourus pendant la durée du *plan d'assurance*.

S'il est établi qu' :

- un *prestataire de soins reconnu* poursuit une *politique de facturation excessive* ou une *politique de facturation discriminatoire* des *dispositifs médicaux* en vertu des articles 2.3.1.2. (3) et 2.3.1.3. (3) et des *traitements dentaires* en vertu de l'article 2.3.1.4, l'assureur se réserve le droit de ne pas rembourser les frais médicaux facturés par ce *prestataire de soins reconnu*, aussi longtemps que ladite politique est appliquée;
- un *prestataire de soins reconnu* ou un *hôpital* poursuit une *politique de facturation excessive*, ou une *politique de facturation discriminatoire* en matière de *suppléments d'honoraires*, l'assureur se réserve le droit de ne pas rembourser les *suppléments d'honoraires* facturés par ce *prestataire de soins reconnu* ou cet *hôpital*, aussi longtemps que ladite politique est appliquée.

L'évaluation se fait de manière identique pour chaque type de cas d'assurance afin de garantir un traitement équitable entre les assurés.

Ceci sera communiqué par écrit (en format papier ou digital) à l'assuré.

2.2.1.3. Stages d'attente spécifiques

Le *stage d'attente* prend cours à la date de début du *plan d'assurance*. Pendant le *stage d'attente*, l'assureur n'est redevable d'aucune prestation d'assurance.

- Il n'y a pas de *stage d'attente* général pour le *plan d'assurance* DKV Hospi Essential.

- Un *stage d'attente* spécifique de 12 mois est applicable pour tous les *cas d'assurance*, tels que définis dans les articles 2.2.1.1.1 à 2.2.1.1.3, concernant les *traitements dentaires* survenus à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident*.

Les *traitements dentaires* comprennent :

- (1) toute intervention chirurgicale buccale (sinus lift ou autre) visant à poser des *implants dentaires*, des *prothèses* et/ou du matériel dentaire, y compris des substituts osseux et/ou des membranes ;
- (2) tout *implant dentaire*, *prothèse dentaire* et/ou matériel dentaire quelle qu'en soit la nature ;
- (3) tout *traitement dentaire*, quelle qu'en soit la nature, **à l'exception du traitement orthodontique**.

L'extraction chirurgicale d'une dent sous anesthésie générale lors d'une admission à l'*hôpital (hospitalisation de jour)* n'est pas soumise à ce *stage d'attente* spécifique.

2.2.1.4. Contribution personnelle

Une *contribution personnelle* ou franchise par *cas d'assurance*, dont le montant est spécifié dans les Conditions Particulières d'Assurance, s'applique :

- par *assuré* ;
- par *cas d'assurance* décrit à l'article 2.2.1.1.1 en cas d'hospitalisation en chambre individuelle avec nuitée. La *contribution personnelle* n'est pas appliquée en cas d'hospitalisation en chambre double ou multiple.

2.2.2. Garantie "Assistance à l'étranger" DKV ASSISTANCE

Le *cas d'assurance* est constitué (i) par une *hospitalisation* médicalement nécessaire et *non-planifiée* dans un *hôpital étranger* à la suite d'une *maladie* ou d'un *accident* ou (ii) par un traitement médicalement nécessaire à l'étranger à la suite d'un *accident de sports d'hiver* sur une piste de ski sans hospitalisation.

DKV ASSISTANCE met, à la disposition des *assurés*, son organisation internationale d'assistance technique et médicale. Celle-ci fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et est joignable via le **numéro de téléphone ☎ +32 2 230 31 32**.

Si l'*assuré* est hospitalisé ou reçoit un traitement médical à l'*étranger* à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*, DKV ASSISTANCE doit en être informée dans les 48 heures suivant le début de l'hospitalisation ou le début du traitement médical, ou dès que raisonnablement possible.

2.3. Quels sont les frais remboursés ?

2.3.1. Garantie "Frais médicaux"

L'*assureur* intervient, par *cas d'assurance* couvert et selon les modalités décrites ci-dessous, dans les frais médicaux réels supportés (*tickets modérateurs légaux* et suppléments) et les autres frais qui restent à la charge de l'*assuré* après déduction de toutes les *interventions légales, statutaires ou autres*.

L'intervention de l'assureur ne peut jamais dépasser les frais réels supportés par l'assuré.

L'assureur ne fournira aucune prestation d'assurance avant la date de début du plan d'assurance DKV Hospi Essential ni tant que les *stages d'attente* spécifiques n'ont pas pris fin.

RÉSUMÉ : GARANTIE "FRAIS MÉDICAUX"		
Ceci est un résumé des garanties, veuillez consulter les paragraphes correspondants (§) pour tous les détails concernant les garanties/restrictions.		
Prestations d'assurance	Prestations clés	Intervention de l'assureur après déduction de toutes les interventions légales, statutaires ou autres
1. Hospitalisation à la suite d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident		100 % après déduction de la contribution personnelle (dont le montant est déterminé aux Conditions Particulières d'Assurance) en chambre individuelle, et réduit à 50 % si la mutualité n'intervient sur aucun poste de la facture hospitalisation , sauf si le cas d'assurance se produit à l'étranger.
1. Frais de séjour (incluant les suppléments de chambre)	Frais de séjour et des soins à l'hôpital	
2. Rooming-in	Frais de séjour et de logement d'un des parents assurés dans la même chambre que l'enfant hospitalisé < 20 ans	
3. Traitement médical (incluant les suppléments d'honoraires)	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de l'utilisation de la salle d'opération, de travail et de la salle de plâtre 	Jusqu'à € 750 par année d'assurance pour les traitements dentaires et après un <i>stage d'attente</i> de 12 mois

	<ul style="list-style-type: none"> • Prestations médicales (par exemple: l'anesthésie, la chirurgie) par un médecin spécialiste • Imagerie médicale (radiographies, scans, échographies) et biologie clinique • Autres examens prescrits par et dispensés sous le contrôle d'un médecin spécialiste 	
4. Traitement paramédical (incluant les suppléments d'honoraires)	Frais des prestations paramédicales (par exemple, physiothérapeute, sage-femme)	
5. Médicaments, pansements et matériel médical	<ul style="list-style-type: none"> • Frais pharmaceutiques (par exemple: analgésiques, sédatifs et somnifères) • Pansements et matériel médical (par exemple : cathéter, agrafes dermiques) 	
6. Dispositifs médicaux (incluant les suppléments de matériel)	<ul style="list-style-type: none"> • Implants (par exemple : prothèse de hanche, stent, pacemaker) • Prothèses médicales et membres artificiels (par exemple : une prothèse de bras ou de pied) 	
7. Don d'organes	Frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu	jusqu'à €1.250 par cas d'assurance
8. Frais de transport en Belgique	Frais de transport par ambulance ou hélicoptère vers et depuis l'hôpital	
9. Frais mortuaires	Frais mortuaires portés sur la facture d'hospitalisation	
2. Frais de traitements ambulatoires 30 jours avant l'admission (pré-hospitalisation) et 90 jours après la sortie de l'hôpital (post-hospitalisation)		100% ou 80%
3. Frais de traitement ambulatoire de l'une des 33 "Maladies graves" médicalement diagnostiquée		100% ou 80%, jusqu'à €10.000 par année d'assurance
1. Traitement médical	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et traitements auprès d'un médecin généraliste • Consultations et traitements avec un médecin spécialiste (par exemple : cardiologue, dermatologue, pédiatre, neurologue, oncologue, néphrologue) • Imagerie médicale (radiographies, scans, échographies) et biologie clinique • Autres examens prescrits par et dispensés sous le contrôle d'un médecin spécialiste (par exemple : gastroscopie, coloscopie) 	100%, réduit à 50% si la mutualité n'intervient pas
2. Traitement paramédical	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et traitements paramédicaux avec des kinésithérapeutes, des infirmières, des sage-femmes, des podologues • Consultations et traitements paramédicaux auprès des logopèdes sous réserve d'un accord préalable et d'un remboursement par la mutualité 	100%, réduit à 50% si la mutualité n'intervient pas
3. Dispositifs médicaux ^(a)	Dispositifs médicaux, prothèses médicales et membres artificiels	100%, réduit à 50% si la mutualité n'intervient pas jusqu'à €1.250 pour une perruque dans le cadre d'un traitement oncologique, à condition que la mutualité intervienne
4. Médicaments, pansements et matériel médical	• Frais des produits pharmaceutiques classiques et homéopathiques	80%, réduit à 40% si la mutualité n'intervient pas

	<ul style="list-style-type: none"> • Bandages et matériel médical (par exemple : matériel pour les soins des plaies et matériel de compression) 	
5. Soins post-natals	Frais de soins postnatals dispensés à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille par une organisation de soins post-natals agréée	100%, jusqu'à €500 par accouchement (à domicile) ou dans une maison de naissance
6. L'aide non-médicale pendant la période post-hospitalière d'une hospitalisation couverte pour une "Maladie grave"	Frais des soins personnels (par exemple, aide à la toilette, à l'habillage et au déshabillage) et des soins plus spécifiques (par exemple, aide à la prise de médicaments), aide-ménagère (par exemple, courses, préparation des repas, ménage, lessive, repassage), garde d'enfants et d'animaux (chiens et chats).	100%, jusqu'à € 100 par année d'assurance
4.Procréation médicalement assistée Sous réserve d'un accord préalable et remboursement de l'assurance complémentaire soins de santé et indemnités		100% ou 80%
1. Frais de séjour (incluant les suppléments de chambre)	Frais de séjour et de soins à l'hôpital	100%
2. Traitement médical pendant l'admission et la période pré/post	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations et traitements auprès d'un médecin généraliste • Consultations et traitements avec un médecin spécialiste • Imagerie médicale (radiographies, scans, échographies) et biologie clinique • Autres examens prescrits par et dispensés sous le contrôle d'un médecin spécialiste 	100%
3. Traitement paramédical pendant l'admission et la période pré/post	Consultations et traitements paramédicaux	100%
4. Médicaments pansements et matériel médical pendant l'admission et la période pré/post	<ul style="list-style-type: none"> • Frais des produits pharmaceutiques classiques et homéopathiques • Bandages et matériel médical (par exemple : matériel pour les soins des plaies et matériel de compression) 	80%
(a) Un processus d'autorisation au préalable doit être respecté avant l'achat et la livraison à l'exception des verres de lunettes ou lentilles de contact, des appareils auditifs entièrement non-implantables, des bandages pour hernies, des bas à varices, des semelles orthopédiques, des coquilles plâtrées, des lombostats, des attelles et des béquilles.		

2.3.1.1. Admission à l'hôpital (aussi appelée hospitalisation)

- L'assureur remboursera les frais médicaux, par cas d'assurance décrit à l'article 2.2.1.1.1, à 100% après déduction de toutes les interventions légales, statutaires ou autres.

Si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'intervient sur aucun poste de la facture de l'hospitalisation, le taux de remboursement du cas d'assurance est réduit à 50%, sauf si le cas d'assurance survient à l'étranger.

- (1) les frais de séjour dans une chambre double ou multiple en cas d'hospitalisation de jour ou une chambre double, multiple ou individuelle, à l'exclusion des suppléments de chambre en chambre de luxe ou en suite, en cas d'hospitalisation avec nuitée ;
- (2) les frais de séjour et de logement d'un des parents dans la même chambre que celle 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 20 ans ;
- (3) les frais des prestations médicales ;
- (4) les frais des prestations paramédicales ;
- (5) les frais des médicaments, des pansements et du matériel médical ;
- (6) les frais des dispositifs médicaux, des prothèses médicales à l'exclusion des prothèses dentaires dont la prise en charge est prévue à l'article 2.3.1.4 et des membres artificiels ;
- (7) les frais de chirurgie ;

- (8) les frais d'anesthésie ;
- (9) les frais d'utilisation de la salle d'opération, de la salle de travail et de la *salle de plâtre* ;
- (10) **les frais de séjour du donneur, à concurrence de € 1.250**, en cas de transplantation médicalement nécessaire d'un organe ou d'un tissu au bénéfice de l'assuré hospitalisé.
- (11) les frais de transport
 - par ambulance ou hélicoptère vers et depuis un *hôpital* en Belgique pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'aucun autre moyen de transport ne puisse être utilisé ;
- (12) les frais mortuaires portés en compte sur la facture d'hospitalisation ;

2.3.1.2. Consultations et/ou traitements ambulatoires pendant la période pré- et post-hospitalière d'une hospitalisation couverte.

L'assureur rembourse, par *cas d'assurance* couvert décrit à l'article 2.2.1.1.2, après déduction de toutes les *interventions légales, statutaires ou autres*, les frais médicaux suivants pour les *consultations et/ou les traitements ambulatoires*.

Seuls les frais médicaux de *consultations et/ou de traitements ambulatoires* directement liés à la cause du traitement hospitalier et encourus pendant la période pré- et post- hospitalière d'une hospitalisation couverte sont éligibles.

– Sont remboursés à 100 % :

Si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'intervient pas dans les frais médicaux décrits aux points (1) à (4), le pourcentage de remboursement pour le *cas d'assurance* est réduit à 50 %.

