

MC Assure

Assurances hospitalisation
Conditions générales

MUTUALITE CHRETIENNE

2027

SOMMAIRE

PARTIE 1 **3**

Article 1 – Conditions de souscription 3
Article 2 – Impact du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la possibilité de devenir membre de MC Assure, sur la qualité de membre de MC Assure et le maintien de la possibilité de bénéficier de la couverture de MC Assure 3
Article 3 – Étendue territoriale 4
Article 4 – Conclusion du contrat d'assurance 5
Article 5 – Prise d'effet de la couverture 5
Article 6 – Stage 6
Article 7 – Exemption de souscription 6
Article 8 – Objet du contrat d'assurance 7
Article 9 – Principe de solidarité 7
Article 10 – Exclusions – absence d'intervention 7
Article 11 – Obligations du preneur d'assurance et des assurés secondaires 8
Article 12 – Modalités d'intervention 8
Article 13 – Primes 9
Article 14 – Défaut de paiement de la prime 9
Article 15 – Modifications contractuelles et tarifaires 9
Article 16 – Durée et fin du contrat d'assurance 10
Article 17 - Protection des données à caractère personnel 11
Article 18 – Subrogation et récupération 11
Article 19 – Abrogé 11
Article 20 – Délai de prescription 11
Article 21 – Abrogé 12
Article 22 – Litiges ou plaintes 12

PARTIE 2 **12**

Article 23 – Fixation de la prime 12
Article 24 – Remboursements et interventions 13

PARTIE 3 **16**

Article 25 – Conditions particulières de souscription 16
Article 26 – Fixation de la prime 16
Article 27 – Remboursements et interventions 16

ANNEXE 1 **20**

ANNEXE 2 **21**

ANNEXE 3 **22**

Primes 22

ANNEXE 4 **26**

Lexique 26

PARTIE 1

Dispositions communes aux assurances hospitalisation

Article 1 – Conditions de souscription

§1. Les couvertures d'assurance décrites dans les présentes conditions générales sont réservées aux affiliés de la MC, elle même membre de MC Assure. La qualité d' affilié MC est exigée pendant toute la durée du contrat souscrit avec MC Assure.

On entend par affilié MC :

- Membre qui peut bénéficier d'un avantage à l'assurance complémentaire, au sens de l'article 2, 1°, de l'Arrêté royal du 7 mars 1991, de la MC.
- Membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage à l'assurance complémentaire est suspendue, au sens de l'article 2, 2° de l'Arrêté royal du 7 mars 1991, à la MC.
- Membre dont la possibilité de bénéficier d'un avantage à l'assurance complémentaire est supprimée, au sens de l'article 2, 3°, de l'Arrêté royal précité du 7 mars 1991, à la MC à la condition qu'il soit en ordre de cotisation depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3 et suivants, de l'Arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services de l'assurance complémentaire qui y sont visés.

§2. Chaque titulaire au sens de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités souhaitant souscrire une couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales est tenu de le faire pour l'ensemble de son ménage mutualiste : lui et sa/ses personne(s) à charge.

§3. Toute modification dans la composition du ménage doit être signalée par envoi recommandé, par courrier simple ou par voie électronique à la MC, dans un délai de 30 jours à dater de la modification. Passé ce délai, celle-ci sera appliquée au 1er jour du mois qui suit la réception de l'information par la MC.

§4. Les droits et obligations des assurés et de MC Assure sont régis par le contrat d'assurance, lequel est formé par les présentes conditions générales, les conditions particulières d'assurance et par les avenants éventuels.

Ces documents sont soumis à la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, ses arrêtés d'exécution, ainsi que la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Article 2 – Impact du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur la possibilité de devenir membre de MC Assure, sur la qualité de membre de MC Assure et le maintien de la possibilité de bénéficier de la couverture de MC Assure

§1. On entend par "assurance complémentaire" : les services visés à l'article 3, alinéa 1er, b) et c), de la loi du 6 août 1990, ainsi que les services visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire, organisés par la MC et par l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes.

§2. Le membre qui bénéficie des avantages de l'assurance complémentaire :
- Peut souscrire une police d'assurance MC Assure.
- Peut bénéficier de la couverture MC Assure à condition que ses primes soient payées.

§3. Le membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue :
- Peut souscrire une police d'assurance MC Assure mais ne bénéficiera de la couverture de MC Assure que pour autant que les primes soient payées.
- Continue de bénéficier de la couverture MC Assure à condition que ses primes MC Assure soient payées.

§4. Le membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée :
- Ne peut souscrire une police d'assurance MC Assure et bénéficier de sa couverture.
- Voit sa police d'assurance résiliée par MC Assure et ne bénéficie plus de la couverture de MC Assure même si ses primes sont en ordre.

§5. Le membre, dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, qui s'y est réinscrit et est en cours de stage durant une période comprise entre 6 à 24 mois pour pouvoir à nouveau bénéficier de ces avantages et qui est en ordre de cotisation depuis le début de ce stage, peut souscrire une police d'assurance MC Assure et bénéficier de la couverture aux conditions fixées par les présentes conditions générales pour les nouvelles affiliations.
Si durant ledit stage, le membre accuse un nouveau retard de 6 mois dans le paiement de ses cotisations, son contrat d'assurance sera résilié.

Cette période de 6 mois est suspendue :
- Si cette personne se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite.
- Si cette personne est devenue personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire.

Article 3 – Étendue territoriale

§1. Peut bénéficier des garanties :
- L'assuré qui a sa résidence habituelle en Belgique.
- L'assuré qui a sa résidence habituelle à l'étranger pour autant qu'il reste assujetti à l'assurance obligatoire belge.

§2. Toutes les assurances hospitalisation de MC Assure couvrent les hospitalisations et prestations qui se produisent sur le territoire belge.
Les assurances Hospi +, Hospi +100 et Hospi +200 couvrent également les hospitalisations ayant lieu en dehors du territoire national, dans le cadre d'un accord bilatéral ou multilatéral ou dans le cadre des projets européens de type "Interreg". Les prestations fournies en dehors du territoire national sont également accordées aux bénéficiaires ayant leur résidence principale dans une région frontalière qui se font soigner dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de 25 km maximum de leur résidence principale (art. 294, 7° de l'Arrêté royal du 2 juillet 1996).

Article 4 – Conclusion du contrat d'assurance

§1. Le contrat prend cours le 1er jour du mois qui suit la réception auprès de la MC des conditions particulières signées par le preneur d'assurance. Toutefois, si les conditions particulières sont reçues au-delà du 15 du mois qui suit leur émission, le contrat prendra cours le 1er jour du mois suivant. Si les conditions particulières signées ne sont pas transmises auprès de la MC dans les 3 mois qui suivent leur émission, le contrat sera nul et non avenu même si les primes afférentes ont été payées, auquel cas, les primes seront remboursées.

Les conditions particulières reprennent les mentions prévues à l'article 64, §2 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

§2. Un contrat d'assurance peut être conclu à distance. Il s'agit d'un contrat conclu entre l'entreprise et le consommateur, dans le cadre d'un système organisé de vente ou de prestation de service à distance, sans la présence physique simultanée de l'entreprise et du consommateur, par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance, jusqu'au moment, et y compris au moment, où le contrat est conclu.
Dans ce cas, il est conclu quand la MC ou MC Assure reçoit l'acceptation par voie électronique ou par voie postale du preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance et l'assureur disposent d'un délai de quatorze jours pour annuler le contrat d'assurance, sans pénalité et sans obligation de motivation.
Le délai dans lequel peut s'exercer ce droit commence à courir à compter du jour de la conclusion du contrat d'assurance.
La résiliation émanant du preneur d'assurance prend effet au moment de la notification, celle émanant de l'assureur huit jours après sa notification.

