

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Garantie alternative



ING
Police n° 85.499.110

Édition : 1^{er} janvier 2023



TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
Chapitre I - Définitions	4
Chapitre II - Affiliation - Début - Stage - Modifications - Suspension - Fin de la garantie	6
Affiliation	6
Conditions particulières d'affiliation	6
Début	6
Stage	7
Modifications	7
Suspension	7
Fin de la garantie	8
Chapitre III - Interventions	9
Couvertures en Belgique	10
Couverture à l'étranger	13
Conditions spéciales	13
Chapitre IV - Exclusions générales	15
Chapitre V - Marche à suivre pour une action en paiement	16
Paie ment des Primes	17
Chapitre VI - Conditions particulières	18

Chapitre I Définitions

ARTICLE 1

- 1.1.** Pour l'interprétation des conditions générales, particulières et spéciales, les définitions qui suivent sont d'application.
- 1.2.** Les assurés sont les personnes dont l'identité est mentionnée sur le bulletin d'affiliation.
- 1.2.1.** Le titulaire est l'assuré, membre du personnel, actif ou pensionné, d'ING Belgique SA et/ou ING Bank NV Belgian Branch.
- 1.2.2.** Les autres assurés sont : tout membre de la famille du titulaire, répondant aux critères ci-dessus, moyennant la production, en cas de doute, d'une attestation de l'administration communale s'agissant de la composition du ménage ou des extraits d'actes de naissance, s'agissant du lien de parenté.
- Sont uniquement compris sous cette dénomination**
- 1.2.2.1.** le conjoint de droit.
- 1.2.2.2.** Le conjoint de fait.
Par conjoints de fait, on entend deux personnes cohabitant sous le même toit et domiciliées à la même adresse.
- 1.2.2.3.** Les enfants du titulaire jusqu'à leur 25ème anniversaire.
- 1.2.2.4.** Les enfants du conjoint de droit jusqu'à leur 25ème anniversaire pour autant qu'ils soient domiciliés chez le titulaire.
- 1.2.2.5.** Les enfants du conjoint de fait jusqu'à leur 25ème anniversaire pour autant qu'ils soient domiciliés chez le titulaire. L'affiliation se fait selon les mêmes règles de stage cotisant et de déclaration que celles applicables au conjoint de fait.
- 1.2.2.6.** Chaque personne (y compris les enfants repris à l'art. 1.2.2.3 jusqu'à 1.2.2.7 et ce après leur 25ème anniversaire) ayant un lien de parenté avec le titulaire et qui est fiscalement à charge et domiciliée chez le titulaire. Cela est également valable pour les enfants, après leur 25ème anniversaire, repris aux articles 1.2.2.3 et 1.2.2.7 qui, suite à la séparation de fait ou du divorce, sont domiciliés chez et fiscalement à charge de l'ex-conjoint du titulaire.
- 1.2.2.7.** Les enfants adoptifs durant la période de placement dans le ménage du titulaire et jusqu'à leur 25ème anniversaire.
- 1.2.2.8.** Les enfants visés dans les articles 1.2.2.3 à 1.2.2.7. - sans limite d'âge et sans obligation d'être domiciliés chez le titulaire, ni d'être fiscalement à sa charge - souffrant d'une maladie grave reprise à l'article 1.12 ayant été déclarée comme telle à MedExel avant leur 25ème anniversaire.
- 1.3.** Est à considérer comme Hospitalisation tout séjour de minimum un jour et une nuit donnant lieu au paiement du ticket modérateur dans un établissement hospitalier c.à.d. un établissement reconnu comme tel par le SPF Santé Publique où il est fait usage des moyens de diagnostics et thérapeutiques scientifiquement éprouvés à l'exclusion des one day clinic, des cures, des établissements médico-pédagogiques, des établissements destinés au simple hébergement des personnes âgées, convalescentes ou d'enfants, et des maisons de repos et/ou de soins (M.R.S.).
- 1.4.** Le concept Prestations de Soins fait référence à la liste des actes médicaux ou para-médicaux repris dans la nomenclature INAMI.
- 1.5.** Par Produits Pharmaceutiques, il convient d'entendre tout médicament et les préparations magistrales enregistrés auprès du SPF Santé Publique.
- 1.6.** Un Accident est un événement soudain et indépendant de la volonté de la personne affiliée causant une lésion corporelle dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors du corps humain. Cet accident doit avoir entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les présentes dispositions.
- 1.7.** Par Opération, il faut entendre :
- une prestation reconnue par l'INAMI et effectuée par un médecin ou un dentiste (LSD) ;
 - ayant un but thérapeutique et/ou diagnostique ;
 - nécessitant une incision ou une élimination de tissus.