- (1) traitement médical :

Cela comprend les frais des *prestations médicales* suivantes :

- les consultations (par exemple : au cabinet, la visite à domicile, la consultation d'urgence, la consultation en dehors des heures normales de travail) et les traitements avec le *médecin généraliste* ;
- les consultations et les traitements auprès d'un *médecin spécialiste*. Un *médecin spécialiste* est un médecin spécialisé dans un domaine particulier de la médecine, tel que (de manière non exhaustive) la cardiologie, la dermatologie, l'oncologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, etc.
- l'imagerie médicale (par exemple : radiographies, scans, échographies), la *biologie clinique* et tous les autres examens médicaux prescrits et dispensés sous la supervision d'un *prestataire de soins reconnu* (par exemple, une gastroscopie).

- (2) traitement paramédical :

Sont compris les frais des *prestations paramédicales* suivantes : consultations et/ou traitements au cabinet ou au domicile de l'assuré qui sont dispensés par un *prestataire de soins reconnu* autre qu'un *médecin généraliste* ou un *médecin spécialiste*.

Les professions paramédicales comprennent les professions suivantes (liste limitative) :

- le *physiothérapeute* (kinésithérapeute) ;
- l'*infirmière* ;
- la *sage-femme* ;
- le *podologue* ;
- le *logopède*. Le remboursement des frais par l'assureur est soumis à l'approbation préalable et au remboursement du traitement par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour pouvoir bénéficier d'un remboursement de la part de l'assureur, les *prestations paramédicales* doivent être prescrites par un médecin.

- (3) les dispositifs médicaux :

Cela comprend les frais dûment prouvés des *dispositifs médicaux* (y compris les *prothèses* médicales autres que les *prothèses dentaires* dont la couverture est prévue à l'article 2.3.1.4 et les membres artificiels) qui ont été prescrits par un *prestataire de soins reconnu*.

Les *dispositifs médicaux* sont des produits de santé qui accomplissent mécaniquement ou physiquement leur effet médical et ne sont pas entièrement implantés à l'intérieur du corps humain, tels que (liste non exhaustive) les *appareils auditifs* à ancrage osseux partiellement implantables, les membres artificiels, les semelles orthopédiques, les *prothèses* médicales, les verres correcteurs de lunettes, etc.

Les *dispositifs médicaux* doivent toujours être prescrits par un médecin.

Le droit aux prestations d'assurance est toujours soumis à l'approbation préalable de l'assureur, à l'exception des verres de lunettes ou des lentilles de contact (en cas de remplacement, à condition que la dioptrie ait changé d'au moins 0,5), des *appareils auditifs* entièrement non-implantables, des

bandages pour hernies, des bas à varices, des semelles orthopédiques, des coquilles plâtrées, des lombostats, des attelles et des béquilles.

Les montures de lunettes et les verres non-correcteurs de lunettes (de soleil) sont exclus de la couverture d'assurance.

Les frais d'entretien et de réparation raisonnables et nécessaires ainsi que les pièces de rechange sont couverts dans la mesure où l'assuré utilise le *dispositif médical* avec le soin et la diligence requis.

Tous les frais résultants d'une utilisation incorrecte et/ou inappropriée par l'assuré et/ou d'une négligence et d'une perte de sa part ne sont pas couverts.

Les couts d'accessoires et d'équipements auxiliaires non médicalement nécessaires qui ne peuvent être attribués au fonctionnement et à l'utilisation standard des *dispositifs médicaux* ne sont pas couverts.

- (4) soins post-natals après un *accouchement* (à domicile) ou un *accouchement* dans une maison de naissance :

On entend par soins post-natals : les frais facturés par un *prestataire de soins reconnu* belge (une organisation de soins post-natals agréée) pour les soins post-natals dispensés à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille.

L'intervention de l'assureur est limitée à :

- € 500 en cas d'un *accouchement* à domicile, d'un *accouchement* dans une maison de naissance ou d'un *accouchement* à l'hôpital avec un séjour d'une ou deux nuits. L'intervention est valable pour un maximum de 30 heures de soins post-natals dispensés pendant 3 semaines suivant l'*accouchement* ou 3 semaines suivant la sortie de l'hôpital de la mère et/ou du nouveau-né. ;
- 250 € en cas d'*accouchement* à l'hôpital avec un séjour de 3 ou 4 nuits. L'intervention est valable pour un maximum de 20 heures de soins post-natals dispensés pendant les 2 semaines suivant la sortie de l'hôpital de la mère et/ou du nouveau-né ;
- Il n'y a pas d'intervention en cas d'*hospitalisation* de 5 nuits ou plus.

- Sont remboursés à 80 % :

Si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'intervient pas dans les frais médicaux décrits aux points (5) à (6), le pourcentage de remboursement pour le cas d'assurance est réduit à 40 %.

- (5) médicaments

Cela comprend les frais des produits pharmaceutiques allopathiques et homéopathiques qui sont mentionnés sur une attestation (e-)BVAC (uniquement applicable en Belgique), qui répondent aux critères énumérés à l'article 2.2.1.2, sont disponibles auprès d'une pharmacie reconnue et ne sont pas en vente libre sur le marché.

- (6) pansements et matériel médical

Les médicaments, les bandages et le matériel médical doivent toujours être prescrits par un médecin.

2.3.1.3. Consultations et/ou traitements ambulatoires dans le cadre des "Maladies graves".

L'assureur rembourse, par cas d'assurance décrit à l'article 2.2.1.1.3, après déduction de toutes les interventions légales, statutaires ou autres, les frais médicaux suivants pour les consultations et/ou les traitements ambulatoires.

Seuls les frais médicaux des consultations et/ou traitements ambulatoires directement liés à une "Maladie grave" diagnostiquée sont éligibles.

L'intervention de l'assureur est limitée à €10.000 par année d'assurance et par assuré.

- Sont remboursés à 100 % :

Si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'intervient pas, le taux de remboursement pour le cas d'assurance est réduit à 50 %.

- (1) traitement médical :

Cela comprend les frais des prestations médicales suivantes :

- les consultations (par exemple : au cabinet, la visite à domicile, la consultation d'urgence, la consultation en dehors des heures normales de travail) et les traitements avec le médecin généraliste ;

- les consultations et les traitements auprès d'un *médecin spécialiste*. Un *médecin spécialiste* est un médecin qui se spécialise dans un domaine particulier de la médecine, tel que la neurologie, l'endocrino-diabétologie, l'oncologie, la néphrologie, etc.
- l'imagerie médicale (par exemple : radiographies, scans, échographies), la *biologie clinique* et tous les autres examens médicaux prescrits et dispensés sous la supervision d'un *prestataire de soins reconnu* (par exemple, une coloscopie).

- (2) traitement paramédical :

Sont compris les frais des *prestations paramédicales* suivantes : consultations et/ou traitements au cabinet ou au domicile de l'assuré qui sont dispensés par un *prestataire de soins* reconnu autre qu'un *médecin généraliste* ou un *médecin spécialiste*.

Les professions paramédicales comprennent les professions suivantes (liste limitative) :

- le *physiothérapeute* (kinésithérapeute) ;
- l'*infirmière* ;
- la *sage-femme* ;
- le *podologue* ;
- le *logopède*. Le remboursement des frais par l'*assureur* est soumis à l'approbation préalable et au remboursement du traitement par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour pouvoir bénéficier d'un remboursement de la part de l'*assureur*, les *prestations paramédicales* doivent être prescrites par un médecin.

- (3) les dispositifs médicaux :

Cela comprend les frais dûment prouvés des *dispositifs médicaux* (y compris les *prothèses* médicales autres que les *prothèses dentaires* dont la couverture est prévue à l'article 2.3.1.4 et les membres artificiels) qui ont été prescrits par un *prestataire de soins reconnu*.

Les dispositifs médicaux sont des produits de santé qui accomplissent mécaniquement ou physiquement leur effet médical et ne sont pas entièrement implantés à l'intérieur du corps humain, tels que (liste non exhaustive) les *appareils auditifs* à ancrage osseux partiellement implantables, les membres artificiels, les semelles orthopédiques, les *prothèses* médicales, les verres correcteurs de lunettes, etc.

Les dispositifs médicaux doivent toujours être prescrits par un médecin.

Le droit aux prestations d'assurance est toujours soumis à l'approbation préalable de l'*assureur*, à l'exception des verres de lunettes ou des lentilles de contact (en cas de remplacement, à condition que la dioptrie ait changé d'au moins 0,5), des *appareils auditifs* entièrement non-implantables, des bandages pour hernies, des bas à varices, des semelles orthopédiques, des coquilles plâtrées, des lombostats, des attelles et des béquilles.

Les montures de lunettes et les verres non-correcteurs de lunettes (de soleil) sont exclus de la couverture d'assurance.

Les frais d'entretien et de réparation raisonnables et nécessaires ainsi que les pièces de rechange sont couverts dans la mesure où l'assuré utilise le *dispositif médical* avec le soin et la diligence requis.

Tous les frais résultants d'une utilisation incorrecte et/ou inappropriée par l'assuré et/ou d'une négligence et d'une perte de sa part ne sont pas couverts.

Les couts d'accessoires et d'équipements auxiliaires non médicalement nécessaires qui ne peuvent être attribués au fonctionnement et à l'utilisation standard des *dispositifs médicaux* ne sont pas couverts.

- (4) les frais d'une **perruque dans le cadre d'un traitement oncologique, jusqu'à un maximum de €1.250**. L'*assureur* n'intervient que sous réserve d'un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

– Sont remboursés à 80 % :

Si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités n'intervient pas, le taux de remboursement pour le cas d'assurance est réduit à 40 %.

- (5) médicaments

Cela comprend les frais des produits pharmaceutiques allopathiques et homéopathiques qui sont mentionnés sur une attestation (e-)BVAC (uniquement applicable en Belgique), qui répondent aux critères énumérés à l'article 2.2.1.2, sont disponibles auprès d'une pharmacie reconnue et ne sont pas en vente libre sur le marché.

- (6) pansements et matériel médical

Les médicaments, les bandages et le matériel médical doivent toujours être prescrits par un médecin.

2.3.1.4. Traitements dentaires

- L'extraction chirurgicale d'une dent sous anesthésie générale lors d'une admission à l'hôpital (*hospitalisation de jour*) est remboursée, par *cas d'assurance* défini à l'article 2.2.1.1.1, sans application d'aucun *stage d'attente*, à 100 % après déduction de toutes les *interventions légales, statutaires ou autres*.
 - Frais médicaux des *traitements dentaires* suivants (liste limitative) :
 - (1) toute intervention chirurgicale buccale (sinus lift ou autre) visant à poser des *implants dentaires*, des *prothèses* et/ou des matériaux dentaires, y compris des substituts osseux et/ou des membranes ;
 - (2) tout *implant dentaire, prothèse dentaire* et/ou matériel dentaire quelle qu'en soit la nature ;
 - (3) tout *traitement dentaire, quelle qu'en soit la nature*, à l'**exception des traitements orthodontiques**
- sera remboursé, par *cas d'assurance* décrit aux articles 2.2.1.1.1 à 2.2.1.1.3 :
- à l'expiration d'un *stage d'attente* spécifique de 12 mois ;
 - après l'approbation préalable de l'assureur du *plan de traitement* détaillé avec devis précis des couts ;
 - à 100 %, après déduction de toutes les *interventions légales, statutaires ou autres*.

Si l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ("la mutualité") n'intervient pas, le taux de remboursement est maintenu à 100 %.

L'intervention de l'assureur pour ces frais médicaux est limitée à €750 par année d'assurance et par assuré.

2.3.1.5. L'aide non-médicale pendant la période post-hospitalière dans le cadre de l'une des 33 "Maladies graves".

L'assureur rembourse à 100 %, par *cas d'assurance* décrit à l'article 2.2.1.1.4, après déduction de toutes les *interventions légales, statutaires ou autres*, les frais de soins non-médicaux suivants (liste limitative) :

- les frais des soins personnels tels que (liste non limitative) les soins corporels quotidiens (par exemple : l'aide pour se laver, manger et boire, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, etc.) et les soins plus spécifiques (par exemple : l'aide à l'usage de certains médicaments, l'aide au remplacement d'un sac de stomie dans le cas d'une stomie cicatrisée, etc.) ;
- les frais de l'aide domestique quotidienne et de l'entretien du domicile sans titres-services, tels que (liste non limitative) la préparation des repas, le service, le débarrassage et la vaisselle, le nettoyage, l'époussetage, passer l'aspirateur, la serpillère, le lavage, le repassage, la préparation et le changement des lits, faire les courses, etc. ;
- les frais de garde d'enfants et de soutien éducatif qualifiés des enfants de moins de 16 ans ;
- les frais de garde ou de promenade journalière qualifiés des animaux domestiques (chiens et chats).

Seuls les frais des soins non-médicaux directement liés à la cause du traitement d'une "Maladie grave" diagnostiquée dans un *hôpital* et encourus pendant la période post-hospitalière d'une *d'hospitalisation* avec nuitée couverte pour une "Maladie grave" sont éligibles.

L'assureur se réserve le droit de constater et de contrôler la réalité, la durée et le niveau de la perte d'autonomie de l'assuré sur la base de pièces justificatives et/ou de dossiers médicaux.