§3. Le paiement spontané d'une prime sans y avoir été invité ne constitue pas une souscription.

Article 5 – Prise d'effet de la couverture

§1. La garantie prend cours à la date du début du contrat d'assurance déterminée dans les conditions particulières pour autant que le stage ait pris fin.

§2. En cas d'ajout d'un assuré secondaire au contrat, la garantie prend effet à la date reprise sur l'avenant au contrat.

§3. Dans tous les cas, si un stage d'attente est prévu, l'assureur n'est tenu à aucune prestation aussi longtemps que ce stage n'est pas écoulé sauf en cas d'accident tel que prévu à l'article 6 §1 des présentes conditions générales.

§4. Toute modification de contrat vers une formule présentant des garanties inférieures ne peut se faire qu'après la date du 1er anniversaire de la signature du contrat en cours.
La modification se fera au 1er jour du trimestre suivant la réception de la demande par la MC, dans le respect des délais repris au §1 de l'article 4.

§5. Toute modification de contrat vers une formule présentant des garanties supérieures se fera au 1er jour du mois suivant la réception de la demande par la MC, dans le respect des délais repris au §1 de l'article 4.

Article 6 – Stage

§1. A partir de la date de prise d'effet de couverture, l'assuré est soumis à une période de stage de six mois au cours de laquelle aucune prestation de l'assurance n'est accordée.
Lorsqu'un assuré est ajouté dans le contrat, il doit également accomplir un stage de six mois à partir de la date de prise d'effet de la couverture.
Lors du passage d'une assurance hospitalisation MC Assure vers une autre assurance hospitalisation MC Assure offrant des garanties plus élevées, l'assuré doit accomplir un stage de six mois pour les nouvelles garanties à dater de la prise d'effet de celles-ci. Pendant la période de stage, la garantie précédente est maintenue et appliquée en cas de sinistre pour le preneur d'assurance et le(s) assuré(s) secondaire(s) si le stage de la couverture précédente était achevé.
Le stage ne s'applique pas aux hospitalisations et frais consécutifs à un accident survenu après la prise d'effet de la garantie.

§2. Dispense de stage
- Par dérogation au §1, il y a une dispense de stage dans les cas suivants :
  - Si l'assuré était précédemment couvert par une assurance présentant des garanties similaires, dont le stage éventuel a été accompli et les primes y afférentes payées, pour autant que la date de prise de cours mentionnée dans les conditions particulières du nouveau contrat soit effective dans les 3 mois à dater de la fin de la couverture précédente.
    Si le stage est en cours dans l'assurance précédente, la période déjà effectuée est déduite de la période de stage à effectuer auprès de MC Assure.
  - Si l'assuré souscrit un contrat d'hospitalisation au cours du trimestre civil de la signature de sa première inscription comme titulaire auprès de la MC et pour autant que son stage ait été accompli durant le contrat souscrit par l'assuré principal dont il était personne à charge au sens de l'assurance obligatoire, quelle que soit la couverture hospitalisation choisie.
  - En cas de naissance ou d'adoption, l'enfant est dispensé de stage à condition que l'assuré principal qui lui ouvre le droit à la couverture ait accompli son stage ou en ait été dispensé. Si le stage de l'assuré principal est en cours, celui de l'enfant correspondra au solde du stage de cet assuré principal.

Article 7 – Exemption de souscription

Chaque preneur d'assurance souhaitant souscrire une couverture d'assurance décrite dans les présentes conditions générales est tenu de le faire pour l'ensemble du ménage mutualiste.

Cette obligation ne sera pas applicable au membre du ménage mutualiste qui fournit la preuve qu'il est couvert par une autre assurance hospitalisation souscrite à titre privé ou collectif c'est-à-dire prise en charge financièrement par son employeur.
- Si l'exemption est sollicitée au moment de la souscription du contrat, elle prend effet à la date mentionnée dans les conditions particulières pour autant que l'attestation soit remise dans les 3 mois à dater de la prise de cours du nouveau contrat. Passé ce délai, elle prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de l'attestation d'assurance par la MC.
- Si en cours de contrat, un assuré acquiert une couverture d'assurance à titre collectif, l'exemption prendra effet à la fin du mois de la réception de la demande et d'une attestation précisant le type d'assurance, la compagnie et la prise en charge financière totale ou partielle par l'employeur.
- Si en cours de contrat, un assuré acquiert une couverture d'assurance à titre privé, sa police d'assurance est résiliée suivant les conditions figurant dans l'article "Durée et fin du contrat d'assurance" des présentes conditions générales.

Article 8 – Objet du contrat d'assurance

§1. Les couvertures d'assurance ont pour objet d'accorder, à charge de l'assureur, une intervention financière dans le coût d'une hospitalisation d'un assuré, à condition que ce coût ait déjà été partiellement pris en charge par une intervention légale.
Il s'agit d'une assurance à caractère indemnitaire. En aucun cas l'indemnisation, cumulée avec toute autre intervention pour la même cause, ne peut dépasser le montant des frais réellement supportés par l'assuré. L'intervention de l'assureur sera le cas échéant plafonnée en conséquence. L'assuré s'engage à communiquer à la MC ou MC Assure le décompte d'intervention d'un tiers assureur.

§2. L'assureur interviendra dans l'ordre suivant et après que l'assuré a épuisé toutes les possibilités d'intervention :
- À l'intervention légale de l'assurance obligatoire en ce compris le maximum à facturer (MAF).
- Émanant de la législation relative aux accidents du travail ou des maladies professionnelles, ou à toute indemnisation résultant du droit de la responsabilité civile.
- Émanant de l'application de toute législation étrangère.
- Émanant des interventions des services statutaires organisés dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Dans le cas où l'assuré bénéficie de plusieurs contrats d'assurance auprès de MC Assure et qu'une même prestation est susceptible d'être couverte par ces différents contrats, l'assurance Medi + interviendra en premier lieu, les assurances hospitalisation Hospi +, Hospi +100 ou Hospi +200 interviendront ensuite et l'assurance Dento + interviendra en dernier lieu.

§3. L'ouverture du droit dans certaines législations peut être conditionnelle.
Dans ces cas, l'octroi du remboursement le sera à titre d'avance récupérable, lorsqu'en vertu de législations spécifiques, un tiers est tenu d'intervenir. Lorsque l'assuré ou un membre de son ménage mutualiste se voit signifier le droit à l'intervention de ladite législation, l'assureur récupérera toute somme pouvant être couverte par ladite législation. L'assuré s'engage à communiquer à la MC ou MC Assure le décompte d'intervention d'un tiers assureur.

Article 9 – Principe de solidarité

La présence d'une maladie, d'une affection ou d'un état préexistants dans le chef d'un assuré n'entraîne ni l'exclusion de cet assuré, ni majoration des primes, ni restriction dans l'intervention de MC Assure.

Article 10 – Exclusions – absence d'intervention

Sont exclus de la couverture d'assurance :
- Les hospitalisations, soins et fournitures pour un traitement esthétique, de rajeunissement ou de chirurgie plastique ne faisant pas l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.
- Les hospitalisations, soins et fournitures résultant de l'utilisation d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.
- Les hospitalisations, soins et fournitures résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, d'un sport rémunéré, y compris les entraînements.

- Les frais liés aux traitements expérimentaux qui n'ont pas de base scientifique.
- Les hospitalisations en cours au moment de la prise de cours de la garantie.
- Les hospitalisations qui débutent pendant le stage.
- Les hospitalisations, soins et fournitures lorsqu'il n'y a pas d'intervention légale.
- Les forfaits salles de plâtre et les forfaits pour dialyse tels que définis par l'assurance obligatoire.
- Les frais de transport, les séjours en maison de repos ou en maison de repos et de soins, les séjours en maison de convalescence et en centre de rééducation.
- Les prothèses ou implants dentaires placés au cours d'un séjour hospitalier.
- Les soins médicaux et paramédicaux ayant fait l'objet d'une intervention du service "soins ambulatoires pour l'enfance" organisés dans le cadre de l'assurance complémentaire.