- 1.8.** Par Prothèses, il convient d'entendre tout matériel artificiel prescrit par un médecin, qui vise à compenser définitivement un organe ou une partie du corps déficient, ou à remplacer un organe ou une partie du corps amputés.
- 1.9.** Par Frontalier, il faut entendre le titulaire, et les membres de son ménage, qui a son domicile ou sa résidence fixe dans un des pays limitrophes de la Belgique et qui est occupé dans un établissement d'ING Belgique SA, situé en Belgique.
- 1.10.** Par Maladies Graves, il est entendu: le cancer, la leucémie, la sclérose en plaques, le SIDA, le diabète, la maladie de Parkinson, la maladie de Hodgkin, la maladie de Crohn, la tétraplégie, l'hypoglycémie, la maladie de Huntington, des tumeurs cérébrales bénignes, la spondylarthrite ankylosante, le traitement par dialyse rénale, ainsi que la transplantation d'un organe complet (opération qui consiste à greffer un organe prélevé sur vivant, en assurant le raccordement des vaisseaux sanguins et des conduits excréteurs, pour compenser définitivement un organe déficient), la maladie d'Alzheimer, la maladie de Creutzfeld-Jacob, la paraplégie, l'hémiplégie, la maladie de Bechterew, la pelvispondylite rhumatismale, l'arthrite de Pierre Marie-Strümpell, la spondylite rhumatoïde, la sclérodermie, la dermatomyosite, le lymphome non-Hodgkinien, la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de Charcot, la polychondrite atrophique chronique, la polychondrite à rechutes, la chondromalacie systématisée de Von Meyenberg, le syndrome d'Askanasy, la maladie de Charcot-Marie-Tooth, l'acropathie amyotrophique, la maladie de Still, la maladie de Chauffard-Still, la myasthénie grave de Erb-Goldflam, le syndrome de VACTERL, le syndrome myasthénique de Lambert-Eaton, la polymyosite, la maladie de Kahler, le myélome multiple, la dystrophie musculaire facio-scapulo-humérale (FSHD), la fibrose pulmonaire idiopathique, la pyoderma gangréneux, l'épilepsie, l'hépatite C, l'anorexie nervosa, le lupus érythémateux, le syndrome de Guillain-Barré, la myélite transverse, l'abcès de Haagensen, la colite ulcéreuse (rectocolite hémorragique), leucémie, choléra, diphtérie, encéphalite, méningite cérébro-spinale, maladie de Pompe, scarlatine, tétanos, tuberculose, typhus, typhus exanthématique, paratyphus, variole, myélofibrose, syndrome de Treacher-Collins, myopathies progressives héréditaires et Covid-19.

Ces affections doivent être déclarées comme telles par un médecin spécialiste en la matière.

- 1.11.** Par Procréation Médicalement Assistée (PMA), il est entendu différentes techniques médicales dont l'objectif immédiat est la fécondation de gamètes d'un couple.
- 1.12.** Par Contrat de cohabitation légal, il est entendu l'enregistrement légal à la commune de cohabitation comme alternative au mariage.

Le contrat de cohabitation souscrit chez un notaire ou une simple attestation de composition de ménage n'entrent pas en compte, sauf si ceux-ci sont complétés par l'enregistrement légal de cohabitation à la commune.