L'intervention de l'assureur est plafonnée à €100 par année d'assurance et par assuré.

L'utilisation et la mise en œuvre de l'aide aux soins non-médicaux relèvent entièrement de la responsabilité de l'assuré et du *prestataire de soins reconnu*.

L'assureur n'encourt aucune responsabilité en cas de dommages, de retards, de vices ou d'empêchements, non-exécution ou d'erreurs de la part du *prestataire de soins reconnu*, quelle qu'en soit la nature, la cause ou les conséquences, résultant de l'exécution des soins non-médicaux par le *prestataire de soins reconnu*. L'assuré ou son représentant légal ne dispose d'aucun droit de recours contre l'assureur pour la réparation des dommages et/ou préjudices subis.

2.3.1.6. La procréation médicalement assistée

L'assureur rembourse les frais médicaux de *procréation médicalement assistée*, telle que décrite à l'article 2.2.1.1.5., dans la mesure où le traitement a été approuvé par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et effectivement pris en charge par celle-ci. Le remboursement s'élève à :

- 100% pour les frais médicaux liés à l'hospitalisation, après déduction de toutes les *interventions légales statutaires ou autres*.
- 100% pour les frais médicaux liés aux consultations et/ou traitement ambulatoires pendant la période pré/post d'une hospitalisation couverte, après déduction de toutes les *interventions légales statutaires ou autres*.
- 80% pour les médicaments, pansements et matériel médical pendant pré/post d'une hospitalisation couverte, après déduction de toutes les *interventions légales statutaires ou autres*.

2.3.2. Garantie "Assistance à l'étranger" DKV ASSISTANCE

Le plan d'assurance DKV Hospi Essential prévoit, en plus de la garantie "Frais médicaux", des prestations d'assistance spécifiques à l'étranger dans les limites géographiques prévues à l'article 2.1.2.

Les prestations d'assistance suivantes (liste exhaustive) s'appliquent, par cas d'assurance couvert décrit à l'article 2.2.2.

RÉSUMÉ : GARANTIE "ASSISTANCE À L'ÉTRANGER" DKV ASSISTANCE		
Ceci est un résumé des garanties, veuillez consulter les paragraphes correspondants (§) pour tous les détails concernant les garanties/restrictions .		
Prestations d'assistance		Intervention de l'assureur
1. Service d'information	<ul style="list-style-type: none"> • Renseignements généraux (formalités administratives pour les voyageurs, les véhicules et les animaux domestiques) • Renseignements médicaux (mesures de précaution sanitaires et médicales, vaccinations obligatoires et recommandées, médecin ou pharmacien de garde le plus proche, services de secours, hôpitaux et hospices, location de matériel médical, soins à domicile, centres de revalidation) 	
2. Transport local à l'étranger	Transport local à l'étranger vers l'hôpital ou le centre médical le plus proche ou le plus approprié pour recevoir les soins médicaux	Frais de transport local par ambulance ou tout autre moyen de transport considéré approprié
3. Règlement de la communication entre médecins	Communication entre le médecin traitant à l'étranger et le médecin généraliste	
4. Envoi de médicaments, de prothèses ou de lunettes	Envoi de médicaments, de prothèses ou de lunettes nécessaires à un traitement médical	L'achat n'est pas couvert par ce plan d'assurance, mais peut être remboursé par une assurance soins de santé spécifique de l'assureur.
5. Visite à un assuré hospitalisé à l'étranger pendant plus de 5 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Frais d'un billet de transport pour un membre de la famille de son pays de lieu de résidence et de résidence principale • Frais de séjour du visiteur (chambre + petit-déjeuner) dans un hôtel 	<ul style="list-style-type: none"> • Selon la nécessité, les frais d'un billet de train (aller et retour) en 1^{ère} classe, ou d'un billet d'avion (aller et retour) en classe économique • Les frais de séjour du visiteur (logement + petit-déjeuner) dans un hôtel seront remboursés à concurrence de € 80 par jour. L'intervention est limitée à € 160 par assuré et par cas d'assurance.
6. Application du système de tiers payant pour les factures d'hospitalisation à l'étranger ⁽¹⁾	Paiement de la facture d'hospitalisation directement à l'hôpital à l'étranger	
7. Rapatriement, en cas d'accident ou de maladie, du lieu d'hospitalisation ou du traitement médical à l'étranger vers le pays du lieu de résidence et de résidence principale de l'assuré ou vers un hôpital proche du lieu de résidence et de résidence principale de l'assuré ⁽²⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination des conditions dans lesquelles l'assuré peut être rapatrié (après contact avec les médecins) • Organisation du transport 	Selon la nécessité, les frais de transport en ambulance (si la distance est inférieure à 1.000 km), en wagon-lit, en train en 1 ^{ère} classe, en avion de ligne ou charter, avec ou sans encadrement (para)médicale, ou tout autre moyen de transport considéré le plus adéquat par le médecin de DKV ASSISTANCE. DKV ASSISTANCE vérifie toujours si des moyens de transport étaient initialement prévus pour le transport et se réserve le droit d'en faire usage pour le rapatriement.

8. Rapatriement d'autres assurés	Organisation du voyage de retour des autres assurés qui initialement faisaient partie du voyage et qui accompagnent l'assuré rapatrié vers sa destination.	DKV ASSISTANCE vérifie toujours si des moyens de transport étaient initialement prévus pour le transport et se réserve le droit d'en faire usage pour le rapatriement.
9. Retour des enfants en cas d'hospitalisation à l'étranger d'un parent assuré	Organisation du départ d'une personne accompagnante qui rapatriera les enfants mineurs dans leur pays de lieu de résidence et de résidence principale	Les frais de séjour d'une personne accompagnante (logement + petit-déjeuner) dans un hôtel seront remboursés à concurrence de € 80 par jour. L'intervention est limitée à €160 par assuré et cas d'assurance.
10. Rapatriement de la dépouille mortelle en cas de décès à l'étranger	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation du rapatriement de la dépouille mortelle de l'hôpital ou du funérarium vers le pays de lieu de résidence et résidence principale désigné par la famille • Embaument et formalités administratives à l'étranger 	<p>Les frais du cercueil jusqu'à € 750 par cas d'assurance</p> <p>Si l'assuré est enterré ou incinéré sur place à l'étranger, les frais ci-dessous sont remboursés jusqu'à €1.500 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les frais de mise en bière et d'embaumement • les frais du cercueil ou de l'urne • les frais de transport de la dépouille mortelle à l'exclusion des frais de cérémonie, des frais d'enterrement et de l'incinération; • les frais du rapatriement de l'urne • les frais d'un billet aller-retour pour permettre à une connaissance de la famille de se rendre sur place • formalités administratives à l'étranger
<p>(1) À condition que le séjour hospitalier à l'étranger soit déclaré dans les 48 heures suivant le début de l'hospitalisation ou dès que raisonnablement possible.</p> <p>(2) À condition que le séjour hospitalier ou le traitement médical à l'étranger soit déclaré dans les 48 heures suivant le début de l'hospitalisation ou le début du traitement médical, ou dès que raisonnablement possible.</p>		

2.3.2.1. Service d'information

Le service de demande d'informations est disponible 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, au **numéro de téléphone ☎ +32 2 230 31 32**. Toutes les informations sont (principalement) fournies par téléphone et dans un délai acceptable.

- Le service d'information fournit des renseignements généraux :
 - les formalités administratives pour les voyageurs, les véhicules et les animaux domestiques.
- Le service d'information fournit des renseignements médicaux :
 - les mesures de précaution sanitaires et médicales ;
 - les vaccinations obligatoires et recommandées ;
 - le médecin ou le pharmacien de garde le plus proche de la résidence temporaire de(s) l'*assuré(s)* à l'*étranger* ;
 - les services de secours (ambulance, pompiers) ;
 - les *hôpitaux* et les hospices ;
 - la location de matériel médical ;
 - les soins à domicile ;
 - les centres de revalidation.

2.3.2.2. Transport local à l'étranger

L'*assureur* rembourse les frais de transport local à l'*étranger* vers l'*hôpital* ou le centre médical le plus proche, ou considéré par le médecin comme étant le plus approprié pour recevoir les soins médicaux. Ce transport se fait en ambulance ou par tout autre moyen de transport considéré comme approprié par le médecin traitant ou un établissement professionnel local compétent en la matière.

En cas d'*accident de sports d'hiver* sur une piste de ski sans hospitalisation, l'*assureur* rembourse les frais de descente en luge de sauvetage et/ou en hélicoptère, ainsi que les frais de transport du lieu de l'*accident* vers l'*hôpital* ou le centre médical le plus proche, ou considéré le plus approprié par le médecin, pour y recevoir les soins médicaux.

2.3.2.3. Règlement de la communication entre médecins

A la demande de l'*assuré*, *DKV ASSISTANCE* organise la communication entre le médecin traitant à l'*étranger* et son *médecin généraliste*.

2.3.2.4. Envoi de médicaments, prothèses ou lunettes

DKV ASSISTANCE organise l'envoi de *médicaments*, de *prothèses* ou de lunettes nécessaires au traitement médical. Leur prix d'achat reste à la charge de l'*assuré*, sauf s'il est couvert par les conditions d'assurance d'une assurance soins de santé souscrite auprès de l'*assureur*.

L'envoi est soumis à la législation locale et à l'impossibilité de trouver un *médicament* similaire à l'*étranger*.

2.3.2.5. Visite à un assuré hospitalisé à l'étranger

Si l'*assuré* séjourne plus de 5 jours dans un *hôpital étranger*, *DKV ASSISTANCE* fournira à un membre de sa famille un titre de transport à partir de son pays de *lieu de résidence* et de *résidence principale*, selon la nécessité, soit un billet de train (aller et retour) en 1^{ère} classe, soit un billet d'avion (aller et retour) en classe économique.

Les frais de séjour (logement + petit-déjeuner) de ce visiteur dans un hôtel seront remboursés à concurrence de € 80 par jour. L'intervention de l'*assureur* est limitée à € 160 par assuré et par cas d'*assurance*.

2.3.2.6. Application du système de tiers payant pour les factures d'hospitalisation à l'étranger

DKV ASSISTANCE paie la facture d'hospitalisation directement à l'*hôpital étranger* au nom de l'*assuré*, à condition que le séjour hospitalier à l'*étranger* soit déjà signalé à l'*assureur* avant ou au plus tard 48 heures après le début de l'hospitalisation, ou dès que raisonnablement possible.

2.3.2.7. Rapatriement en cas d'accident ou de maladie

Si l'*assuré* est hospitalisé ou reçoit un traitement médical à l'*étranger* à la suite d'un *accident* ou d'une *maladie*, *DKV ASSISTANCE* doit en être informée dans les 48 heures suivant le début de l'hospitalisation ou du début du traitement médical, ou dès que raisonnablement possible.

Si le médecin de *DKV ASSISTANCE* estime le rapatriement de l'*assuré* nécessaire vers le pays de *lieu de résidence* et de *résidence principale*, *DKV ASSISTANCE* prendra contact avec les médecins pour déterminer les conditions dans lesquelles l'*assuré* peut être rapatrié.

DKV ASSISTANCE organise le transport par ambulance (si la distance est inférieure à 1.000 km), wagon-lit, train en 1^{ère} classe, avion de ligne ou charter, avec ou sans encadrement médicale, ou tout autre moyen de transport

considéré approprié par le médecin de *DKV ASSISTANCE*. Ce transport, si nécessaire, est effectué sous contrôle médical ou paramédical du lieu d'hospitalisation ou du traitement médical à *l'étranger* vers le *lieu de résidence* et *résidence principale* de l'assuré ou vers un *hôpital*, où un lit a été réservé, proche du *lieu de résidence* et de *résidence principale* de l'assuré. *DKV ASSISTANCE* décline toute responsabilité pour les conséquences médicales pouvant résulter du transport de l'assuré.

DKV ASSISTANCE vérifie toujours si des moyens de transport étaient initialement prévus pour le transport et se réserve le droit d'en faire usage pour le rapatriement.

2.3.2.8. Rapatriement d'autres assurés

DKV ASSISTANCE organise le voyage de retour d' autres assurés qui initialement faisaient partie du voyage et qui accompagnent l'assuré rapatrié vers sa destination.

DKV ASSISTANCE vérifie toujours si des moyens de transport étaient initialement prévus pour le transport et se réserve le droit d'en faire usage pour le rapatriement.

2.3.2.9. Retour des enfants

En cas d'hospitalisation à *l'étranger* de l'assuré (père ou mère), *DKV ASSISTANCE* organise le départ d'une personne accompagnante. Celle-ci rapatriera les enfants de moins de 18 ans qui sont en voyage avec l'assuré, à leur *lieu de résidence* ou à leur *résidence principale*.

Les frais de séjour (logement + petit-déjeuner) de cette personne accompagnante dans un hôtel seront remboursés à concurrence de €80 par jour. L'intervention de l'assureur est limitée à €160 par assuré et par cas d'assurance.

2.3.2.10. Rapatriement de la dépouille mortelle

En cas de décès à *l'étranger* de l'assuré, *DKV ASSISTANCE* organise le rapatriement de la dépouille mortelle à partir de l'*hôpital* ou du funérarium vers le pays de *lieu de résidence* et de *résidence principale* désigné par la famille, ainsi que les frais d'embaumement et les frais de formalités administratives à *l'étranger*.