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

§1. Les assurés doivent remplir la demande de consentement conformément à l'article "Protection des données à caractère personnel".

§2. Le preneur d'assurance et/ou les assurés secondaires doit (doivent) communiquer à la MC ou MC Assure, dans les 30 jours à compter de la date de survenance de l'événement, par envoi recommandé, courrier simple ou voie électronique :
- Tout changement d'adresse ou de composition de ménage.
- Le fait de cesser d'être soumis à la législation belge en matière de Sécurité sociale.
- Si une des conditions de souscription au contrat vient à être modifiée ou supprimée.

§3. Le preneur d'assurance et/ou les assurés secondaires doit (doivent) communiquer à la MC ou MC Assure le plus rapidement possible la survenance du sinistre à l'aide des documents prévus à cet effet ainsi que, si nécessaire, toutes les pièces justificatives des frais exposés.

§4. Le preneur d'assurance est tenu de payer la prime dès réception de l'avis d'échéance.

Article 12 – Modalités d'intervention

§1. Les interventions de l'assureur sont accordées aux assurés soit sur base d'un formulaire de demande d'intervention accompagné, si nécessaire, des pièces justificatives des frais exposés, soit sur base d'une déclaration de sinistre déposée en ligne sur le portail sécurisé de la MC (mc.be/declaration-hospi).
Toute note de crédit éventuelle devra être transmise à l'assureur dans les meilleurs délais.

§2. Conformément aux lois relatives à la protection des données à caractère personnel et aux droits du patient, l'assuré ou la personne désignée par celui-ci autorise MC Assure à réclamer intégralement auprès du prestataire de soins, de l'établissement concerné les données médicales et/ou les rapports rédigés dans le cadre d'un examen unilatéral ou contradictoire. MC Assure est également autorisé à récupérer auprès de l'établissement ou du prestataire de soins les montants facturés à tort et qui ont donné lieu à son intervention.

§3. Le remboursement des frais exposés se fera selon le barème des honoraires fixé par l'assurance obligatoire, dans les limites des plafonds d'intervention et sous déduction :
- Des interventions préalables intervenues conformément à l'article "Objet du contrat d'assurance" des présentes conditions générales.
- Des franchises prévues aux présentes conditions générales.

Article 13 – Primes

La prime est toujours payée anticipativement. Elle peut être payée par virement annuel ou par domiciliation trimestrielle, semestrielle ou annuelle selon le choix du preneur d'assurance.

La prime est due par le preneur d'assurance dès que celui-ci a reçu l'avis d'échéance. Lors de l'ajout d'un nouvel assuré secondaire, la modification du montant de la prime prend cours au premier jour du mois qui suit cet ajout. La première année d'assurance se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle le contrat a pris effet. Ensuite, chaque année d'assurance correspond à l'année civile.

Article 14 – Défaut de paiement de la prime

Le défaut de paiement de la prime ou d'une partie de celle-ci à l'échéance peut donner lieu à la résiliation du contrat à condition que le débiteur ait été mis en demeure.
La mise en demeure est adressée soit par exploit d'huissier, soit par envoi recommandé et vaut sommation de payer endéans un délai de 15 jours à compter du lendemain de la signification ou du lendemain du dépôt de l'envoi recommandé.
La résiliation du contrat prend effet à compter du lendemain du jour où le délai de 15 jours prend fin.

Article 15 – Modifications contractuelles et tarifaires

§1. Les primes, franchises et prestations peuvent être indexées de plein droit avec effet au début de chaque année d'assurance telle que définie à l'article 13, sur base de l'évolution de l'indice des prix à la consommation mesurée au mois de juin. Ainsi, pour l'année "n", l'indexation est calculée en multipliant la prime, la franchise ou prestation par le rapport entre l'indice de l'année "n-1" et celui de l'année "n-2".

§2. Les primes, franchises et prestations peuvent également être adaptées au début de chaque année d'assurance telle que définie dans le lexique repris à l'Annexe "Lexique", sur base d'un ou plusieurs indices médicaux spécifiques calculés et publiés au Moniteur belge par le SPF Économie, si l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. L'indice utilisé est l'indice global du second trimestre de l'année précédente.

§3. L'Office de contrôle des mutualités peut exiger que MC Assure mette un tarif en équilibre si l'application de ce tarif donne lieu à des pertes. En outre, l'Office de contrôle des mutualités, à la demande de MC Assure et si elle constate que l'application de ce tarif, nonobstant l'application des §1 et §2, donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes, peut autoriser MC Assure à prendre des mesures afin de mettre ses tarifs en équilibre. Ces mesures peuvent comporter une adaptation des conditions de couverture.

§4. L'augmentation des primes s'applique :
- Aux contrats souscrits à partir de la notification de la décision de l'Office de contrôle des mutualités.
- Et sans préjudice du droit à la résiliation du preneur d'assurance aux primes de contrats en cours, qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de l'Office de contrôle des mutualités.

§5. Tout impôt, taxe, contribution ou cotisation en relation avec ces couvertures, imposé par la loi ou par toutes autres dispositions réglementaires, est ou sera exclusivement à charge du preneur d'assurance.

§6. Si MC Assure modifie les conditions ou les montants des primes, elle en avise le preneur d'assurance par l'envoi d'une notification écrite. L'adaptation de la prime, des conditions générales et tarifaires s'appliquera à l'assurance en cours.

§7. Dans des circonstances exceptionnelles et conformément à la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, d'autres modifications des conditions de couverture peuvent être autorisées par l'Office de contrôle des mutualités.

Article 16 – Durée et fin du contrat d'assurance

§1. Le contrat d'assurance est conclu à vie sauf dans les situations prévues au §2 et sans préjudice des dispositions de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

§2. Le contrat prend fin en cas de

- Résiliation par le preneur d'assurance :
  - Sans motif après au minimum 1 an de souscription à l'assurance : à la fin du trimestre en cours pour autant que la demande de résiliation ait été introduite auprès de la MC ou MC Assure au plus tard le dernier jour du deuxième mois de ce même trimestre. À défaut, la résiliation est reportée à la fin du trimestre suivant.
  - Suite à un avis de modification des conditions contractuelles ou tarifaires (hors indice à la consommation ou indice médical spécifique) : dans les 3 mois qui suivent la notification par l'assureur de ces modifications. La prise d'effet sera effective le mois suivant la réception de la demande de résiliation auprès de la MC ou MC Assure.
  - Si assurance similaire via l'employeur : à la fin du mois de réception de la demande auprès de la MC ou MC Assure et d'une attestation qui précise expressément le type d'assurance, la compagnie, les personnes assurées et la prise en charge financière totale ou partielle par l'employeur.
- Résiliation par MC Assure :
  - Si non-paiement des primes.
  - Si décès du preneur d'assurance.
  - Si l'assuré ne remplit plus les conditions de souscription reprises à l'article "Conditions de souscription" des présentes conditions générales
    - A la fin du mois au cours duquel l'assuré, qui était à la charge d'un titulaire membre de l'assurance facultative, s'inscrit en qualité de titulaire auprès d'un autre organisme assureur.
    - A la fin du mois au cours duquel l'assuré, qui était titulaire membre de l'assurance facultative, s'inscrit en qualité de personne à charge auprès d'un autre organisme assureur
    - A la fin du trimestre qui précède l'entrée en vigueur de l'inscription d'un assuré non visé ci-dessus auprès d'un autre organisme assureur.
  - En cas de fraude de l'assuré vis-à-vis de MC Assure.
  - Si l'assuré devient un affilié MC dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée.