Chapitre II Affiliation – Début – Stage – Modifications – Suspension – Fin de la garantie

ARTICLE 2 AFFILIATION

Est affiliable

- 2.1.** Tout titulaire se trouvant dans les liens d'un contrat de travail à durée indéterminée avec ING Belgique SA et/ou ING Bank NV Belgian Branch pour une occupation au sein de la succursale belge de cette dernière et assujetti à la Sécurité Sociale Belge ou à un régime équivalent.
- L'affiliation est uniquement possible tant pour le titulaire que les autres assurés, pour autant que le titulaire effectue des prestations réelles de travail (ou assimilées) au sein d'ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian Branch.
- 2.2.** Tout assuré répondant aux modalités stipulées dans l'article 1.2.2 et 2.1.
- Néanmoins, l'affiliation d'un conjoint de fait se fait toujours au détriment de l'éventuel conjoint de droit. Le titulaire ne peut affilier qu'un seul conjoint.
- 2.3.** A sa demande, le membre du Comité de Direction d'ING Belgique SA, et les membres de sa famille assurables (voir art. 1.2.2. et 2.1.)

ARTICLE 3 CONDITIONS PARTICULIÈRES D'AFFILIATION

Le titulaire peut adhérer soit **SEUL**, soit avec **TOUS** les membres composant son ménage.

Le titulaire est le seul habilité à solliciter l'affiliation ou la désaffiliations des membres de son ménage.

Cependant, ne sont pas obligatoirement affiliables

- 3.1.** Les descendants visés dans les articles 1.2.2.3. à 1.2.2.5, n'étant pas ou plus fiscalement à charge du titulaire. Cette désaffiliation ne sera consentie qu'à la suite d'une demande expresse introduite par le titulaire.
- 3.2.** Les descendants du titulaire, visés dans l'article 1.2.2.3., n'étant pas ou plus domiciliés chez celui-ci. Cette désaffiliation ne sera consentie qu'à la suite d'une demande expresse introduite par le titulaire.
- 3.3.** Les membres de la famille du titulaire ayant la possibilité, ou l'obligation, d'être couverts, par une garantie hospitalisation et médecine ambulatoire dans les liens d'un contrat de travail auprès de leur employeur. Cette dérogation ne pourra sortir ses effets qu'après la production d'une attestation émanant de l'employeur.
- 3.4.** Le conjoint de droit, quel que soit son domicile, durant la période de séparation de fait et avant la prononciation du divorce. Si, durant cet intervalle, le titulaire souhaite affilier un conjoint de fait, ce sera d'office au détriment du conjoint de droit séparé.
- 3.5.** En vertu de l'article 3, alinéa 2 de la convention collective de travail du 23.12.2014 concernant la mise en place d'une assurance hospitalisation à partir du 1.04.2015, tout membre du personnel actif d'ING Belgique SA ou d'ING Bank NV Belgian Branch (occupé au sein de la succursale belge de cette dernière), qu'il soit affilié au non au FMC au 31.03.2015, et qui répond, au 1.04.2015 aux conditions d'affiliation (art. 2.1.) a la possibilité d'opter, respectivement, pour le maintien de son affiliation au FMC (sous la forme d'une assurance hospitalisation) ou pour son affiliation au FMC (sous la forme d'une assurance hospitalisation), et ce selon les modalités prescrites par le présent règlement.

ARTICLE 4 DÉBUT

L'affiliation prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le titulaire a signé la demande d'affiliation.

ARTICLE 5 STAGE

- 5.1.** Avant de pouvoir bénéficier de la couverture de la présente assurance, un stage cotisant de 6 mois est prévu. Celui-ci entre en vigueur à la date où l'affiliation prend cours. Les membres de la famille du titulaire s'affilient durant la période de stage du titulaire, même en répondant aux critères de l'article 5.2., effectuent également le stage prévu.

Le conjoint de fait dont question au point 1.2.2.2 devra faire un stage de six mois.

5.2. Dispense de stage

Sauf renonciation écrite, les titulaires et les membres de sa famille sont affiliés d'office sans stage à l'occasion du début de la relation contractuelle avec l'ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian Branch (avec occupation au sein de la succursale belge). Néanmoins, le bulletin d'inscription doit obligatoirement être rempli et communiqué dans les 2 mois à MedExel.