Les frais du cercueil sont remboursés à concurrence de €750. Les frais d'enterrement et de cérémonie dans le pays de *lieu de résidence* et de *résidence principale* ne sont pas pris en charge.

Si l'assuré décédé à *l'étranger* est enterré ou incinéré sur place, *DKV ASSISTANCE* rembourse les frais ci-dessous jusqu'à €1.500 :

- les frais de mise en bière et d'embaumement ;
- le frais du cercueil ou de l'urne ;
- les frais de transport sur place de la dépouille mortelle, à l'exclusion des frais de cérémonie, des frais d'enterrement et de l'incinération;
- les frais de rapatriement de l'urne ;
- un billet de transport aller-retour afin de permettre à une connaissance de la famille de se rendre sur place ;
- les formalités administratives à *l'étranger*.

2.4. Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Les frais ci-dessous sont exclus de la couverture d'assurance du *plan d'assurance* DKV Hospi Essential. L'assureur supporte la charge de la preuve pour toutes les exclusions et limitations du *plan d'assurance*.

2.4.1. Garantie "Frais médicaux"

La garantie d'assurance ne comprend pas les frais liés aux cas mentionnés ci-après, ni à toutes leurs conséquences:

- a) un **accident** survenu, une **maladie** dont les symptômes sont apparus ou une **grossesse** qui s'est manifestée avant la date de début du *plan d'assurance*.
Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulée à compter de l'entrée en vigueur du *plan d'assurance* pour l'assuré concerné, l'assureur ne peut plus invoquer l'omission ou inexactitude non intentionnelle dans la déclaration du *preneur d'assurance* ou de l'assuré, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une **maladie** ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés avant la date de début du *plan d'assurance* pour l'assuré concerné et cette **maladie** ou affection n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans ;
- b) les **traitements dentaires** pendant le **stage d'attente** spécifique du *plan d'assurance* ;
- c) une **maladie** ou un **accident** résultant de la participation active de l'assuré à une guerre civile ou autre, à des émeutes, à des actes de violence d'origine politique, idéologique ou sociale ;
- d) une **maladie** ou un **accident** survenant dans un pays en état de guerre civile ou autre, ou déstabilisé par le **terrorisme**, en cas de troubles politiques, en cas de proclamation de la loi martiale, en cas d'émeutes ou d'actes de violence de nature politique, idéologique ou social lorsque l'assuré s'expose à ce danger en séjournant (ou en se rendant) dans un tel pays. Il s'agit des pays pour lesquels le SPF Affaires étrangères a émis un avis de voyage négatif.
Toutefois, la garantie d'assurance est maintenue pendant les 30 premiers jours suivant le début des hostilités lorsque l'assuré a été surpris par le déclenchement des états précités lors d'un voyage à *l'étranger* (pas encore d'avis de voyage négatif au moment du départ) ;
- e) la participation active de l'assuré à un acte de **terrorisme** ;

- f) la participation volontaire de l'assuré à un délit, sauf en cas de légitime défense ;
- g) un acte *intentionnel* ou un acte *téméraire* de l'assuré, sauf en cas de légitime défense de personnes ou de biens ;
- h) la *pratique sportive professionnelle ou rémunérée*, y compris l'entraînement ;
- i) l'alcoolisme, la toxicomanie, la consommation de produits dopants, l'utilisation de *médicaments* non conformes aux indications de la notice d'usage pour le patient et/ou à la prescription médicale, l'état d'ivresse, une intoxication punissable ou un autre état analogue résultant de produits autres que des boissons alcoolisées, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le traitement;
- j) les troubles dont la cause et les symptômes ne peuvent être objectivés médicalement, ou dont le traitement ou la thérapie ne s'impose pas d'un point de vue purement médical ;
- k) un traitement préventif, une vaccination ;
- l) les frais de soins de santé autres qu'une consultation qui sont en lien avec une stérilisation, la contraception;
- m) un *traitement esthétique*, à l'exception de la chirurgie plastique reconstructive pour autant qu'un devis précis des coûts, établi par le médecin traitant, soit approuvé au préalable par l'assureur;
- n) la *chirurgie ophtalmologique réfractive*;
- o) un traitement psychothérapeutique, à moins qu'il soit dispensé par un *psychiatre* ;
- p) les produits pharmaceutiques et tout autre type de produit librement disponible dans le commerce en général ;
- q) les frais qui, conformément à la loi et aux règlements belges, ne peuvent pas être facturés

2.4.2. Garantie "Assistance à l'étranger" DKV ASSISTANCE

La garantie d'assistance exclut tous les frais liés aux cas mentionnés ci-après, ainsi que toutes leurs conséquences:

- une *maladie* ou un *accident* résultant de la participation active de l'assuré à une guerre civile ou autre, à des émeutes, à des actes de violence d'origine politique, idéologique ou sociale ;
- une *maladie* ou un *accident* survenant dans un pays en état de guerre civile ou autre, ou déstabilisé par le *terrorisme*, en cas de troubles politiques, en cas de proclamation de la loi martiale, en cas d'émeutes ou d'actes de violence de nature politique, idéologique ou social lorsque l'assuré s'expose à ce danger en séjournant (ou en se rendant) dans un tel pays. Il s'agit des pays pour lesquels le SPF Affaires étrangères a émis un avis de voyage négatif.
Toutefois, la garantie d'assurance est maintenue pendant les 30 premiers jours suivant le début des hostilités lorsque l'assuré a été surpris par le déclenchement des états précités lors d'un voyage à l'étranger (pas encore d'avis de voyage négatif au moment du départ) ;
- la participation active de l'assuré à un acte de *terrorisme* ;
- les catastrophes nucléaires ou naturelles ;
- toute situation recherchée par l'assuré uniquement de manière volontaire et non fondée ;
- toute lésion corporelle ou *maladie* physique non constatée et non diagnostiquée par un médecin ;
- tous les *accidents* ou *maladies* existant au moment de la souscription du *contrat d'assurance* ou du départ vers le pays de séjour, et ses conséquences. Toutefois, une récurrence imprévisible ou une complication imprévisible est couverte si la *maladie* était stable et qu'aucune thérapie n'a été instaurée ou adaptée pendant les 6 mois précédant la souscription du *contrat d'assurance* ou le départ vers le pays de séjour ;
- les états dépressifs, les *maladies* mentales, les troubles psychiques, psychosomatiques ou nerveux, sauf s'il s'agit d'une première manifestation à l'étranger ;
- la pratique de sports dangereux tels que le bobsleigh, l'*alpinisme*, épreuves automobiles, épreuves de vitesse, les raids en général, le rafting, le canoë - kayak , le saut à l'élastique, le saut à ski, le ski en dehors des pistes de ski officielles sans encadrement professionnel d'un moniteur de ski ou d'un guide officiellement agréé, le deltaplane, le parapente et sauts en parachute en général ;
- le rapatriement des *assurées* ayant de blessures ou une *maladie* légère pouvant être soignées sur place et n'empêchant pas lesdites personnes de poursuivre leur séjour à l'étranger ;
- les frais de cures, de massages, de *physiothérapie* et de vaccination ;
- la grossesse de plus de 28 semaines pour les voyages en avion, sauf autorisation écrite du médecin gynécologue traitant confirmée par le médecin de la compagnie aérienne concernée (ceci dans le souci de bien-être de la mère et de l'enfant à naître);
- les frais des lunettes, des lentilles de contact, des *dispositifs médicaux*, des *prothèses* et des membres artificiels en général ;
- les traitements non-remboursés par l'*Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI)* ;
- les frais médicaux en Belgique, même s'ils résultent d'une *maladie* ou d'un *accident* survenu à l'étranger;
- la participation volontaire de l'assuré à un délit, sauf en cas de légitime défense ;
- les frais d'un check-up médical;
- *des traitements esthétiques* et homéopathiques, ainsi que des traitements diététiques et d'acupuncture ;
- examens de contrôle et d'observation revenant régulièrement.;
- les cas survenant avant la date de début et après la date de fin du *plan d'assurance* ou survenant pendant la période de suspension du *plan d'assurance* ;
- en cas d'état d'ivresse, d'intoxication punissable, d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'un autre état

- analogue résultant de produits autres que les boissons alcoolisées, à condition qu'un lien de causalité entre ces états et le besoin d'assistance soit établi ;
- en cas de consommation de produits dopants, l'utilisation de *médicaments* non conformes aux indications de la notice scientifique et/ou à la prescription médicale ;
- l'utilisation d'armes ;
- la participation à des paris ou à des bagarres, sauf en cas de légitime défense ;
- toute prestation refusée par l'assuré, ou non organisée ou accordée par **DKV ASSISTANCE** ;
- tout événement survenant après les 3 premiers mois de séjour à l'étranger ;
- tout dommage résultant directement ou indirectement d'activités de navigation aérienne, dans des circonstances autres que comme passager payant d'un appareil multimoteur pour le transport de personnes conçu à cette fin et ayant un permis à cet effet ;
- tout dommage résultant directement ou indirectement d'un acte *intentionnel* ou manifestement *téméraire* de l'assuré, sauf en cas de légitime défense des personnes ou des biens ;
- tous les frais non expressément prévus dans les présentes conditions d'assurance ;
- tous les frais de recherche et de sauvetage supérieurs à €5.000 jusqu'au moment d'un transport local.

DKV ASSISTANCE n'est pas responsable des dommages, retards, vices ou empêchements pouvant se présenter lors de l'exécution des prestations si ceux-ci naissent sans l'intervention de ou ne sont pas dus à DKV ASSISTANCE ou si ceux-ci sont la conséquence de force majeure, tel que la guerre civile ou autre, une invasion ennemie, des actions de puissances étrangères ennemies, des hostilités (indépendamment du fait de savoir s'il y a eu une déclaration de guerre ou non), la confiscation, la nationalisation, la grève, des émeutes, le terrorisme, le sabotage, la loi martiale, la réquisition, l'affaissement ou le glissement de terrains, les inondations ou toute autre catastrophe naturelle.

Il en va de même pour tout dommage qui serait une conséquence directe ou indirecte de ou serait provoqué en tout ou en partie par un rayonnement ionisant ou une contamination radioactive due à un combustible nucléaire ou de déchets de la combustion d'un combustible nucléaire ou de l'explosion radioactive toxique de toute propriété hypothétique d'une structure nucléaire explosive ou de l'une des composantes de celle-ci.

3. Cas d'assurance (aussi appelés "sinistres")

3.1. Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?

- Prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et limiter les conséquences d'un cas d'assurance ;
- Avant de demander l'indemnisation à l'assureur, d'abord faire valoir les demandes d'indemnisation dans le cadre de toutes les interventions légales, statutaires ou autres ;
- Déclarer chaque cas d'assurance à l'assureur :
 - pour la garantie "Assistance à l'étranger" DKV ASSISTANCE : par téléphone au numéro ☎ +32 2 230 31 32, dans les 48 heures qui suivent le début d'une hospitalisation ou d'un accident de sports d'hiver sur une piste de ski sans hospitalisation, ou dès que raisonnablement possible ;
 - pour la garantie "Frais médicaux" : de préférence via le portail client digital ou l'application sur smartphone mise à disposition par l'assureur, en utilisant les formulaires appropriés et conformément aux directives et au(x) délai(s) décrit(s). La copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (pas de modifications ou de mises à jour manuscrites).

L'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré l'original du justificatif et/ou du document médical, qui doit le conserver ou supporter les frais éventuels d'un duplicata. Si les preuves et/ou documents médicaux (rapports ou certificats médicaux, facture ou note d'honoraires) ont été rédigés dans une langue autre que le néerlandais, le français ou l'anglais, l'assureur est en droit d'en exiger la traduction dans la langue du contrat d'assurance. Les frais de traduction seront à la charge de l'assuré. Les preuves et/ou documents médicaux envoyés resteront en possession de l'assureur ;

- Signaler l'existence de tout autre accord couvrant un risque similaire ou identique, totalement ou partiellement. Si le preneur d'assurance et/ou l'assuré est en droit de réclamer l'indemnisation des frais réels encourus, l'assureur peut faire valoir les droits et les actions en justice du preneur d'assurance et/ou de l'assuré dans la limite de ses prestations d'assurance. Par conséquent, le preneur d'assurance et/ou l'assuré ne peuvent renoncer à aucun droit de recours sans l'accord écrit préalable de l'assureur. Si, par les actions du preneur d'assurance et/ou de l'assuré, la substitution de l'assureur ne peut avoir aucun effet, l'assureur peut demander le remboursement de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi ;
- Le délai de prescription pour soumettre des frais d'un cas d'assurance est de 3 ans à compter de la date de la prestation.

Si le preneur d'assurance ou l'assuré ne respectent pas leurs obligations contractuelles et que ce manquement entraîne un préjudice pour l'assureur ou la personne mandatée par lui dans un cas d'assurance, alors l'assureur peut réduire ses prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi ou même refuser d'intervenir intégralement dans les prestations d'assurance si le manquement a été commis avec une intention frauduleuse.