§3. La demande de résiliation doit être envoyée à la MC par envoi recommandé, par exploit d'huissier ou par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

§4. La résiliation n'a pas pour effet de mettre fin à une dette en faveur de l'assureur. Les primes et arriérés de primes restent dus dans le chef de l'assuré durant une période de 3 ans. Le cas échéant, MC Assure effectuera une compensation entre son intervention et la dette du preneur d'assurance.

§5. La couverture d'assurance reste toutefois acquise pour les hospitalisations ayant débuté avant la résiliation du contrat et se poursuivant au-delà.

§6. Si le contrat auprès de MC Assure a été résilié, un nouveau contrat pourra être conclu aux conditions suivantes :
- Sans stage et sans majoration de primes par rapport au contrat précédent si le nouveau contrat est conclu dans les trois mois qui suivent la résiliation et après apurement des dettes éventuelles pour autant que la police d'assurance comporte les mêmes garanties que la précédente police d'assurance.
- Avec stage et avec majoration des primes si le nouveau contrat est conclu au-delà des trois mois qui suivent la résiliation et après apurement des dettes éventuelles.
- Avec stage et avec majoration des primes si la nouvelle police d'assurance présente des garanties supérieures à la police d'assurance précédemment résiliée.

Article 17 – Protection des données à caractère personnel

MC Assure traite les données personnelles conformément à la réglementation sur la protection des données à caractère personnel. La politique de traitement de données personnelles de MC Assure est disponible sur le site internet : mc.be/disclaimer et à la requête de l'assuré.

MC Assure est tenue de solliciter le consentement des assurés afin de pouvoir traiter les données relatives à la santé.

Article 18 – Subrogation et récupération

§1. MC Assure est subrogée, à concurrence du montant de son intervention dans les droits et actions de l'assuré contre le tiers responsable du dommage, conformément à l'article 95 de la Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

§2. MC Assure n'exercera aucun recours contre les membres de la famille de l'assuré qui ont causé l'accident de manière non intentionnelle sauf si leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

§3. L'assuré ne peut renoncer à un quelconque recours sans l'accord de MC Assure.

Article 19 – Abrogé

Article 20 – Délai de prescription

Le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de 3 ans conformément aux articles 88 et 89 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.
Toute demande de remboursement doit être obligatoirement transmise à la MC avant l'expiration d'un délai de 3 ans qui court à partir du jour de la date de réception de la facture d'hospitalisation par l'assuré. Si l'assuré n'a pas la preuve de la date de réception, on retiendra comme date de réception le troisième jour ouvrable qui suit la date mentionnée sur la facture.

Article 21 – Abrogé

Article 22 – Litiges ou plaintes

§1. Gestion des plaintes
En cas de litige relatif à l'exécution du présent contrat, l'assuré a la possibilité de s'adresser :
- au service des plaintes de la MC, chaussée de Haecht 579 boîte 40 à 1031 Bruxelles (plaintes@mc.be | mc.be/plaintes)
- au médiateur de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes par e-mail à l'adresse mediateur@mc.be ou par courrier à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Médiateur, chaussée de Haecht 579 boîte 40 à 1031 Bruxelles
- à l'Ombudsman des assurances par e-mail à l'adresse info@ombudsman-insurance.be ou par courrier à Service Ombudsman des assurances, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (ombudsman-insurance.be/fr).

§2. Juridictions
Toute contestation relative aux présentes conditions générales et aux contrats d'assurance conclus avec MC Assure est soumise au droit belge et relève de la compétence exclusive des juridictions belges.

§3. Responsabilité des auxiliaires
Dans les limites de la loi, les assurés ne peuvent pas engager une action en responsabilité extra-contractuelle contre les auxiliaires de MC Assure pour la réparation des dommages causés par le non-respect des obligations contractuelles par ces auxiliaires dans le cadre de prestations contractuelles fournies à l'assuré, même si l'événement à l'origine du dommage constitue également un acte illicite.

Par auxiliaire, on entend une personne physique ou morale qui contribue à l'exécution des obligations contractuelles de MC Assure.

PARTIE 2

Dispositions spécifiques à l'assurance Hospi +

Article 23 – Fixation de la prime

§1. La prime due par le preneur d'assurance est calculée en fonction du nombre et de l'âge des assurés auxquels elle ouvre le droit. C'est l'âge atteint au moment de la prise d'effet de la couverture qui détermine le montant de la prime.

§2. Une prime spécifique est appliquée au 4e assuré secondaire lorsqu'il n'est plus dispensé du paiement de la prime ainsi qu'aux éventuels assurés secondaires suivants. Cette prime est appliquée en fonction de l'âge de ces assurés secondaires.
Si, durant la vie du contrat, il s'opère des modifications dans la composition de la police, les primes liées au 4e assuré secondaire et aux suivants seront recalculées et adaptées au 1er janvier de l'année qui suit.

§3. Le montant de la prime annuelle est déterminé :
- Pour un nouvel assuré à MC Assure, par l'âge atteint à la date de prise de cours de son contrat.
- Pour tout autre assuré, par l'âge atteint au 1er janvier de l'année civile.

§4. Le montant des primes annuelles et la répartition de ces primes en frais d'administration, frais de distribution et primes hors de ces frais sont repris à l'Annexe "Primes" des présentes conditions générales.

Article 24 – Remboursements et interventions

§1. Intervention pour séjour en établissement général hospitalier.
L'assurance Hospi + intervient dans les frais réellement supportés par l'assuré de la manière suivante :
- Remboursement des acomptes légaux versés à l'hôpital au plut tôt au début de l'hospitalisation concernée, sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital prouvant le paiement de tels acomptes. Un remboursement intégral est octroyé à l'assuré hospitalisé dans une chambre à 2 lits, déduction faite de l'éventuelle franchise reprise au §2 de la présente disposition. Si l'assuré est hospitalisé à sa demande dans une chambre individuelle, le remboursement de l'acompte correspondra au montant de l'acompte qui aurait été réclamé s'il avait été hospitalisé dans une chambre à 2 lits, déduction faite de l'éventuelle franchise reprise au §2 de la présente disposition.
  Cette intervention ne s'applique qu'aux hospitalisations classiques en établissement hospitalier général. Elle ne s'applique pas aux hospitalisations de jour.
  S'il advient par la suite que les avantages prévus dans le présent article ne sont pas accordés par MC Assure ou si l'assuré ne présente pas sa facture, il sera tenu de rembourser à MC Assure le montant des acomptes perçus.
  S'il advient que le montant de la facture remboursable est inférieur au montant de l'avance payée, l'assuré sera tenu de rembourser à MC Assure le montant trop perçu pour les acomptes.
- L'indemnisation des factures d'hospitalisation se fait après avoir déduit l'acompte déjà remboursé.
- Intervention à hauteur du montant de la franchise appliquée par le service Hospi solidaire organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire.
- 3,72 € maximum par jour d'hospitalisation pour les frais de téléphone facturés par l'établissement hospitalier.
- Les implants non remboursables par l'assurance obligatoire : remboursement maximum de 5 000 € par admission.
- Pour les soins délivrés à l'étranger, l'intervention de Hospi + est équivalente à celle qu'obtiendrait l'assuré si l'hospitalisation avait eu lieu sur le territoire belge.

§2. Franchise
Une franchise de 100 € par assuré et par année civile est appliquée aux hospitalisations classiques, de jour et en établissement psychiatrique. Aucune franchise n'est appliquée pour les assurés de moins de 18 ans.

§3. Intervention pour séjour en établissement psychiatrique
Intervention forfaitaire de 10 € par jour, avec un maximum de trente jours par hospitalisation, accordée lorsque le plafond annuel d'intervention prévu par le service Hospi solidaire organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire est atteint et après application des dispositions prévues aux §1 et §2 du présent article. Le cumul des interventions ne pourra jamais dépasser le montant total de la facture. Aucune intervention n'est prévue pour les acomptes versés à l'établissement psychiatrique.