Pour autant que le titulaire ait terminé son stage et que l'affiliation soit demandée dans les deux mois après l'événement, les membres de la famille du titulaire sont affiliés sans stage à l'occasion :

- de leur naissance ou de leur adoption définitive par le titulaire (art. 1.2.2.3. à 1.2.2.5.) ;
- du placement de l'enfant adoptif (art. 1.2.2.7.) ;
- du mariage du titulaire (art. 1.2.2.1., 1.2.2.2., 1.2.2.4., et 1.2.2.5.) ;
- de la signature du contrat de cohabitation légale (art. 1.2.2.2. et 1.2.2.5).

ARTICLE 6 MODIFICATIONS

- 6.1.** Le titulaire ou les membres de sa famille assurés (en cas de décès du titulaire) doivent signaler par écrit, à MedExel, toute modification dans la composition de leur famille susceptible d'avoir une incidence sur l'octroi des avantages accordés ou sur le montant des cotisations payées ou à payer à MedExel, et ce dans le mois qui suit la survenance de cet événement.
- 6.2.** Toutefois, les membres de la famille maintiennent leurs droits aux avantages pour autant que le conjoint survivant ne se soit pas remarié ou remis en ménage avec une autre personne qu'un membre du personnel d'ING Belgique SA. La certification de la situation réelle pourra être exigée par MedExel lors de toute action en paiement.

ARTICLE 7 SUSPENSION

Le bénéfice des interventions de MedExel et le paiement de la cotisation du titulaire et des membres de sa famille peuvent, à la demande du titulaire, être suspendus durant toute la période au cours de laquelle le titulaire est envoyé en mission à l'étranger par ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian Branch.

ARTICLE 8

Le titulaire se trouvant dans la situation visée à l'article 7 doit aviser MedExel par écrit et s'être acquitté de ses cotisations jusqu'à la fin du mois où la modification a lieu pour bénéficier de la suspension.

ARTICLE 9

Hormis le cas prévu à l'article 7, le bénéfice des interventions de MedExel est maintenu lorsque le contrat de travail avec ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian branch est suspendu ou interrompu et pour autant que les cotisations aient été payées durant la période de suspension ou d'interruption du contrat de travail..

ARTICLE 10

FIN DE LA GARANTIE

- 10.1.** Il peut être mis fin à la couverture en cas de non-paiement des cotisations, après mise en demeure, en cas d'omission ou inexactitude intentionnelles dans le chef d'un assuré induisant MedeExel en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, ou d'omission ou inexactitude non intentionnelles dans le chef d'un assuré lorsque MedeExel démontre qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque.
- 10.2.** La couverture prend automatiquement fin à partir de la date de désaffiliation ou lorsqu'il y a rupture du contrat de travail par démission ou licenciement (à l'exclusion d'un licenciement pour cause d'incapacité totale et définitive de travail). Les personnes perdant le droit à l'affiliation au présent contrat ont, sur base des dispositions légales, la faculté de maintenir leur couverture en la matière par la souscription d'un contrat à titre individuel.
La couverture reste acquise aux pensionnés ainsi qu'aux agents quittant anticipativement ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian Branch, sur base de toutes formules conventionnelles de prépension (comme par exemple: pension anticipée, interruption de carrière, ...).
- 10.3.** Pour les titulaires et membres de sa famille assurés, les sinistres en cours ne seront réglés que pour les frais réellement exposés jusqu'au moment de la désaffiliation ou de la rupture du contrat de travail.
- 10.4.** La garantie prend automatiquement fin, dès lors que la situation de l'assuré n'est plus conforme aux modalités réglementaires.
- 10.5.** A la demande du titulaire, une attestation d'affiliation est délivrée.

Chapitre III Interventions

ARTICLE 11

MedExel intervient dans les frais de soins de santé résultant de maladie, d'invalidité, de grossesse, d'accouchement ou d'accident.