3.2. Modalités de détermination du droit aux prestations d'assurance

L'assureur ou la personne mandatée par lui, le preneur d'assurance et l'assuré collaborent ensemble afin de déterminer le droit aux prestations au moyen de toutes les informations utiles demandées :

- le preneur d'assurance et l'assuré donnent leur accord pour que l'assureur ou la personne mandatée par lui obtienne les informations nécessaires et s'engagent à coopérer à la bonne exécution des mesures requises en

matière d'information et d'enquête sur les circonstances et l'étendue du *cas d'assurance*, auxquelles le droit aux prestations donne lieu;

- l'*assureur*, ou la personne mandatée par lui, peut subordonner le droit aux prestations à la présentation de preuves et/ou de documents médicaux supplémentaires qui objectivent le diagnostic posé et/ou la nécessité médicale du traitement. En outre, il a le droit de faire examiner à tout moment l'exactitude ou l'exhaustivité des déclarations et, si nécessaire, de demander des informations ou données médicales supplémentaires à un médecin-conseil désigné par lui-même ;
- le médecin-conseil de l'*assureur* s'abstient de toute mesure disproportionnée, non pertinente et excessive dans le cadre de l'enquête sur le droit aux prestations. Seules les informations/données médicales pertinentes qui se limitent à la description de l'état de santé initial au moment de la survenance du *cas d'assurance*, seront transmises au médecin-conseil de l'*assureur*.

Si le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ne respectent pas leurs obligations contractuelles et que ce manquement entraîne un préjudice pour l'*assureur* ou la personne mandatée par lui dans un *cas d'assurance*, alors l'*assureur* peut réduire ses prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi ou même refuser d'intervenir intégralement dans les prestations d'assurance si le manquement a été commis avec une intention frauduleuse.

Les accords ou arrangements que le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* a conclu avec des tiers concernant des droits qui découlent de l'exécution du *contrat d'assurance* ne sont pas opposables à l'*assureur*. Il s'agit des frais médicaux ou d'autres frais qui ne sont pas conformes à la législation et à la réglementation belges ou des accords conclus à ce sujet avec des *prestataires de soins reconnus*.

Les frais ci-dessous, qui restent à charge du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré* :

- la *contribution personnelle* ou franchise par *cas d'assurance* en cas d'hospitalisation en chambre individuelle ;
- le montant dépassant le plafond assuré ;
- les frais d'un *cas d'assurance* non couverts;
- les frais refusés par l'*assureur*.

seront récupérés. Cela se produit essentiellement lorsque l'*assureur* paie la facture d'hospitalisation directement à l'*hôpital* dans le cadre du système du tiers payant.

En cas de paiement incomplet ou de non-paiement de ces montants dus par le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* pour lesquels l'*assureur* met en demeure, par lettre recommandée, une indemnité forfaitaire est due.

Celle-ci est déterminée comme suit :

1. € 20, si le montant restant dû est inférieur ou égal à € 150 ;
2. € 30, si le montant restant dû est compris entre € 150,01 et € 500 ;
3. € 65, si le montant restant dû est supérieur à € 500.

Ces montants peuvent être indexés par arrêté royal sur la base de l'indice des prix à la consommation.

Cette indemnité forfaitaire ne peut s'appliquer qu'après l'envoi d'une mise en demeure qui prend la forme d'un premier rappel et après l'écoulement d'un délai d'au moins quatorze jours calendrier, à compter du troisième jour ouvrable suivant l'envoi du rappel au *preneur d'assurance* ou à l'*assuré*. Lorsque le rappel est envoyé par voie électronique, le délai de quatorze jours calendrier prend cours le jour calendrier suivant le jour de l'envoi du rappel.

Si l'*assureur* ne verse pas au *preneur d'assurance* ou à l'*assuré* les frais couverts, une indemnité forfaitaire sera due, selon les mêmes modalités que celles mentionnées ci-dessus, à condition que le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ait mis l'*assureur* en demeure par lettre recommandée.

3.3. Modalités de paiement

L'indemnité est versée sur le numéro de compte indiqué par le *preneur d'assurance* lors de la déclaration du sinistre et libère totalement l'*assureur* de toute poursuite pour paiement incorrect.

Le paiement s'effectue en euros. Les frais couverts encourus à l'*étranger*, facturés en devise étrangère, sont remboursés au taux de change moyen de la devise étrangère à la date de l'indemnisation.

L'*assureur* se réserve le droit de récupérer toute prestation indûment payée. Le délai de prescription pour la réclamation est de 10 ans à compter de la date du paiement indu.

3.4. Substitution

L'*assureur* qui a versé l'indemnité entre, à concurrence du montant de cette indemnité, dans les droits et actions de l'*assuré* contre tout tiers qui pourrait être tenu pour responsable.

3.5. Règlement des divergences d'opinion

Tout litige concernant le droit aux prestations d'assurance doit être signalé à l'*assureur* par écrit (en format papier ou digitale) dans un délai de 30 jours suivant la décision de l'*assureur* ou dès que raisonnablement possible.

L'*assuré* a le droit de soumettre les litiges de nature médicale à une expertise médicale à l'amiable, comme précisé ci-après. La décision qui en résulte est définitive et contraignante pour les deux parties.

Le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* d'une part et l'*assureur* d'autre part, désignent chacun un médecin-expert pour régler le litige. Si les deux médecins-experts ne parviennent pas à un accord, ils désignent un troisième médecin-expert. Les

trois médecins-experts prennent la décision à la majorité, mais à défaut de majorité, l'avis du troisième médecin-expert est déterminant.

Si l'une des parties ne désigne pas son médecin-expert endéans les 14 jours après la demande de la partie adverse, ou si les deux médecins-experts ne sont pas d'accord sur le choix du troisième médecin-expert, celui-ci est désigné par le Président du Tribunal de Première Instance du *lieu de résidence* du *preneur d'assurance* ou de *l'assuré* à la demande de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin-expert, y compris tout examen et acte médicale supplémentaire que son médecin-expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise. La partie perdante supporte les frais et honoraires du troisième médecin-expert et les frais de sa nomination, y compris tout examen ou acte médicale supplémentaire que le troisième médecin-expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

4. Déroulement du contrat d'assurance

4.1. Début du contrat d'assurance et du plan d'assurance DKV Hospi Essential

4.1.1. Évaluation et acceptation du risque à assurer

L'*assureur* est responsable de l'évaluation, de l'acceptation du risque à assurer et de la conclusion du *contrat d'assurance* au moyen des données personnelles et/ou médicales des personnes à assurer indiquées sur la *proposition d'assurance*, dûment complétée et signée.

La *proposition d'assurance* consiste en un questionnaire administratif et médical pour chaque personne à assurer.

Toutes les circonstances connues et pertinentes, qui déterminent l'évaluation du risque à assurer, doivent être méticuleusement rapportées par le *preneur d'assurance* et par *l'assuré* jusqu'à la conclusion du *contrat d'assurance*, afin que le médecin-conseil de *l'assureur* puisse évaluer correctement le risque à assurer. Cela s'applique également si les informations ont été fournies et/ou complétées par une personne mandatée par le *preneur d'assurance* et/ou par *l'assuré*.

Toute omission intentionnelle et/ou communication incorrecte dans les déclarations du *preneur d'assurance* et/ou de la personne à assurer, qui induit *l'assureur* en erreur dans l'appréciation du risque à assurer, rend le *contrat d'assurance* nul et non avenu, sans préjudice des *primes* déjà versées au moment où *l'assureur* a pris connaissance de l'omission intentionnelle ou de la communication incorrecte.

La *proposition d'assurance* n'engage ni le *preneur d'assurance* ni *l'assureur* à conclure le *contrat d'assurance*. Ce n'est que si *l'assureur* n'a pas publié d'offre d'assurance dans les 30 jours suivant la réception de la *proposition d'assurance*, n'a pas soumis l'assurance à une demande d'examen ou n'a pas refusé l'assurance, que *l'assureur* s'engage à conclure le *contrat d'assurance* sous peine de dommages et intérêts.

Conformément à la législation belge applicable, *l'assureur* peut refuser d'assurer les personnes qui constituent un risque aggravé ou bien peut décider de les assurer à des conditions particulières ; si nécessaire, exclure certains risques de la garantie d'assurance et/ou facturer une *surprime* pour une *maladie* ou une affection qui existait avant la conclusion du *contrat d'assurance*. Celle-ci sont déterminées lors de l'émission de la police et de ses avenants et sont décrites dans les Conditions Particulières d'Assurance.

La décision d'acceptation est communiquée par écrit (en format papier ou digital) au *preneur d'assurance* tandis que la motivation est communiquée à *l'assuré*.

4.1.2. Conclusion du contrat d'assurance et début des garanties d'assurance

Le *contrat d'assurance* peut être conclu à distance via le portail digital de souscription de *l'assureur* mis à disposition à cet effet. Cela signifie que, jusqu'à la conclusion du *contrat d'assurance*, seulement une ou plusieurs techniques de communication à distance (par exemple : le courrier électronique, l'internet) sont utilisées, sans la présence physique et concomitante de *l'assureur* et/ou de l'intermédiaire d'assurance d'une part, et du *preneur d'assurance* d'autre part.

Le *contrat d'assurance* est conclu au moment de l'émission de la police.

Le *plan d'assurance* DKV Hospi Essential n'entrera en vigueur qu'après le paiement de la première *prime* annuelle complète ou de la *prime* partielle convenue dans le délai imparti. En aucun cas, le plan d'assurance DKV Hospi Essential ne prendra effet avant la date de début du *contrat d'assurance*, comme stipulé dans la police. En payant la première *prime* annuelle ou la *prime* partielle convenue, le *preneur d'assurance* et les *assurées* sont réputés avoir accepté les Conditions Générales et Particulières d'Assurance applicable à leur couverture (y compris les éventuelles exclusions et/ou *surprimes*).

L'assureur ne fournira aucune prestation d'assurance avant la date de début du *plan d'assurance* DKV Hospi Essential.

Tant le *preneur d'assurance* que *l'assureur* peuvent se rétracter du *contrat d'assurance* conclu à distance sans pénalité et sans justification de motifs, par écrit (en format papier ou digital) et endéans les 14 jours aux adresses suivantes : 25 Rue de Loxum à 1000 Bruxelles (format papier) ou contract-fr@dkv.be (format digital). Ce délai, pendant lequel le droit de rétractation peut être exercé, commence à courir du jour où le *contrat d'assurance* est

conclu, ou du jour où le *preneur d'assurance* a reçu la police et toutes les informations (précontractuelles) connexes sur un support de données durable, si cette seconde date est postérieure à la première.

La rétractation par le *preneur d'assurance* prend effet immédiatement au moment de la notification, tandis que la rétractation de l'*assureur* ne prend effet que 8 jours après sa notification.

Si le *contrat d'assurance* est rétracté par le *preneur d'assurance* ou par l'*assureur* et que, à la demande du *preneur d'assurance*, l'exécution du *contrat d'assurance* avait déjà commencé avant la rétractation, le *preneur d'assurance* est tenu de payer la *prime* au prorata de la période pendant laquelle la couverture d'assurance a été fournie.

À l'exception de cette partie de la *prime*, l'*assureur* rembourse le solde de la *prime* reçue du *preneur d'assurance*. Il dispose d'un délai de 30 jours pour ce faire, qui commence aux dates suivantes :

- à partir du jour où l'*assureur* reçoit la rétractation du *preneur d'assurance* ;
- à partir du jour où l'*assureur* envoie la rétractation au *preneur d'assurance*.

4.1.3. Durée du contrat d'assurance

Conformément à la législation belge applicable, le *contrat d'assurance* est conclu à vie, sans préjudice des dispositions légales ou énoncées à l'article 4.3. et du droit de résiliation du *preneur d'assurance*.

4.2. Primes

4.2.1. Dispositions générales

Le *preneur d'assurance* est redevable de la totalité de la *prime* annuelle (pour tous les *assurés*) à la *date d'échéance annuelle*. En contrepartie, l'*assureur* s'engage à exécuter le *contrat d'assurance*.

Lors de la conclusion du *contrat d'assurance*, la *prime* annuelle est calculée selon :

- le *lieu de résidence* du *preneur d'assurance* ;
- l'âge d'entrée de chaque *assuré*, obtenu en soustrayant l'année de naissance de l'année en cours ;
- l'état de santé de chaque *assuré*.

Le tableau *des primes* est disponible dans les Conditions Particulières d'Assurance, dont il fait intégralement partie.

4.2.2. Paiement des primes

La *prime* annuelle est payable annuellement et à l'avance. Elle doit être payée au plus tard à la date d'échéance, selon la périodicité convenue (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) stipulée dans la police, sur présentation d'un avis d'échéance ou d'une simple invitation à payer à la dernière adresse connue du *preneur d'assurance*.

Le paiement de la *prime* n'est pas exonéré après la survenance d'un *cas d'assurance*, ni pendant celui-ci.

4.2.3. Primes impayées

En cas de non-paiement de la *prime*, l'*assureur* est en droit de suspendre la couverture et/ou de résilier le *contrat d'assurance*, à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure par lettre recommandée. La totalité de la *prime* annuelle est payable de plein droit.

