Assurance Hospi +200

Document d'information sur le produit d'assurance

MC ASSURE, Société mutualiste d'assurances de la Mutualité chrétienne (MC)
Chaussée de Haecht 579 boîte 40 à 1031 Bruxelles – Belgique
Agréée sous le numéro OCM 150/02 pour les branches 2 et 18
Numéro d'entreprise : BCE 0834 322 140

Ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu général des principales couvertures et exclusions relatives à ce produit à partir du 1er janvier 2027. Il n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. Pour toute information complémentaire concernant ce produit, vos droits et obligations, veuillez consulter les conditions générales applicables au 1er janvier 2027. Ce produit est soumis au droit belge.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'assurance Hospi +200 est une assurance hospitalisation facultative à caractère indemnitaire. Elle intervient en complément de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et, le cas échéant, de l'avantage Hospi solidaire organisé dans le cadre de l'assurance complémentaire de la MC.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Après déduction de l'éventuelle franchise :

✓ Les frais liés à un séjour en établissement général hospitalier en chambre à 2 lits ou individuelle.

✓ Les suppléments en lien avec le choix de la chambre individuelle :
- suppléments d'honoraires plafonnés à 200 % du montant du barème officiel.
- suppléments de chambre : 100 € maximum par jour.

✓ L'intégralité des acomptes légaux payés dans le cadre d'une hospitalisation dans un hôpital général comportant au moins une nuitée dans une chambre à 2 lits.

✓ Le ou les acompte(s) payé(s) dans le cadre d'une hospitalisation dans un hôpital général comportant au moins une nuitée dans une chambre individuelle, jusqu'à maximum 500 € par acompte.

✓ Les implants non remboursables par l'assurance obligatoire : jusqu'à 5 000 € par admission.

✓ Les frais de séjour en établissement psychiatrique : forfait de 10 € par jour, avec un maximum de 30 jours par admission.

✓ L'aide à domicile débutant dans les 30 jours suivant une hospitalisation :
- la location de matériel sanitaire : intervention mensuelle jusqu'à 30 € pendant maximum 3 mois.
- la location d'un matériel de bio-télé vigilance : intervention mensuelle jusqu'à 17 € pendant maximum 3 mois.

✓ Les frais pré- et post-hospitalisation : les tickets modérateurs des prestations médicales et paramédicales et les suppléments d'honoraires plafonnés à 100 % du montant des barèmes de l'assurance obligatoire, 30 jours avant et 90 jours après l'hospitalisation.

✓ Les soins ambulatoires non couverts par l'assurance obligatoire et liés à une maladie grave :
- un forfait annuel de 200 €.
- une intervention de 50 % sur les dépenses annuelles admissibles dont le montant total dépasse 400 € avec une intervention maximale de 1 800 €.

✓ L'hospitalisation à l'étranger :
Intervention selon les conditions spécifiques reprises au chapitre "Où suis-je couvert(e)" ?

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

✗ 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 la pratique d'un sport à titre professionnel, d'un sport rémunéré, y compris les entraînements.

✗ Les frais pré- et post-hospitalisation suivants : les médicaments, les frais de lunettes et lentilles, les appareils auditifs, les soins non remboursés par l'assurance obligatoire, les frais pris en charge par les services de l'assurance complémentaire de la MC et les frais pré- et post liés à une hospitalisation non couverte par l'assurance.

✗ Les maladies graves ou pathologies ne répondant pas aux conditions prévues dans les conditions générales.

✗ 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.

Y a-t-il des restrictions à la couverture ?

! Pour les assurés de 18 ans et plus, une franchise de 100 € par bénéficiaire et par année civile est appliquée sur les suppléments liés au choix de la chambre individuelle dans le cadre d'une hospitalisation classique, psychiatrique ou de jour.

! Plafond de 5 000 € par admission pour les implants non remboursables par l'assurance obligatoire.

Où suis-je couvert(e) ?

✓ En Belgique.

✓ Dans les pays liés par un accord bilatéral ou multilatéral ou par les projets européens de type "Interreg".

✓ Pour les bénéficiaires ayant leur résidence principale dans une région frontalière : dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de 25 km maximum de leur résidence principale.

✓ En cas d'hospitalisation dans un pays étranger dans lequel l'assurance intervient, Hospi +200 couvre :
- En cas de facturation sur base de frais réels :
  - Maximum 100 % du tarif légal fixé 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.
  - L'intervention pour le séjour hospitalier ne peut pas dépasser 100 % du tarif légal belge pour les prestations énoncées.
- En cas de facturation forfaitaire :
  - L'intervention peut atteindre au maximum 62 € par jour d'hospitalisation.

Quelles sont mes obligations ?

- Être affilié à la MC et être en ordre de cotisation de l'assurance complémentaire.
- Payer ses primes dès réception de l'avis d'échéance.
- Avoir moins de 70 ans au moment de la souscription de l'assurance. Souscrire un contrat n'est possible après l'âge de 70 ans que si l'on a été couvert par une assurance similaire moins de 3 mois avant la souscription.
- Prester 6 mois de stage (sauf si assurance précédente similaire avec stage éventuel déjà accompli, ou accident).
- Communiquer à la MC, dans les 30 jours, par envoi recommandé, courrier simple ou voie électronique, tout changement pouvant influencer la prime demandée ou le maintien du contrat.

Quand et comment effectuer les paiements ?

- A partir de la date de souscription, le preneur d'assurance est redevable de la prime à sa date d'échéance, par virement ou par domiciliation selon la périodicité convenue.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La couverture prend effet le jour indiqué dans les conditions particulières signées par le preneur d'assurance et renvoyées à la MC.
- Le contrat est conclu à vie. Il prend néanmoins fin en cas de résiliation, de non-paiement des primes, de mutation vers une autre mutualité que la MC ou en cas de fraude.
- La personne qui devient, au sein de la MC, un affilié dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, ne peut pas souscrire les produits d'assurance de MC Assure. Si la personne était déjà assurée auprès de MC Assure, ses polices d'assurance seront résiliées.

Comment puis-je résilier le contrat ?

- La résiliation n'est possible qu'après minimum un an de souscription.
- Le preneur d'assurance peut résilier son contrat à la fin du trimestre en cours pour autant que la demande de résiliation ait été introduite au plus tard le dernier jour du deuxième mois de ce même trimestre. A défaut, la résiliation est reportée à la fin du trimestre suivant.
- La demande de résiliation doit être envoyée par envoi recommandé, par exploit d'huissier ou par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

MUTUALITE CHRETIENNE