ARTICLE 12

MedExel rembourse le montant des frais sous déduction :

- du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif identique dans le cas où, pour une raison quelconque, l'assuré ne peut prétendre à ladite d'intervention ;
- du montant d'autres remboursements déjà perçu et des indemnités garanties par toute autre assurance hospitalisation complémentaire ou libre auprès de la mutuelle à laquelle est affilié l'assuré ;
- des indemnités perçues par toute autre assurance supposée intervenir, dans la mesure des dispositions légales.

ARTICLE 13

L'assureur est, du fait des indemnités accordées dans le cadre du présent contrat, subrogé dans tous les droits que détient l'assuré :

- contre toute personne civile ou morale responsable ou objectivement responsable de l'accident et son assureur ;
- contre le débiteur des indemnités prévues en application de l'article 29bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs ;
- contre tout débiteur d'indemnités et son assureur.

ARTICLE 14

Sans préjudice des dispositions reprises aux articles 12 et 13, les indemnités octroyées par le présent contrat ne peuvent en aucun cas dépasser le montant des frais réellement exposés.

- 14.1.** Seul le titulaire a droit aux remboursements.
- 14.2.** Si l'assuré reçoit de MedExel une lettre lui signalant que le décompte de son dossier présente un solde négatif en le priant de rembourser un montant déterminé, il doit d'abord régler ce montant avant que MedExel ne lui rembourse d'autres suppléments ou d'autres dossiers.
- 14.3.** Le remboursement d'un acompte de minimum 100,00 euros est limité à l'acompte d'hospitalisation et n'est payable que dans la mesure où l'assuré n'a pas reçu le décompte final de l'hôpital.
L'acompte est automatiquement récupéré dans les 6 mois qui suivent son paiement. L'assuré peut toujours envoyer le décompte final par la suite.
- 14.4.** MedExel limite l'intervention aux frais directement liés au traitement de la maladie, du handicap, de l'accouchement ou de l'accident. Sauf dans les cas explicitement mentionnés aux articles 15 et 16, les frais liés à toutes les suites possibles du traitement sont exclus de la couverture.
- 14.5.** Le délai de prescription de toute action dérivant du contrat est de trois ans, à compter de l'événement qui y donne ouverture.

L'intervention de MedExel est limitée aux règles de la couverture détaillées ci-après.

ARTICLE 15 COUVERTURES EN BELGIQUE

15.1. Couverture des maladies graves

Ces affections doivent être déclarées par un médecin spécialiste en la matière.

Couverture à 100 % du solde pour toutes les prestations reconnues par l'INAMI, en cas d'hospitalisation (avec ou sans opération) et en cas de soins ambulatoires. Seuls les frais en relation directe avec la maladie sont couverts, à savoir: les produits pharmaceutiques pendant le séjour et les produits pharmaceutiques partiellement remboursés par l'INAMI en dehors du séjour, la prothèse capillaire, le déplacement du patient, la location de matériel, les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI.

Les frais n'étant pas de convenance personnelle pendant la période d'hospitalisation sont également couverts.

Les frais d'examens préventifs pour les assurés ayant souffert par le passé d'une des maladies graves reprises au point 1.10. sont également garantis.

Plafonds

- Chambre : 197,92 euros par jour.
- Honoraires : triple de l'intervention légale.
- Frais de transport : remboursement déterminé en fonction du trajet le plus court avec un quelconque moyen de transport et sur base du barème ING Belgium SA/NV en ce qui concerne l'indemnité kilométrique ; si le transport a lieu en ambulance, les frais sont remboursés à 100 %.

Limitations

Les traitements ambulatoires qui ne répondent pas à la règle de couverture à 100 %, sont ceux concernant les articles 15.4.1, 15.4.2, 15.4.3, 15.5.1, 15.5.2, 15.5.6, 15.5.7, 15.5.8, 15.5.9, 16.1 et 16.2. Ces traitements sont remboursés selon les règles prévues, même si ces traitements sont en relation avec la maladie grave.

Extensions

Les seuls frais de séjour d'un adulte qui loge auprès d'un enfant hospitalisé.