En cas de paiement incomplet ou de non-paiement de la *prime*, le *preneur d'assurance* est mis en demeure par lettre recommandée. Celle-ci appelle le *preneur d'assurance* à régler les arriérés de *primes* endéans les 15 jours à compter du lendemain de la date du dépôt de la lettre recommandée à la Poste. Cette lettre indiquera le début de ce délai, ainsi que les conséquences du non-paiement de la *prime* par le *preneur d'assurance*. Si le *preneur d'assurance* ne règle pas les arriérés de *primes* dans le délai imparti, la couverture d'assurance sera automatiquement suspendue de plein droit à l'expiration du délai prévu dans la mise en demeure.

Si le *preneur d'assurance* n'a toujours pas payé la *prime* endéans un second délai de 15 jours courant à partir du premier jour de suspension, le *contrat d'assurance* sera résilié de plein droit. La résiliation du *contrat d'assurance* pour non-paiement de la *prime* prend effet à compter du jour suivant le jour où le délai précité prend fin.

Il n'y a aucun droit aux prestations pour les *cas d'assurance* survenant pendant la période de suspension.

La garantie d'assurance reprend cours pour tous les *cas d'assurance* survenant après le paiement de toutes les *primes* impayées et échues, ainsi que tous les frais de recouvrement, par le *preneur d'assurance*, pour autant que le *contrat d'assurance* n'ait pas fait l'objet d'une résiliation comme mentionné à l'alinéa précédent.

En cas de paiement incomplet ou de non-paiement de la *prime* due par le *preneur d'assurance* pour lequel l'*assureur* met en demeure par lettre recommandée, une indemnité forfaitaire est due.

Celle-ci est déterminée comme suit :

1. €20, si le montant restant dû est inférieur ou égal à €150 ;
2. €30, si le montant restant dû est compris entre €150,01 et €500 ;

3. €65, si le montant restant dû est supérieur à €500.
Ces montants peuvent être indexés par arrêté royal sur la base de l'indice des prix à la consommation.

Si l'assureur ne rembourse pas au *preneur d'assurance* les *primes* payées (en tout ou en partie), une indemnité forfaitaire sera due, selon les mêmes modalités que celles mentionnées ci-dessus, à condition que le *preneur d'assurance* ait mis l'assureur en demeure par lettre recommandée.

4.2.4. Adaptation de la prime et/ou des conditions d'assurance

La *prime* et les conditions d'assurance sont définies compte tenu des paramètres contenus dans le plan technique que l'assureur constitue sur base de critères actuariels et de souscription.

Pendant la durée du *contrat d'assurance*, la *prime* de chaque assuré est adaptée :

- à la date d'*échéance annuelle* sur base de l'âge alors atteint par l'assuré et du tarif en vigueur déterminé pour cet âge tel qu'indiqué au tableau des primes. L'âge atteint est obtenu en soustrayant l'année de naissance de l'année en cours ;
- à partir du premier jour du mois suivant le changement d'adresse en Belgique sur base du *lieu de résidence* du *preneur d'assurance* à ce moment et du tarif en vigueur déterminé pour cette adresse.

Le *preneur d'assurance* ne peut pas invoquer l'adaptation de la *prime* pour résilier le *contrat d'assurance*, comme décrit à l'article 4.3.1.

Conformément à la législation belge applicable, la *prime*, la *contribution personnelle* ou la *franchise par cas d'assurance* décrit à l'article 2.2.1.1.1 en cas d'hospitalisation en chambre individuelle et/ou de prestations d'assurance peuvent également être adaptées à la *date d'échéance annuelle* jusqu'à concurrence maximum de l'un des indices publiés au Moniteur belge suivants :

- l'indice des prix à la consommation. Le taux d'indexation se calcule alors en comparant les indices des mois de juin de l'année civile en cours et précédente ; ou
- les indices médicaux spécifiques associés au type de garantie "chambre particulière" qui s'appliquent aux contrats d'assurance maladie privée, s'il apparaît du tableau des indices médicaux spécifiques de l'année civile précédente que l'évolution dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. Cette adaptation peut être appliquée de manière différenciée par catégorie d'âge.

Ces adaptations sont notifiées par écrit (en format papier ou digital) au *preneur d'assurance* au plus tard à la *date d'échéance annuelle*. Elles ne peuvent pas être invoquées par le *preneur d'assurance* pour résilier le *contrat d'assurance*, comme indiqué à l'article 4.3.1.

Outre l'indexation annuelle, la *prime* et/ou les conditions d'assurance ne peuvent être adaptées après la conclusion du *contrat d'assurance* que par l'intervention des *autorités de contrôle*, si celles-ci déterminent ou si l'assureur les informe que, nonobstant l'indexation de la *prime*, le *plan d'assurance* DKV Hospi Essential est ou risque de devenir déficitaire et que, conformément à la législation belge applicable, elles décident que l'assureur doit équilibrer ce *plan d'assurance*.

Cette adaptation est également notifiée par écrit (en format papier ou digital) au *preneur d'assurance* au plus tard à la *date d'échéance annuelle*. L'adaptation peut être invoquée par le *preneur d'assurance* pour résilier le *contrat d'assurance*, comme décrit à l'article 4.3.1. (2) et (3).

Si le *preneur d'assurance* ne résilie pas son *contrat d'assurance* conformément aux articles 4.3.1. (2) ou (3), l'adaptation de la *prime* et/ou des conditions d'assurance s'appliquera à tous les contrats en cours conformément aux délais et dispositions prescrits par la législation belge applicable.

4.3. **Fin du contrat d'assurance et du plan d'assurance DKV Hospi Essential**

4.3.1. Fin du contrat d'assurance

Le *contrat d'assurance* expire en cas :

- de résiliation par le *preneur d'assurance* par écrit (par lettre recommandée, par exploit d'huissier, ou par remise d'une lettre contre récépissé)
 - (1) à chaque *date d'échéance annuelle* moyennant un préavis de 3 mois.
La résiliation du *contrat d'assurance* prend effet à la *date d'échéance annuelle* du contrat d'assurance ;
 - (2) endéans les 3 mois qui suivent la notification d'une adaptation de la *prime* et/ou des conditions d'assurance imposée par les *autorités de contrôle* faite au moins 4 mois *avant l'échéance annuelle* du *contrat d'assurance* en cours. La résiliation du *contrat d'assurance* prend effet à la *date d'échéance annuelle* du *contrat d'assurance* ;
 - (3) endéans les 3 mois qui suivent la notification d'une adaptation de la *prime* et/ou des conditions d'assurance imposée par les *autorités de contrôle* faite moins de 4 mois *avant l'échéance annuelle* du *contrat d'assurance* en cours. La résiliation prend effet après un mois à compter du lendemain de la notification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la Poste.
- de résiliation **par l'assureur** par lettre recommandée

(4) en cas de non-paiement des *primes*, comme décrit à l'article 4.2.3 second point.

- (5) de déménagement à l'*étranger* : dès que le *preneur d'assurance* transfère son *lieu de résidence* ou sa *résidence principale* à l'*étranger*, ce qui doit être notifié à l'*assureur* comme indiqué à l'article 4.5, le *contrat d'assurance* prend fin automatiquement. Le *preneur d'assurance* en sera informé par écrit.

4.3.2. Fin du plan d'assurance

Le *plan d'assurance* DKV Hospi Essential expire:

- pour tous les *assurés* à la fin du *contrat d'assurance* ;
- pour les *assurés* auxquels une circonstance décrite ci-après s'applique :
 - les conditions d'assurabilité (voir article 1.1) ne sont plus remplies ;
 - décès ;
 - sortie du *contrat d'assurance*, sans préjudice au droit de continuation individuelle (voir article 4.4) ;
 - en cas de (tentative de) tromperie/fraude de la part de l'*assuré* dans les cas prévus à l'article 4.3.3.

Si le *cas d'assurance*, décrit aux articles 2.2.1.1.1, 2.2.1.1.2, 2.2.1.1.4 et 2.2.2, se poursuit après la date de fin du *plan d'assurance*, le remboursement des frais après cette date de fin est garanti jusqu'à la fin du *cas d'assurance*.

La garantie d'assurance prend fin en même temps que le *plan d'assurance* pour les *cas d'assurance* décrits à l'article 2.2.1.1.3.

4.3.3. Fraude/tromperie

Si l'*assuré* ou le *preneur d'assurance* se rend coupable de fraude ou de tentative de fraude :

- le *contrat d'assurance* sera annulé en cas d'omission ou inexactitude intentionnelle dans les déclarations de données qui a induit l'*assureur* en erreur lors de l'appréciation du risque à assurer conformément à l'article 59 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances;
- les prestations d'assurance seront refusées en cas de manquement avec intention frauduleuse relative aux obligations prévues à l'article 3.1 conformément à l'article 76 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances ;
- le *contrat d'assurance* sera résilié en cas de faux en écriture ou d'escroquerie conformément aux conditions prévues à l'article 86, §1, troisième paragraphe de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

4.4. **Droit à la continuation à la sortie du contrat d'assurance**

Le *preneur d'assurance* informe l'*assureur* dans un délai de 30 jours, par écrit (en format papier ou digital), du moment où un *assuré* quitte le *contrat d'assurance* et de son nouveau *lieu de résidence* et *résidence principale*. Sur la base de ces informations, l'*assureur* soumet à l'*assuré*, dans les 30 jours, une offre de continuation du *contrat d'assurance*, avec effet au premier jour qui suit la fin du *plan d'assurance* DKV Hospi Essential.

Si l'*assuré* accepte l'offre d'assurance dans un délai de 60 jours par écrit (en format papier ou digital), le *contrat d'assurance* se poursuit de manière ininterrompue et sans nouvel examen médical du risque.

Le droit à la continuation s'éteint après l'expiration de ce délai et n'est pas d'application au cas où le *contrat d'assurance* expire par résiliation du *preneur d'assurance* ou de l'*assureur* comme prévu sous les articles 4.3.1. (1) à (4).

4.5. **Déclarations obligatoires**

Pendant la durée du *contrat d'assurance*, le *preneur d'assurance*, l'*assuré* ou la personne mandatée par lui sont tenus de:

- faire toutes les déclarations et communication à l'*assureur* par écrit (en format papier ou digital), à moins que le *contrat d'assurance* ne prévoit d'autres modalités de notification ;
- aviser l'*assureur* dans les meilleurs délais, de l'existence de tout autre accord couvrant un risque similaire ou identique, totalement ou partiellement;
- aviser l'*assureur*, dans un délai de 30 jours de la date à laquelle les conditions pour maintenir le *contrat d'assurance* et/ou le *plan d'assurance* ne sont plus réunies. En particulier :
 - tout changement de *lieu de résidence* ou de *résidence principale* en dehors de la Belgique du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré* ;
 - tout séjour à l'*étranger* de plus de 90 jours consécutifs de la part de l'*assuré*;
 - tout séjour temporaire de plus de 6 mois dans les États membres de l'Union européenne (à l'exclusion des territoires d'outre-mer) des étudiants assurés de moins de 26 ans, lorsqu'ils sont effectués en continuité de leurs études et rentrent dans des programmes unilatéraux ou multilatéraux ou dans le cadre d'un convention entre deux ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur (voir article 1.1) ;
 - tout changement de statut social qui a pour conséquence que l'*assuré* n'est plus assujéti à la sécurité sociale belge et ne peut plus en bénéficier.

Le *contrat d'assurance* (voir article 4.3.1) et/ou le *plan d'assurance* (voir article 4.3.2) prend fin automatiquement au jour de la nouvelle situation s'il apparaît que, du fait du changement de la situation, les conditions pour le maintien du *contrat d'assurance* et/ou du *plan d'assurance* ne sont plus remplies.

Si le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ne respectent pas leurs obligations contractuelles et que ce manquement entraîne un préjudice pour l'*assureur* ou la personne mandatée par lui dans un *cas d'assurance*, alors l'*assureur* peut réduire ses prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi ou même refuser d'intervenir intégralement dans les prestations d'assurance si le manquement a été commis avec une intention frauduleuse.

4.6. Protection de la vie privée

L'*assureur* traite les données personnelles et médicales du *preneur d'assurance* et de l'*assuré*, conformément à la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et au règlement général 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi que de la loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles et vos droits, veuillez consulter notre déclaration de vie privée sur notre site web <https://www.dkv.be/fr/privacy>. La version la plus récente y est toujours disponible. Si vous souhaitez recevoir gratuitement une copie papier de notre déclaration de vie privée, vous pouvez la demander par courrier à l'adresse Rue de Lozum 25, 1000 Bruxelles ou par e-mail privacy@dkv.be.

4.7. Couverture en cas de terrorisme

La garantie d'assurance s'étend aux *cas d'assurance* survenus en raison d'une *maladie* ou d'un *accident* découlant d'un acte de *terrorisme*, à l'**exclusion des cas d'assurance et de toutes leurs conséquences résultant (1) d'un acte de terrorisme commis à l'aide d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique et (2) la participation active de l'assuré à un acte de terrorisme tel que prévu aux articles 2.4.1 et 2.4.2.**

4.8. Dispositions finales

4.8.1. Droit applicable et juridiction

Le droit belge s'applique à ce *contrat d'assurance*.