§4. Interventions dans l'aide à domicile

Suite à une hospitalisation classique ou de jour et si l'état de santé de l'assuré le justifie, une intervention est prévue :

- Dans la location de matériel sanitaire : intervention limitée à 3 mois avec un plafond mensuel de 30 €, la caution et le transport étant à charge de l'assuré.
- Dans la location d'un matériel de bio-télé vigilance : intervention limitée à 3 mois avec un plafond mensuel de 17 €, la caution et les frais de placement étant à charge de l'assuré.
- L'intervention est accordée si la location débute dans un délai maximum de 30 jours calendrier après la date de fin de l'hospitalisation.
- Pour les prestations réalisées par les entités juridiques agréées par l'Assemblée générale :
  - L'ASBL PSD "permanence soins à domicile" n° BCE 0445.266.919, siège social à Bouge.
  - Pour les assurés ayant leur domicile dans une des neuf communes germanophones de Belgique, les services de télévigilance organisés par la Communauté germanophone via les CPAS des communes.
  - Les magasins Qualias et Solival dont la liste est reprise à l'Annexe 2 des présentes conditions générales.
- Pour les prestations réalisées par une autre entité juridique en cas d'indisponibilité dans l'entité juridique agréée.

§5. Couverture Maladies graves

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

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

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

Conditions d'intervention

- L'existence d'un acte technique, d'une hospitalisation classique ou de jour dans les 2 années calendrier qui précèdent la demande d'ouverture du dossier. Pour certaines pathologies reprises dans la liste à l'annexe 1 des présentes conditions générales, le diagnostic sera complété par un rapport médical.
  La demande d'ouverture se fait au moyen du formulaire prévu à cet effet.
- Les frais supportés par l'assuré doivent être en lien avec la pathologie et repris dans la liste des dépenses admissibles ci-dessous.

Intervention

L'intervention est fixée à un forfait de 100 € par année civile. L'assuré peut également présenter un relevé annuel de frais et recevoir l'équivalent de 50 % des dépenses admissibles en lien avec la maladie déclarée sans toutefois dépasser le plafond d'indemnisation de 150 € par année civile (correspondant à 50 % des dépenses entre 200 € et 500 €).

Dépenses admissibles liées à la pathologie

- Médicaments ou produits pharmaceutiques non remboursables prescrits et achetés en pharmacie en Belgique ou à l'étranger ou sur un site pharmaceutique autorisé par l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

- Matériel de bandagisterie délivré ou entretenu auprès des entités juridiques agréées par l'Assemblée générale (Annexe 2), chez un bandagiste/orthopédiste ou en pharmacie sur prescription.
- Frais de transport depuis et vers un centre de soins ou un prestataire de soins : les transports en commun en tarif 2e classe, les transports en véhicule sanitaire léger, les transports en voiture privée ou en taxi à raison de 0,25 € du km, les frais de parking.
- Prestations des prestataires paramédicaux suivants : psychologue, esthéticien, diététicien, ergothérapeute, podologue, ostéopathe.
- Traitements pour préservation de la fertilité lorsque le patient répond aux conditions définies par l'assurance obligatoire.

Ouverture du dossier
Lorsque le forfait de l'assurance complémentaire dans le cadre du service Maladies graves est versé.

Clôture du dossier
Pour les pathologies graves n°2, 3, 4, 11, 12, 25 et 26, ainsi que les pathologies graves hors liste et les polypathologies, une clôture automatique du dossier a lieu le 31 décembre de chaque année. Pour les dossiers ouverts à partir du 1er juillet : au 31 décembre de l'année suivante.
Pour les pathologies graves n° 1, 5 à 10 et 13 à 24, le dossier n'est pas clôturé automatiquement. L'assuré ne doit pas remettre un formulaire de prolongation pour continuer à bénéficier du forfait annuel de 100€. L'assuré doit continuer à présenter un relevé annuel et les justificatifs des dépenses admissibles liées à la pathologie pour bénéficier de l'intervention prévue à l'alinéa 2 du point intervention du présent article.

Prolongation
Pour les pathologies graves n° 2, 3, 4, 11, 12, 25 et 26, ainsi que les pathologies graves hors liste et les polypathologies, une prolongation a lieu chaque année si réception du formulaire de prolongation prévu à cet effet, complété par l'assuré et un médecin au plus tard dans les 3 ans qui suivent la fin de l'année concernée conformément au délai de prescription prévu à l'article 88 §1er de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Réouverture du dossier
Réouverture d'un droit ouvert au préalable sur réception du formulaire ad hoc complété et daté par un médecin. Ce formulaire doit être transmis au plus tard dans les 3 ans à dater de la signature du médecin.

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

PARTIE 3

Dispositions spécifiques à l'assurance Hospi +100 et Hospi +200

Article 25 – Conditions particulières de souscription

En plus des conditions prévues à l'article 1er des présentes conditions générales, il faut également que l'assuré :

- Soit âgé de moins de 70 ans à la date de prise d'effet de la couverture.
- Soit âgé de 70 ans ou plus et avoir été couvert par une assurance hospitalisation similaire dont la fin remonte à moins de 3 mois de la nouvelle couverture souhaitée.

Article 26 – Fixation de la prime

§1. La prime due par le preneur d'assurance est calculée en fonction du nombre et de l'âge des assurés auxquels elle ouvre le droit. En cas de souscription après 45 ans, la prime est majorée. La majoration ne s'applique qu'à la personne concernée.
C'est l'âge atteint au moment de la prise de cours du contrat qui détermine le montant de la prime et de la majoration éventuelle.

§2. Le montant de la prime annuelle est déterminé :
- Pour un nouvel assuré à MC Assure, par l'âge atteint à la date de prise de cours de son contrat.
- Pour tout autre assuré, par l'âge atteint au 1er janvier de l'année civile.

§3. Une prime spécifique est appliquée au 4e assuré secondaire lorsqu'il n'est plus dispensé du paiement de la prime ainsi qu'aux éventuels assurés secondaires suivants. Cette prime est appliquée en fonction de l'âge de ces assurés secondaires.
Si, durant la vie du contrat, il s'opère des modifications dans la composition de la police, les primes liées au 4e assuré secondaire et aux assurés suivants seront recalculées et adaptées au 1er janvier de l'année qui suit.

Article 27 – Remboursements et interventions

§1. Intervention pour séjour en établissement général hospitalier en chambre à 2 lits ou individuelle.
L'assurance Hospi +100 ou Hospi +200 intervient dans les frais réellement supportés par l'assuré de la manière suivante :
- Remboursement des acomptes légaux versés à l'hôpital au plut tôt au début de l'hospitalisation concernée, sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital prouvant le paiement de tels acomptes. Un remboursement intégral est octroyé à l'assuré hospitalisé dans une chambre à 2 lits. Si l'assuré est hospitalisé à sa demande dans une chambre individuelle, le remboursement de l'acompte sera plafonné à un montant de 500 €, déduction faite de l'éventuelle franchise reprise au §2 de la présente disposition.
Cette intervention ne s'applique qu'aux hospitalisations classiques en établissement hospitalier général. Elle ne s'applique pas aux hospitalisations de jour.
S'il advient par la suite que les avantages prévus dans le présent article ne sont pas accordés par MC Assure ou si l'assuré ne présente pas sa facture, il sera tenu de rembourser à MC Assure le montant des acomptes perçus.

S'il advient que le montant de la facture remboursable est inférieur au montant de l'avance payée, l'assuré sera tenu de rembourser à MC Assure le montant trop perçu pour les acomptes.