Les frais de chiropraxie et d'ostéopathie dans le cadre du traitement de la spondylarthrite ankylosante, de la maladie de Bechterew, de la pelvispondylite rhumatismale, de l'arthrite de Pierre Marie-Strümpell ou de la spondylite rhumatoïde sont couverts à concurrence de 47,18 euros par séance.

15.2. Couverture en cas d'hospitalisation avec ou sans opération*15.2.1. Pendant la période d'hospitalisation*

Couverture à 100 % du solde pour toutes les prestations reconnues par l'INAMI, y compris les produits pharmaceutiques, l'ambulance, les frais qui ne sont pas de convenance personnelle, les seuls frais du lit d'un adulte qui loge auprès d'un enfant hospitalisé et l'assistance d'un kinésithérapeute à l'accouchement, les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI.

15.2.2. En dehors de la période d'hospitalisation

La couverture à 100 % du solde s'étend aux :

- prestations reprises dans la nomenclature INAMI pour autant qu'elles soient effectuées dans un intervalle allant de 60 jours avant à 180 jours après l'hospitalisation, 365 jours après l'hospitalisation si celle-ci est consécutive à un accident ;
- produits pharmaceutiques partiellement remboursés par l'INAMI et consommés dans un intervalle allant de 60 jours avant à 180 jours après l'hospitalisation, 365 jours en cas d'accident, les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI.

15.2.3. Plafonds sur 15.2.1 et 15.2.2. :

- chambre : 141,37 euros par jour ;
- honoraires : triple de l'intervention légale.

15.3. Couverture en cas d'opération sans hospitalisation

Couverture des frais suivants dans le cadre d'une opération reconnue par l'INAMI :

- les prestations reprises dans la nomenclature INAMI, effectuées dans un intervalle allant de 60 jours avant à 180 jours après l'intervention chirurgicale, 365 jours si celle-ci est consécutive à un accident, sont couvertes à 100 % mais limitées au triple de l'intervention légale ;
- le jour de l'opération : à l'exclusion des frais de transport du patient, tous les frais médicaux non reconnus par l'INAMI et n'étant pas de convenance personnelle sont couverts ;

- les frais de produits pharmaceutiques partiellement remboursés par l'INAMI et consommés dans un intervalle allant de 60 jours avant à 180 jours après l'opération, 365 jours si celle-ci est consécutive à un accident, sont couverts à 100 % du solde ;
- les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI, consommés dans un intervalle allant de 60 jours avant à 180 jours après l'opération, 365 jours si celle-ci est consécutive à un accident.

Les frais dans le cadre d'une opération non reconnue par l'INAMI sont exclus de couverture.

15.4. Couverture à 100 % mais limitée au double ou au triple de l'intervention légale

15.4.1. Appareils auditifs

Tous les appareils reconnus par l'INAMI sont couverts à 100 % mais limités au double de l'intervention légale.

15.4.2. Prothèses

A part les prothèses dentaires (voir art. 15.5.2), les prothèses reconnues par l'INAMI sont couvertes à 100 % mais limitées au double de l'intervention légale (ex: chaussures, semelles, voiturettes, pompes à insuline, etc.).

15.4.3. Orthodontie

Toutes les prestations et appareils en rapport ou assimilés avec les codes 305594 à 305900 de la nomenclature INAMI sont couvertes à 100 % mais limitées au triple de l'intervention légale.

15.5. Couvertures spécifiques

15.5.1. Verres et lentilles ayant une dioptrie d'au moins 0,25

L'intervention est limitée à 50 % du coût mais plafonnée à 353,87 euros (un achat pour les verres mais plusieurs pour les lentilles) par assuré et par année civile.

15.5.2. Prothèses dentaires

L'intervention est limitée à 30 % du solde mais plafonnée à 2 343,40 euros par année calendrier pour les prothèses dentaires, les implants dentaires et les réparations de prothèses dentaires. Une prothèse dentaire est soit un pivot, soit une couronne, soit une prothèse amovible ou fixe de 1 à 14 dents.