Tous les litiges relatifs à la conclusion, la validité, l'exécution, l'interprétation ou la dissolution du présent *contrat d'assurance* relèvent de la compétence exclusive des cours et tribunaux belges.

4.8.2. Gestion des plaintes

Toute plainte relative au *contrat d'assurance* ou la gestion d'un sinistre peuvent être adressées à DKV Belgium S.A. – Quality Control, 25 rue de Lozum, 1000 Bruxelles - (qualitycontrol@dkv.be).

Sans préjudice de la possibilité pour le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* d'engager une procédure judiciaire, le *preneur d'assurance* peut s'adresser à l'ombudsman de l'assurance, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles - (www.ombudsman-insurance.be, +32 (0) 2 547 58 71, info@ombudsman-insurance.be).

5. Glossaire

1. DÉFINITIONS

Accident

Événement soudain survenant indépendamment de la volonté de l'assuré et causant des lésions corporelles à l'assuré, dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de son organisme.

Accident de sports d'hiver

Un accident qui survient lors de la pratique d'un sport pratiqué dans la neige en hiver.
Par exemple : le ski ou le snowboard.

Accouchement

L'acte par lequel un enfant est né.

Acte intentionnel

L'acte intentionnel est l'acte volontaire et délibéré commis dans l'intention de causer un dommage.

Acte téméraire

Un acte téméraire est un acte risqué et imprudent qui est commis intentionnellement ou de manière imprudente.

Alpinisme

Sport qui consiste à escalader et/ou à descendre des montagnes à haute altitude en utilisant des techniques d'escalade (c'est-à-dire en utilisant les mains et les pieds) et qui nécessite un certain degré de préparation ou d'entraînement.

Année d'assurance

La période de 12 mois à partir de la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance.

Appareil auditif

Tout dispositif médical interne et/ou externe destiné à améliorer l'audition d'une personne malentendante.

Assureur

DKV Belgium S.A., ayant son siège social au 25 rue de Loxum à 1000 Bruxelles (Belgique), compagnie d'assurances agréée sous le numéro 739, sous le contrôle de la Banque Nationale de Belgique, ayant son siège social au 14 Bd de Berlaimont à 1000 Bruxelles (Belgique), inscrite à la Banque carrefour des entreprises à Bruxelles sous le numéro 0414858607.

Assuré

La personne physique sur qui repose le risque et qui est le bénéficiaire du contrat d'assurance.

Autorités de contrôle

Il existe deux autorités de contrôle, chacune ayant de compétences spécifiques :

- FSMA : Autorité des Services et Marchés Financiers
12-14 rue du Congrès à 1000 Bruxelles
Tél 02 220 52 11 – Fax 02 220 52 78
www.fsma.be
- BNB : Banque Nationale de Belgique
14 Bd de Berlaimont à 1000 Bruxelles
Tél. 02 221 21 11 - Fax 02 221 31 00 -
www.nbb.be

Biologie clinique

Un laboratoire de biologie clinique est une institution reconnue par le SPF Santé publique où des techniciens de laboratoire analysent divers échantillons de liquides corporels (p. ex. du sang, de l'urine, des selles ou du mucus, etc.) sur la base de tests de laboratoire. Ces analyses permettent de déterminer le diagnostic, le suivi ou le traitement de l'état de santé de l'assuré.

Cas d'assurance ou cas de sinistre

L'objet de la garantie d'assurance, tel que stipulé dans le contrat d'assurance.

Chambre de luxe ou une suite

Une chambre qui diffère d'une chambre simple standard. Une telle chambre offre, entre autres, plus de confort et d'intimité par rapport à une chambre simple standard.

Chirurgie ophtalmologique réfractive

La chirurgie ophtalmologique réfractive est une (sous-)spécialité de l'ophtalmologie qui concerne la chirurgie oculaire élective pour améliorer/modifier l'état de réfraction de l'oeil de l'assuré au moyen d'interventions chirurgicales, telles que le traitement au laser (par ex. le LASIK, le Femto LASIK, le ReLEx Smile) ou l'implantation/remplacement de lentilles (par exemple le RLE, l'ICL), afin de corriger une erreur de réfraction dans le but de réduire ou d'éliminer partiellement ou complètement la dépendance aux aides optiques telles que les lunettes ou les lentilles de contact.

Consultation et/ou traitement ambulatoire

Consultation et/ou traitement qui n'est pas effectué lors d'une hospitalisation (hospitalisation avec nuitée ou hospitalisation de jour) et pour lequel l'hôpital ne peut pas facturer une journée d'hospitalisation ou un forfait spécifique pour l'admission en hôpital de jour.

Contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est formé par la police. La police se compose des Conditions Générales et Particulières d'Assurance et de leurs avenants.

Contribution personnelle ou franchise

La part des frais couverts qui reste à la charge de l'assuré et qui vient en déduction de l'intervention de l'assureur. Elle est appliquée, par cas d'assurance, en cas d'hospitalisation en chambre individuelle.

Date d'échéance annuelle

Date d'échéance de la prime annuelle ou date d'échéance principale telle que définie dans la police.

Dispositif médical

Un dispositif médical est un produit de santé qui accomplit son effet médical par des moyens physiques ou mécaniques. Un dispositif médical est tout instrument, appareil, équipement, logiciel, implant, réactif, matière ou autre article utilisé seul ou en combinaison destiné à un usage médicale spécifique, tel que mentionné et décrit au chapitre VI "Lunettes et autres prothèses de l'œil, appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques et autres prothèses" de la nomenclature :

- Article - 27 Bandagistes (bandages, ceintures, lombostats, appareillage après mammectomie, semelles, urinal ambulatoire, appareils pour anus artificiel, canule trachéale, matériel pour mucoviscidose);
- Article - 28 Fournisseurs d'implants ;
- Article - 28 Bandages (aides à la mobilité) ;

- Article - 29 Orthopédistes (appareils orthopédiques, prothèses et chaussures orthopédiques)
- Article - 30 Opticiens ;
- Article - 31 Audiiciens.

DKV ASSISTANCE

DKV ASSISTANCE est le nom des services d'assistance spécifiques à l'étranger offerts aux assurés par l'assureur, ainsi que le nom du centre d'urgence (de l'assureur) qui fournit le service.

Efficace

L'analyse cout-efficacité étudie la relation entre le cout d'un traitement et son efficacité. Lorsque différents traitements sont possibles, avec le même objectif mais des couts différents pour l'assureur, celui-ci se réserve le droit de limiter son intervention au remboursement du traitement le plus efficace en termes de couts. Dans la même optique, l'assureur se réserve le droit de refuser le remboursement d'un traitement dont le cout est disproportionné par rapport à un gain marginal ou temporaire de santé de l'assuré.

Hôpital

L'hôpital est l'établissement de santé reconnu visé à l'article 2 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2008, 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, à des patients qui y sont admis 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.

Est également considéré comme un hôpital: un centre palliatif ou un centre de revalidation, s'il est agréé comme un hôpital par l'INAMI.

Ne sont pas considérés comme un hôpital:

- une maison de repos, une maison de repos et de soins agréée ou toute autre institution offrant un hébergement pour les personnes âgées, les convalescents et les enfants y compris celles qui font partie d'un hôpital ;
- une maison de soins psychiatriques ;
- une institution médico-pédagogique ;
- un centre de cure pour des traitements tels que par exemple les cures thermales et diététiques, la thalasso-thérapie, les cures de désintoxication ;
- une habitation protégée ;
- un sanatorium et un préventorium.

Hospitalisation de jour

Une hospitalisation de jour est une admission et un séjour dans un hôpital reconnu, sans nuitée, au cours duquel le patient subit une ou plusieurs interventions planifiables.

Ces interventions requièrent des procédures établies pour la sélection des patients, la sécurité, le contrôle de la qualité, la continuité, les soins de suivi, la rédaction des rapports et la coopération avec les divers services médicotéchniques sous la surveillance et la direction d'un médecin spécialiste attaché à l'hôpital avec une surveillance et une administration des soins adéquates.

Les présentes Conditions Générales d'Assurance se réfèrent toujours à la nomenclature en vigueur au moment de la prestation médicale. La liste susmentionnée peut

être étendue aux cas prévus par la loi (selon la convention nationale en vigueur entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs conformément aux dispositions de l'article 42 de la loi sur l'assurance obligatoire de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994).

Hospitalisation non-planifiée

Une hospitalisation non-planifiée est une hospitalisation et un traitement imprévus et urgents lors d'un séjour temporaire à l'étranger, qui ne peuvent raisonnablement être reportés jusqu'au retour de l'assuré en Belgique.

Il s'agit de prestations médicales, effectuées sur place par un prestataire de soins de santé reconnu, qui sont requises de toute urgence pour soulager une douleur aiguë et sévère ou pour prévenir l'aggravation d'une affection aiguë qui constitue une menace immédiate et grave pour la santé générale de l'assuré.

Infirmière

Une infirmière est une prestataire de soins paramédicaux reconnu, qui est chargée des activités suivantes :

- d'observer, d'identifier et d'établir l'état de santé psychologique, physique et social de l'assuré ;
- de définir ses problèmes de soins infirmiers ;
- d'assister un médecin dans l'établissement du diagnostic médical et l'exécution du traitement prescrit ;
- d'informer et de conseiller l'assuré et sa famille ;
- de fournir une assistance continue, poser ou aider à poser des actes visant à maintenir, améliorer et rétablir l'état de santé de l'assuré.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)

L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité est un organisme fédéral de la sécurité sociale belge.

Intervention légale/statutaire ou autre

Toute intervention ou remboursement (partiel) des frais réellement encourus par l'application de :

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telle qu'elle est organisée par la loi du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964 ;
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et ses arrêtés royaux d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et ses arrêtés royaux d'exécution) ;
- la loi sur le maximum à facturer (loi du 03 juin 2002) ;
- la loi relative à la création du statut de solidarité nationale, à l'octroi d'une pension de dédommagement et au remboursement des soins médicaux à la suite d'acte de terrorisme (loi du 18 juillet 2017) ;
- les règlements européens 1408/71, 574/72, 883/2004 et 987/2009 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par la législation belge ;
- l'assurance complémentaire des mutualités (loi du 6 août 1990 sur les mutualités et aux unions nationales de mutualités) comprenant tous les services et prestations des mutualités ;
- le service "soins urgents à l'étranger" des mutualités ;
- une disposition de droit commun.

Implant dentaire

Élément prothétique intégré dans l'os de la mâchoire et destiné à remplacer artificiellement une ou plusieurs racines d'une dent naturelle manquante afin de fixer une prothèse dentaire fixe ou amovible.

Le terrorisme

Une action ou une menace d'action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attentant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

L'étranger

Tout pays autre que le pays du lieu de résidence et de résidence principale de l'assuré (c'est-à-dire en dehors des frontières nationales de la Belgique).

Lieu de résidence

Lieu auquel la personne physique est inscrite au registre de la population.

Logopède

Un logopède est un prestataire de soins paramédicaux reconnu, qui est spécialisé en logopédie.

Il détecte et diagnostique (à l'aide de tests standardisés et d'observations), traite les troubles et les limitations dans le domaine de la voix, de la parole, du langage, de l'audition, de la lecture, de l'écriture, du calcul et de la déglutition, ainsi que dans les domaines de la communication, de l'apprentissage, de l'alimentation et de la boisson.

Maladie

Toute altération de l'état de santé non causée par un accident, dont la cause et les symptômes sont médicalement objectivables et qui, en tant que tels, permettent un diagnostic et nécessitent une thérapie ou un traitement.

Médecin généraliste

Le médecin généraliste est un prestataire de soins de santé reconnu qui est généralement le premier point de contact et traite les problèmes de santé dans une perspective globale. Il garde une vue d'ensemble de la situation sanitaire globale de ses patients et coordonne tous les soins nécessaires.

Médecin spécialiste

Le médecin spécialiste est un médecin reconnu qui se spécialise dans un domaine particulier de la médecine et est le point de contact pour les problèmes de santé qui nécessitent des soins spécifiques. Dans la plupart des cas, l'assuré sera référé par son médecin généraliste.

Il

- a suivi une formation théorique et pratique spécifique dans une spécialité, et est reconnue comme telle selon les critères applicables et sous le contrôle du comité de reconnaissance compétent pour cette spécialité ;
- porte un titre professionnel spécial de médecin-spécialiste tel que visé dans l' "Arrêté royal établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire".

La liste exhaustive des spécialités médicales éligibles comprend: anatomie pathologique, anesthésie-réanimation, biologie clinique, cardiologie, chirurgie générale, chirurgie orale et maxillo-faciale (stomatologie), chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, dermato-vénéréologie, endocrino-diabétologie, gastro-entérologie, gastroentérologie oncologique, génétique clinique, gériatrie, gynécologie-obstétrique, hématologie clinique, hématologie et oncologie pédiatrique, infectiologie clinique, médecine aiguë, médecine du travail, médecine d'urgence, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et réadaptation, microbiologie clinique, néonatalogie, néphrologie, neurochirurgie, neurologie, neurologie pédiatrique, oncologie médicale, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, pneumologie oncologique, psychiatrie, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, radiodiagnostic, radiothérapie-oncologie, réadaptation fonctionnelle et professionnelle des personnes handicapées, rhumatologie, soins intensifs, urologie.