- L'indemnisation des factures d'hospitalisation se fait après avoir déduit l'acompte déjà remboursé.
- Intervention à hauteur du montant de la franchise appliquée par le service Hospi solidaire organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire.
- Les suppléments d'honoraires en lien avec le choix d'une chambre individuelle :
  - Hospi +100 : plafonnés à 100 % du montant du barème fixé par l'assurance obligatoire pour les prestations médicales.
  - Hospi +200 : plafonnés à 200 % du montant du barème fixé par l'assurance obligatoire pour les prestations médicales.
- Les suppléments d'honoraires en lien avec le choix d'une chambre à 2 lits pour des prestataires non conventionnés autres que des médecins :
  - plafonnés à 100 % du montant du barème fixé par l'assurance obligatoire
  - plafonnés à 200 % du montant du barème fixé par l'assurance obligatoire
- Les suppléments de chambre en lien avec le choix d'une chambre individuelle : 100 € maximum par jour.
- 3,72 € maximum par jour d'hospitalisation pour les frais de téléphone facturés par l'établissement hospitalier.
- Les implants non remboursables par l'assurance obligatoire : remboursement maximum de 5 000 € par admission.
- Pour les soins délivrés à l'étranger, l'intervention d'Hospi +100 et Hospi +200 s'élève à :
  - s'ils sont facturés sur base des frais réels : maximum 100 % du montant des barèmes des honoraires fixés par l'assurance obligatoire du pays où les soins ont été délivrés pour les prestations médicales, le matériel de synthèse, les prothèses et les produits pharmaceutiques, mais l'intervention pour le séjour hospitalier ne peut dépasser pour les prestations énoncées 100 % du montant accordé par le barème belge.
  - s'ils sont facturés forfaitairement : l'intervention peut atteindre au maximum 62 € par journée d'hospitalisation.

§2. Franchise

Uniquement en cas d'hospitalisation classique, de jour ou en établissement psychiatrique en chambre individuelle. Une franchise de 100 € par assuré et par année civile est appliquée sur les suppléments liés au choix de la chambre individuelle. Aucune franchise n'est appliquée pour les assurés de moins de 18 ans.

§3. Intervention pour séjour en établissement psychiatrique

Intervention forfaitaire de 10 € par jour, avec un maximum de trente jours par hospitalisation, accordée lorsque le plafond annuel d'intervention prévu par le service Hospi solidaire organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire est atteint et après application des dispositions prévues aux §1 et §2 du présent article. Le cumul des interventions ne pourra jamais dépasser le montant total de la facture. Aucune intervention n'est prévue pour les acomptes versés à l'établissement psychiatrique.

§4. Frais pré- et post-hospitalisation

Sont pris en charge les tickets modérateurs des prestations médicales et paramédicales, les suppléments d'honoraires limités à 100 % maximum du montant des barèmes fixés par l'assurance obligatoire, qui ont lieu au maximum 30 jours avant et maximum 90 jours après les événements repris ci-dessous.

Ces frais, pour des soins prestés en Belgique, doivent être liés à une hospitalisation, à un don d'organe par l'assuré, à un accouchement à domicile ou dans une maison de naissance, à une hospitalisation à l'étranger couverte par le service Mutas organisé par l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes ou par une convention bi- ou multilatérale.

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

§5. Interventions dans l'aide à domicile

Suite à une hospitalisation classique ou de jour et si l'état de santé de l'assuré le justifie, une intervention est prévue :
- Dans la location de matériel sanitaire : intervention limitée à 3 mois avec un plafond mensuel de 30 €, la caution et le transport étant à charge de l'assuré.
- Dans la location d'un matériel de bio-télé vigilance : intervention limitée à 3 mois avec un plafond mensuel de 17 €, la caution et les frais de placement étant à charge de l'assuré.
- L'intervention est accordée si la location débute dans un délai maximum de 30 jours calendrier après la date de fin d'hospitalisation ou l'accouchement à domicile ou en maison de naissance.
- Pour les prestations réalisées par les entités juridiques agréées par l'Assemblée générale :
  - L'ASBL PSD "permanence soins à domicile" n° BCE 0445.266.919, siège social à Bouge.
  - Pour les assurés ayant leur domicile dans une des neuf communes germanophones de Belgique, les services de télévigilance organisés par la Communauté germanophone via les CPAS des communes.
  - Les magasins Qualias et Solival dont la liste est reprise à l'Annexe 2 des présentes conditions générales.

Ou pour les prestations réalisées par une autre entité juridique en cas d'indisponibilité dans l'entité juridique agréée.

§6. Couverture Maladies graves

L'assurance intervient dans les frais de soins ambulatoires, non couverts par l'assurance obligatoire qui sont onéreux pour les personnes présentant :
- Une maladie grave reprise à l'Annexe 1 des présentes conditions générales.
- Une maladie grave non inscrite sur la liste, nécessitant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois, particulièrement coûteux et qui présente un caractère chronique.
- Une polypathologie (plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique nécessitant des soins coûteux d'une durée prévisible supérieure à 6 mois). Pour les pathologies non inscrites sur la liste et pour les polypathologies, l'assuré doit en outre bénéficier du statut affection chronique à la date d'ouverture du dossier maladies graves.

Conditions d'intervention
- L'existence d'un acte technique, d'une hospitalisation classique ou de jour dans les deux années calendrier qui précédent la demande d'ouverture du dossier. Pour certaines pathologies reprises à l'Annexe 1 des présentes conditions générales, le diagnostic sera complété par un rapport médical. La demande d'ouverture se fait au moyen du formulaire prévu à cet effet.
- Les frais supportés par le patient doivent être en lien avec la pathologie et repris dans la liste des dépenses admissibles ci-dessous.

Intervention
L'intervention est fixée à un forfait de 200 € par année civile.
L'assuré peut également présenter un relevé annuel de frais et recevoir l'équivalent de 50 % des dépenses admissibles en lien avec la maladie déclarée sans toutefois dépasser un plafond d'indemnisation de 1 800 € par année civile (correspondant à 50 % des dépenses entre 400 € et 4 000 €).

Dépenses admissibles liées à la pathologie
- Médicaments ou produits pharmaceutiques non remboursables prescrits et achetés en pharmacie en Belgique ou à l'étranger ou sur un site pharmaceutique autorisé par l'agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).
- Matériel de bandagisterie délivré ou entretenu auprès des entités juridiques agréées par l'Assemblée Générale (Annexe 2), chez un bandagiste/orthopédiste ou en pharmacie sur prescription.
- Frais de transport depuis et vers un centre de soins ou un prestataire de soins : les transports en commun en tarif 2e classe, les transports en véhicule sanitaire léger, les transports en voiture privée ou en taxi à raison de 0,25 € du km, les frais de parking.
- Prestations des prestataires paramédicaux suivants : psychologue, esthéticien, diététicien, ergothérapeute, podologue, ostéopathe.
- Traitements pour préservation de la fertilité lorsque le patient répond aux conditions définies par l'assurance obligatoire.

Ouverture du dossier
Lorsque le forfait de l'assurance complémentaire dans le cadre du service Maladies graves est versé.

Clôture du dossier
Pour les pathologies graves n°2, 3, 4, 11, 12, 25 et 26, ainsi que les pathologies graves hors liste et les polypathologies, une clôture automatique du dossier a lieu le 31 décembre de chaque année. Pour les dossiers ouverts à partir du 1er juillet : au 31 décembre de l'année suivante.
Pour les pathologies graves n° 1, 5 à 10 et 13 à 24, le dossier n'est pas clôturé automatiquement. L'assuré ne doit pas remettre un formulaire de prolongation pour continuer à bénéficier du forfait annuel de 200 €. L'assuré doit continuer à présenter un relevé annuel et les justificatifs des dépenses admissibles liées à la pathologie pour bénéficier de l'intervention prévue à l'alinéa 2 du point intervention du présent article.