Médicament

Tout produit pharmaceutique qui est exclusivement délivré dans une pharmacie agréée, prescrit par un prestataire de soins de santé reconnu et qui soit a été autorisé en tant que médicament par le Ministre compétent en matière de santé publique ou par la Commission européenne, soit comme préparation magistrale conformément à l'article 6 de la loi du 25 mars 1964 et de l'arrêté royal du 3 juillet 1969, modifié par les arrêtés ultérieurs.

Nomenclature

La nomenclature et la pseudo-nomenclature des prestations médicales est une liste codée des prestations médicales qui sont totalement ou partiellement remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (assurance maladie légale).

La liste et les modifications sont publiées au Moniteur belge. Les présentes Conditions Générales d'Assurance font toujours référence à la nomenclature en vigueur au moment de la prestation médicale.

Physiothérapie

La physiothérapie (ou kinésithérapie) est dispensée par un physiothérapeute, qui est un prestataire médical reconnu.

Il détecte les affections physiques de l'assuré et en recherche la cause, dans le but de contribuer à un diagnostic par un médecin sur la base d'une prescription médicale ou d'instaurer un traitement.

L'objectif principal de la physiothérapie est de maintenir et d'améliorer la qualité de mouvement et le fonctionnement du corps de l'assuré sur la base de traitements physiques et exercices de mouvement à des fins médicales (p. ex. exercices avec ou sans assistance physique, massothérapie, thérapie par l'application de stimuli physiques non invasifs tels que le courant électrique, le rayonnement électromagnétique, les ultrasons, les applications de chaleur et de froid, etc.) et la gymnastique prénatale et postnatale.

Plan d'assurance

Les garanties d'assurance "Frais médicaux" et "Assistance à l'étranger".

Plan d'assurance similaire

Un plan d'assurance similaire offre des garanties similaires en termes de remboursement des frais médicaux et autres.

Plan de traitement

Le plan de traitement est établi par un dentiste reconnu (dentiste généraliste, dentiste spécialiste en parodontologie, médecin spécialiste en stomatologie et en chirurgie orale, maxillo-faciale et faciale, médecin titulaire d'un diplôme de dentiste ou d'une licence en dentisterie) avant le début du traitement dentaire désigné et comprend une description précise et détaillée (entre autres : les dents à traiter, les matériaux utilisés, les techniques employées, le calendrier établi, etc.) du traitement complet et l'ordre dans lequel le traitement décrit sera effectué.

Podologue

Le podologue est un prestataire de soins paramédicaux reconnu, qui est spécialisé dans l'analyse, le diagnostic et le traitement des problèmes de pieds et de chevilles de l'assuré (affections tant onguinaires, cutanées que mécaniques liées à la fonction du pied et de la cheville). Il détecte les problèmes de l'assuré et en recherche la cause, dans le but de contribuer à l'établissement d'un diagnostic par un médecin ou d'instituer un traitement podologique (p. ex. poser des bandes pour soutenir une articulation, enlever des callosités, corriger des anomalies de l'ongle plaque, soigner une plaie au pied, fabriquer des semelles podologiques, etc.)

Politique de facturation discriminatoire

L'assureur considère qu'un prestataire de soins reconnu ou un hôpital poursuit une politique de facturation discriminatoire si les frais médicaux facturés par ce prestataire de soins ou cet hôpital varient selon que le patient a ou non une assurance hospitalisation et/ou selon l'assureur auprès duquel cette assurance a été souscrite.

Politique de facturation excessive

L'assureur détermine si un prestataire de soins reconnu ou un hôpital applique une politique de facturation excessive en comparant les frais médicaux facturés par ce prestataire de soins ou cet hôpital aux assurés (de l'assureur) avec le tarif conventionné correspondant (en vigueur au moment du traitement) et/ou le coût moyen facturé par d'autres prestataires de soins de santé ou hôpitaux pour des traitements similaires.

Pratique sportive professionnelle ou rémunérée

Les sportifs rémunérés sont considérés comme des salariés. Ils s'engagent, moyennant une rémunération et sous l'autorité d'un employeur, à se préparer à une compétition ou à une exhibition sportive. Le contrat de travail entre un sportif rémunéré et son employeur est régi par une loi spécifique, la loi sur les sportifs rémunérés (parfois appelée "loi de 1978").

Preneur d'assurance

La personne physique, ayant son lieu de résidence et sa résidence principale en Belgique, qui souscrit le contrat d'assurance et qui est redevable du paiement de la prime.

Prestataire de soins reconnu

Un prestataire de soins reconnu est soit (1) une personne physique qui :

- est titulaire d'un diplôme (para)médical ;
- est autorisée à exercer la médecine ou à dispenser des soins paramédicaux en Belgique au moyen d'un visa délivré par le SPF Santé publique ou une

agence gouvernementale similaire dans le cas spécifique d'un traitement médical à l'étranger ;

- est inscrit à l'Ordre des médecins (lorsqu'il est autorisé à exercer la médecine) ;
- dispose d'un numéro d'agrément de l'INAMI par lequel il est autorisé à certifier les prestations visées dans la nomenclature des prestations médicales.

soit (2) une personne morale qui :

- est reconnu par le gouvernement (régional) belge compétent pour dispenser des services d'aide familiale et de soins à domicile complémentaires, de soins post-natals en Belgique ;
- est inscrite à la Banque-Carrefour des Entreprises et est autorisée à fournir des services qualifiés de garde d'enfants et de soutien éducatif et/ou des services qualifiés de garde ou de promenade journalière d'animaux domestiques (chiens et chats) en Belgique.

Prestation médicale

Dans les présentes Conditions Générales d'Assurance, le terme désigne les prestations médicales telles que mentionnées et décrites dans les articles suivants de la nomenclature :

- Chapitre II - Consultations, visites et avis; Psychothérapies et autres prestations, Article 2 - Consultations et visites ;
- Chapitre III - Soins Courants, Section 1, Article 3 - Prestations techniques médicales;
- Chapitre IV - Accouchements, Article 9 ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 2, Article 11 - Prestations spéciales générales;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 3, Article 12 - Anesthésiologie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 4, Article 13 - Réanimation;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14a - Chirurgie générale;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14b - Neurochirurgie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14c - Chirurgie plastique;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14d - Chirurgie abdominale ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14e - Chirurgie thoracique ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14f - Chirurgie des vaisseaux;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14g - Gynécologie-obstétrique;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14h - Ophtalmologie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14i - Otorhino-laryngologie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14j -

- Urologie ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14k - Orthopédie ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 - Chirurgie, Article 14l - Stomatologie ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 6 - Imagerie médicale - Médecin spécialiste en radiodiagnostic, Article 17 - 17bis - Radiodiagnostic - Echographies;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 6 - Imagerie médicale - Médecin spécialiste à l'exception du médecin spécialiste en radiodiagnostic, Article 17ter - 17quater : Radiodiagnostic - Echographies;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 7 - Radiothérapie et radiumthérapie, Article - 18 Médecine nucléaire ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 8, Article 20 - Médecine interne;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 9, Article 21 - Dermatovénérologie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 10, Article 22 - Physiothérapie;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 11, Article 24 - 24bis - Biologie clinique ;
- Chapitre V - Prestations techniques médicales spéciales, Section 13, Article 26 - Suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié;
- Chapitre VII - Anatomico-pathologie et examens génétiques, Article 32 - Anatomico-pathologie;
- Chapitre VIII - Prestations interventionnelles, Article 34.

Prestation paramédicale

Les prestations paramédicales sont dispensées par des prestataires de soins de santé reconnus qui ne sont pas reconnus comme médecins, mais qui prodiguent des soins et des traitements paramédicaux en étroite collaboration ou sous supervision d'un médecin.

Les présentes Conditions Générales d'Assurance font référence aux consultations et/ou traitements ambulatoires d'infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, podologues et logopèdes tels que mentionnés et décrits dans les articles suivants :

- Chapitre III - Soins Courants, Section 3 - Article 7 Kinésithérapie;
- Chapitre III - Soins Courants, Section 4 - Article 8 Soins infirmiers ;
- Chapitre IV - Accouchements - Article 9 ;
- Chapitre X - Article 36 - Logopédie

de la nomenclature.

Prime

Le montant y compris toutes les taxes d'assurance, les impôts, les contributions légales et les charges dus en contrepartie des obligations de l'assureur en exécution du contrat d'assurance.

Procréation médicalement assistée

La procréation médicalement assistée est définie comme la réalisation(i) soit d'une insémination artificielle, (ii) soit d'une des techniques de fécondation in vitro, c'est-à-dire des techniques impliquant à un moment donné la manipulation d'un ovule et/ou d'un embryon.

Proposition d'assurance

La proposition d'assurance est le formulaire émis par l'assureur, rempli par le preneur d'assurance, dont le but est d'informer l'assureur de la nature de la transaction, des faits et des circonstances, qui lui permettront d'évaluer le risque. Elle vise à la conclusion du contrat d'assurance.

Prothèse

Un membre artificiel ou tout autre dispositif médical sur mesure qui remplace artificiellement tout ou partie (de la fonction) d'une partie du corps affectée ou d'un membre manquant ou amputé (entre autres les prothèses de bras, oculaires, de pied, de cheveux, de main, de jambe).

Il peut s'agir d'une prothèse amovible que l'assuré peut poser et retirer lui-même ou d'une prothèse fixe qu'il ne peut pas poser et retirer lui-même.

Prothèse dentaire

Un dispositif médical sur mesure qui remplace artificiellement une partie ou l'entièreté d'une ou plusieurs dents naturelles manquantes. Il peut s'agir d'une prothèse dentaire amovible que l'assuré peut retirer lui-même de la bouche (p. ex. une prothèse dentaire en résine synthétique ou une prothèse dentaire squelettique) ou d'une prothèse dentaire fixe que l'assuré ne peut pas retirer lui-même de la bouche (p. ex. une couronne ou un bridge, inlay et onlay).

Psychiatre

Un psychiatre est un prestataire de soins de santé reconnu qui s'est spécialisé en psychiatrie (étude des troubles mentaux, émotionnels et comportementaux). Grâce à sa formation de médecin, le psychiatre peut poser un diagnostic et prescrire des médicaments.

Résidence principale

Le lieu de résidence fixe et habituelle où les personnes physiques résident effectivement de manière prédominante (pendant la majeure partie de l'année), sur base de la situation factuelle. Ce qui signifie qu'elles ne séjournent pas pendant plus de 90 jours consécutifs à l'étranger.

Sage-femme

Une sage-femme est un prestataire de soins paramédicaux reconnu qui est autorisé à :

- surveiller, soigner et conseiller une assurée pendant la grossesse, l'accouchement et la période qui suit l'accouchement ;
- surveiller les grossesses normales, effectuer des accouchements normaux et prodiguer les soins primaires au nouveau-né et à la mère assurée.

Salle de plâtre

Un local destiné à la pose de dispositifs de contention à base de bandes plâtrées ou à base de matières synthétiques et utilisées notamment dans le cadre de fracture, luxation, traitement orthopédique ou prise de moulage.

Scientifiquement et thérapeutiquement éprouvé

Un traitement est scientifiquement et thérapeutiquement éprouvé quand il répond à l'état de l'art et aux normes reconnues de la pratique médicale.

Un tel traitement n'est ni expérimental ni en phase de recherche. Elle est évaluée sur la base de la médecine factuelle (EBM, 'evidence-based medicine'). La médecine factuelle est l'utilisation explicite, judicieuse et consciencieuse des meilleures preuves disponibles lors du choix du traitement d'un patient. Tout cela étant donné l'état de la science (médicale) à cette époque.

Stage d'attente

La période prenant cours à la date de début du plan d'assurance et durant laquelle l'assureur n'est pas redevable de prestation.

Supplément d'honoraires

Supplément facturé en plus du tarif conventionné. Le supplément est exprimé en pourcentage. Un supplément de 100 % implique un doublement du tarif officiel.

Tarif conventionné

Taux officiel des honoraires d'un prestataire de soins de santé reconnu, tel que convenu dans L'Accord National Médico-Mutualiste. C'est également sur cette base qu'est calculée l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Ticket modérateur légal

La différence entre le tarif conventionné et l'indemnité de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (assurance maladie légale).

Traitement dentaire

Les prestations :

- incluses soit dans l'arrêté royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de la dentisterie, soit dans l'arrêté royal du 9 novembre 1951 complétant l'arrêté royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de la dentisterie ;
- visant au diagnostic et/ou traitement des maladies, dysfonctionnements et lésions des dents, des gencives et des mâchoires.

Traitement esthétique

Traitement de nature purement cosmétique, dont le seul but est de corriger les imperfections et d'embellir le corps. Le traitement ne vise pas à diagnostiquer et/ou à guérir des maladies, des troubles et des lésions.

Traitement orthodontique

Un traitement orthodontique comprend toutes les prestations dentaires pour le diagnostic, le traitement précoce/de courte durée, classique ou régulier d'un défaut de position de dents et/ou de mâchoires, telles que décrites au Chapitre III, Section 2, Article 5, §1 et §2 - rubriques "Consultations", "Radiographies" et § 3 "Autres prestations : Orthodontie" de la nomenclature.