Prolongation
Pour les pathologies graves n°2, 3, 4, 11, 12, 25 et 26, ainsi que les pathologies graves hors liste et les polypathologies, une prolongation a lieu chaque année si réception du formulaire de prolongation prévu à cet effet, complété par l'assuré et un médecin au plus tard dans les 3 ans qui suivent la fin de l'année concernée conformément au délai de prescription prévu à l'article 88 §1er de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.
Pour les autres pathologies graves, une prolongation automatique annuelle du dossier Maladies graves sera accordée.

Réouverture du dossier
Réouverture d'un droit ouvert au préalable sur réception du formulaire ad hoc complété et daté par un médecin. Ce formulaire doit être transmis au plus tard dans les 3 ans à dater de la signature du médecin.

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

Annexe 1

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

Annexe 2

Liste des organismes agréés	
Qualias Nivelles	Boulevard des Archers 56 à 1400 Nivelles
Qualias Court-Saint-Etienne	Avenue des Métallurgistes 1 à 1490 Court-Saint-Etienne
Qualias Ixelles	Rue Malibran 49 à 1050 Bruxelles
Qualias Berchem-Sainte-Agathe	Avenue Josse Goffin 204 à 1082 Berchem-Sainte-Agathe
SOLIVAL asbl	Chaussée de Haecht 579 boîte 40 à 1031 Bruxelles
Qualias Courcelles	Rue Philippe Monnoyer 17 à 6180 Courcelles
Qualias Anderlues	Chaussée de Mons 23/3 à 6150 Anderlues
Qualias Charleroi Optique	Boulevard Tirou 165 à 6000 Charleroi
Qualias La Louvière	Passage Michel Degens 1 à 7110 Houdeng-Goegnies
Qualias Soignies	Rue du Mons 16 à 7060 Soignies
Qualias Beaumont	Rue Germain Michiels 17 à 6500 Beaumont
Qualias Montigny-le-Tilleul	Rue de Gozée 659 à 6110 Montigny-le-Tilleul
Qualias Mons-Borinage	Rue de Mons 280 à 7301 Hornu
Qualias Ath	Rue Haute 25 à 7800 Ath
Qualias Tournai	Rue Saint-Brice 56 à 7500 Tournai
Qualias Comines	Rue de Wervicq 13 à 7780 Comines
Qualias Mouscron	Rue Saint-Pierre 52 à 7700 Mouscron
Qualias Sart-Tilman	Route du Condroz 475 à 4031 Angleur
Qualias Arlon	Parc Commercial Hydrion 64 à 6700 Arlon
Qualias Libramont	Rue des Alliés 2c à 6800 Libramont
Qualias Marche	Avenue du Monument 8 à 6900 Marche-en-Famenne
Qualias Tamines	Rue des Prairies 3a à 5060 Tamines
Qualias Namur	Rue du Lombard 8 à 5000 Namur
Qualias Namur Optique	Rue du Lombard 24a à 5000 Namur
Qualias Philippeville	Rue de l'Arsenal 7 à 5600 Philippeville
Qualias Eupen	Rue Mitoyenne 910 à 4710 Lontzen

Annexe 3

Primes

On entend par :

- Frais de distribution : les dépenses effectuées pour informer une personne souhaitant souscrire un contrat d'assurance ou obtenir des informations supplémentaires sur les conditions d'un contrat existant.
- Frais d'administration : les frais généraux (= non directement liés à une gestion individualisée des assurés) de MC Assure et les dépenses opérationnelles (exemple : les dépenses occasionnées par la perception des primes) qui ne sont ni des frais de distribution, ni des frais de gestion des demandes de remboursement introduites par les assurés.

Les comptes annuels de MC Assure, certifiés par son réviseur externe indépendant, sont la source du calcul des pourcentages utilisés pour répartir les primes payées par les preneurs d'assurance. Ces pourcentages sont calculés en comparant les différentes catégories de frais aux primes acquises, tous les produits d'assurance confondus.

Au 1er janvier 2027, les montants annuels de la prime sont les suivants :

Hospi +

Age actuel	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
De 0 à 17 ans	**0,00 €**	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
A partir de 18 ans	**62,28 €**	5,66 €	56,62 €	6,45 €	1,79 €	48,38 €
A partir du 4e assuré secondaire	**27,84 €**	2,53 €	25,31 €	2,89 €	0,80 €	21,62 €

Hospi +100
Primes non majorées car souscription avant l'âge de 45 ans

Age actuel	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
De 0 à 17 ans	43,56 €	3,96 €	39,60 €	4,51 €	1,25 €	33,84 €
De 18 à 24 ans	64,80 €	5,89 €	58,91 €	6,72 €	1,86 €	50,33 €
De 25 à 49 ans	153,72 €	13,97 €	139,75 €	15,93 €	4,42 €	119,40 €
De 50 à 64 ans	197,52 €	17,96 €	179,56 €	20,47 €	5,67 €	153,42 €
A partir de 65 ans	351,72 €	31,97 €	319,75 €	36,45 €	10,10 €	273,20 €
A partir du 4e assuré secondaire	21,96 €	2,00 €	19,96 €	2,28 €	0,63 €	17,05 €

Hospi +100
Primes majorées car souscription après l'âge de 45 ans

Age actuel	Age de souscription	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
De 45 à 49 ans	De 45 à 49 ans	169,56 €	15,41 €	154,15 €	17,57 €	4,87 €	131,71 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	217,08 €	19,73 €	197,35 €	22,50 €	6,24 €	168,61 €
	De 50 à 54 ans	227,52 €	20,68 €	206,84 €	23,58 €	6,54 €	176,72 €
	De 55 à 59 ans	256,80 €	23,35 €	233,45 €	26,61 €	7,38 €	199,46 €
	De 60 à 64 ans	296,76 €	26,98 €	269,78 €	30,75 €	8,53 €	230,50 €
A partir de 65 ans	De 45 à 49 ans	387,12 €	35,19 €	351,93 €	40,12 €	11,12 €	300,69 €
	De 50 à 54 ans	404,64 €	36,79 €	367,85 €	41,93 €	11,62 €	314,30 €
	De 55 à 59 ans	457,80 €	41,62 €	416,18 €	47,44 €	13,15 €	355,59 €
	De 60 à 64 ans	527,88 €	47,99 €	479,89 €	54,71 €	15,16 €	410,02 €
	A partir de 65 ans et avant 70 ans	956,52 €	86,96 €	869,56 €	99,13 €	27,48 €	742,95 €
A partir de 70 ans	A partir de 70 ans	956,52 €	86,96 €	869,56 €	99,13 €	27,48 €	742,95 €

Hospi +100

Cas particulier de souscription après le 65e anniversaire et avant le 01-01-2016 après avoir été couvert par une assurance hospitalisation similaire dont la fin remonte à moins de 3 mois de la nouvelle couverture

Age actuel	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
De 65 à 69 ans inclus	531,12 €	48,28 €	482,84 €	55,04 €	15,26 €	412,54 €
70 ans et plus	563,16 €	51,20 €	511,96 €	58,36 €	16,18 €	437,42 €

Hospi +200

Primes non majorées car souscription avant l'âge de 45 ans

Age actuel	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
De 0 à 17 ans	119,76 €	10,89 €	108,87 €	12,41 €	3,44 €	93,02 €
De 18 à 24 ans	176,88 €	16,08 €	160,80 €	18,33 €	5,08 €	137,39 €
De 25 à 49 ans	417,60 €	37,96 €	379,64 €	43,28 €	12,00 €	324,36 €
De 50 à 64 ans	537,48 €	48,86 €	488,62 €	55,70 €	15,44 €	417,48 €
A partir de 65 ans	955,08 €	86,83 €	868,25 €	98,98 €	27,44 €	741,83 €
A partir du 4e assuré secondaire	61,08 €	5,55 €	55,53 €	6,33 €	1,75 €	47,45 €

Hospi +200
Primes majorées car souscription après l'âge de 45 ans

Age actuel	Age de souscription	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
De 45 à 49 ans	De 45 à 49 ans	459,60 €	41,78 €	417,82 €	47,63 €	13,20 €	356,99 €
De 50 à 64 ans	De 45 à 49 ans	591,60 €	53,78€	537,82 €	61,31 €	17,00 €	459,51 €
	De 50 à 54 ans	618,36 €	56,21 €	562,15 €	64,09 €	17,76 €	480,30 €
	De 55 à 59 ans	699,24 €	63,57 €	635,67 €	72,47 €	20,09 €	543,11 €
	De 60 à 64 ans	806,88 €	73,35 €	733,53 €	83,62 €	23,18 €	626,73 €
A partir de 65 ans	De 45 à 49 ans	1 050,72 €	95,52 €	955,20 €	108,89 €	30,18 €	816,13 €
	De 50 à 54 ans	1 098,36 €	99,85 €	998,51 €	113,83 €	31,55 €	853,13 €
	De 55 à 59 ans	1 241,40 €	112,85 €	1 128,55 €	128,65 €	35,66 €	964,24 €
	De 60 à 64 ans	1 432,92 €	130,27 €	1 302,65 €	148,50 €	41,16 €	1 112,99 €
	A partir de 65 ans et avant 70 ans	1 995,48 €	181,41 €	1 814,07 €	206,80 €	57,32 €	1 549,95 €
A partir de 70 ans	A partir de 70 ans	1 995,48 €	181,41 €	1 814,07 €	206,80 €	57,32 €	1 549,95 €

Hospi +200
Cas particulier de souscription après le 65e anniversaire et avant le 01-01-2016 après avoir été couvert par une assurance hospitalisation similaire dont la fin remonte à moins de 3 mois de la nouvelle couverture

Age actuel	Prime commerciale (montant annuel)	Taxe Inami	Prime nette	Frais d'administration	Frais de distribution	Prime hors ces frais
De 65 ans à 69 ans inclus	1 440,84 €	130,99 €	1 309,85 €	149,32 €	41,39 €	1 119,14 €
70 ans et plus	1 528,80 €	138,98 €	1 389,82 €	158,44 €	43,92 €	1 187,46 €

Annexe 4

Lexique

ACCIDENT
Un événement soudain, imprévisible et indépendant de la volonté de l'assuré portant atteinte à l'intégrité physique de la personne par l'action subite d'une force extérieure et générant des frais en soins de santé.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE (AC)
Ensemble des opérations et autres services organisés par la MC et l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes au bénéfice des affiliés en ordre de paiement de cotisation.

ASSURANCE HOSPITALISATION SOUSCRITE À TITRE PRIVÉ OU COLLECTIF
Assurance à titre privé souscrite et prise en charge par un assuré pour son propre compte et/ou pour un assuré secondaire auprès d'une compagnie d'assurances autre que MC Assure. Assurance collective souscrite et prise en charge par un employeur en faveur d'un de ses employés.

ASSURANCE OBLIGATOIRE (AO)
Assurance régie par l'Institut national d'assurance maladie et invalidité et dépendant de la Sécurité sociale qui donne droit aux remboursements des soins de santé et aux paiements des indemnités.

ASSURÉ
Preneur d'assurance et personnes à charge désignés aux conditions particulières et aux avenants qui bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

CONTRAT D'ASSURANCE
Contrat en vertu duquel, moyennant le paiement d'une prime, l'assureur s'engage envers le preneur d'assurance (et les assurés secondaires) à fournir une prestation stipulée dans le contrat qui est formé par les conditions générales, les conditions particulières d'assurance et par les avenants éventuels.

ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER
Établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés pour ou à des personnes qui y sont admises et peuvent y séjourner parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins, afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ne sont notamment pas considérés comme établissements hospitaliers : les établissements de thermalisme, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les maisons de convalescence, les centres de rééducation, les préventoriums.

FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT
Frais liés au séjour d'un proche dans la chambre du patient : lit, repas...

FRAIS DE SÉJOUR
Frais de séjour, en cas d'hospitalisation, à charge de l'assuré constitués par la quote-part légale fixée par l'assurance obligatoire à laquelle s'ajoutent les éventuels suppléments liés au type de chambre.

FRAIS PRÉ- ET POST-HOSPITALISATION
Frais médicaux pré- et post-hospitaliers en relation directe avec une hospitalisation indemnisée par l'assurance et exposés 30 jours avant et 90 jours après cette hospitalisation.

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

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

HOSPITALISATION CLASSIQUE
Séjour médical nécessaire d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier.

HOSPITALISATION DE JOUR
Séjour médical, dans un établissement hospitalier, pour des interventions définies dans la nomenclature des soins de santé de l'assurance obligatoire :

- Hospitalisation chirurgicale de jour
- Maxi forfait
- Forfait hôpital de jour
- Forfait pour traitement de la douleur chronique
- Forfait manipulation d'un cathéter à chambre

MAXIMUM À FACTURER (MAF)
Mesure de protection financière qui limite les frais médicaux annuels d'un ménage à un montant plafonné par année civile en fonction des revenus et de la santé.

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

MUTAS
Avantage de l'assurance complémentaire (centrale d'appel 24/24 et 7/7) pour assistance médicale lors de vacances à l'étranger.

PERSONNE À CHARGE (PAC)
Personne rattachée au dossier de l'assuré principal, appelé aussi titulaire, et qui bénéficie des mêmes avantages.

PRENEUR D'ASSURANCE
La personne qui souscrit l'assurance pour son propre compte et/ou au bénéfice des/d'autres assurés secondaires.

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

PRIME
Montant fixé en vertu des statuts de MC Assure, majoré, le cas échéant, de la taxe sur les contrats et des impôts, contributions ou cotisations imposés par une loi ou par toute autre disposition réglementaire.

PRODUIT PHARMACEUTIQUE
Toute spécialité pharmaceutique enregistrée auprès du Ministère de la Santé Publique en vertu de l'article 6 de la loi du 25 mars 1964 et de l'Arrêté royal du 3 juillet 1969, modifié par les arrêtés ultérieurs.

RÉSIDENCE HABITUELLE
Lieu où un ménage ou une personne isolée vit habituellement.

SOINS AMBULATOIRES
Soins réalisés hors hospitalisation classique ou de jour par un prestataire de soins agréé par l'Institut national d'assurance maladie et invalidité.

SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX
Soins réalisés par un prestataire agréé par l'Institut national d'assurance maladie et invalidité.

STAGE
Période pendant laquelle l'assurance ne couvre aucun sinistre.

SUPPLÉMENT D'HONORAIRES
Différence restant à charge du patient entre le montant réellement facturé par le prestataire ou le fournisseur et le tarif officiel fixé par l'assurance obligatoire (barème de la convention).

TICKET MODÉRATEUR
Différence restant à charge du patient entre l'honoraire fixé par la convention et le remboursement de l'organisme assureur.

TITULAIRE
Membre au sens de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités : le titulaire des prestations de santé (visé aux articles 2, k) de la loi relative à l'assurance obligatoire, coordonnée le 14 juillet 1994.

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

La MC, dont le siège social se situe à 1031 Bruxelles, chaussée de Haecht 579 boîte 40, est l'intermédiaire d'assurances pour MC Assure.

Photo couverture ©AdobeStock – MC Assure-009706-01-01-2027

FSC
www.fsc.org
MIXTE
Papier issu de sources responsables
FSC® C019064

En savoir plus ?

Rendez-vous sur **mc.be/hospi**

Prenez contact avec l'un de nos conseillers : **mc.be/contact**

Consultez les fiches IPID Hospi +, Hospi +100 et Hospi +200 sur **mc.be/conditions-assurances**

MUTUALITE CHRETIENNE

MC. Avec vous pour la vie.