La prothèse dentaire ainsi que les implants dentaires y afférents sont considérés comme une seule prestation, et la date du placement de la prothèse vaut comme date de prestation pour ces deux frais

Limites

- Maximum 28 dents par an.
- Il doit y avoir au minimum une période de 6 mois entre 2 prothèses remboursables.
- Il n'y a pas de couverture pour les prothèses dentaires provisoires.

15.5.3. Kinésithérapie, Chiropraxie, Ostéopathie

- Maximum 20 séances globalement pour les interventions de chiropraxie, d'ostéopathie ou de kinésithérapie reconnues par l'INAMI, par assuré et par année civile, plafonnées à 15,33 euros par séance.
- Pour le traitement rhumatismal: Maximum 50 séances globalement (y compris les 20 séances précitées) pour les interventions de chiropraxie, d'ostéopathie ou de kinésithérapie reconnues par l'INAMI, par assuré et par année civile, plafonnées à 15,33 euros par séance.

15.5.4. Imagerie médicale sans hospitalisation

Les frais pour de l'imagerie médicale reconnue par l'INAMI (radiographies, tomographies, endoscopies, scanners, échographies, ...) sont couverts à concurrence de 100 % du solde mais plafonnés à 117,96 euros par assuré et par année civile.

15.5.5. Logopédie

Les frais reconnus par l'INAMI, avec l'accord du médecin-conseil de la mutuelle, en matière de logopédie sont couverts à concurrence de 100 % du solde et plafonnés à 235,91 euros par assuré et par année civile.

15.5.6. *Produits pharmaceutiques et matériel*

- a) Les frais pour les produits pharmaceutiques et le matériel, délivrés par un pharmacien sur prescription médicale, ainsi que l'acupuncture effectuée par un médecin, pour le traitement d'affections cardio-vasculaires, de la mucoviscidose, de l'asthme, d'un fibrome, de la prostatite, de calculs rénaux et d'un ulcère du système digestif appuyé d'un examen documenté, du rhumatisme, de la fibromyalgie, de l'arthrite, de l'hypothyroïdie, de l'hyperthyroïdie, du syndrome de Horton, de l'ostéoporose, de la maladie d'Alzheimer (attestée par un médecin spécialiste), du syndrome de fatigue chronique (attesté par un médecin spécialiste), de la cardiomyopathie, de l'ADHD, du psoriasis avec un PASI ≥ 10 , de la polyneuropathie, du déficit en ornithine carbamyl transférase n° 67 (ou OCTD), du syndrome auto immunitaire lymphoprolifératif (ou ALPS), du syndrome de stress post traumatique et de la maladie de Menière sont couverts à concurrence de 100 % du solde.
- b) Les frais de matériel délivré par un pharmacien ou par un autre organisme spécialisé, sur prescription médicale, pour les diabètes sont couverts également à concurrence de 100 % du solde.
Plafonnés à 294,89 euros par assuré par année civile.
 - Les frais pour les produits pharmaceutiques et le matériel, délivrés par un pharmacien sur prescription médicale, ainsi que l'acupuncture effectuée par un médecin dans le cadre d'un handicap de plus de 66 %, attesté comme tel par l'Administration de l'Intégration Sociale, sont couverts à concurrence de 100 % du solde et plafonnés à 294,89 euros par assuré et par année civile.

15.5.7. *Soins à domicile*

Dans le cadre d'un accouchement à domicile ou polyclinique, les frais sont couverts selon les règles existantes en matière d'hospitalisation.

15.5.8. *Prestations non reconnues par l'INAMI*

- 15.5.8.1. L'intervention est limitée à un montant forfaitaire de 1 179,57 euros pour la procréation médicalement assistée (PMA) par couple. Le cas échéant, un délai d'un an sera observé entre 2 prestations remboursables.
- 15.5.8.2. L'intervention est limitée à un montant forfaitaire de 471,83 euros par œil et par assuré pour une opération ayant comme but de corriger la puissance du dioptre cornéen en incisant la cornée (ex. : la kératotomie, opération lasik, opération excimer, ...). Le cas échéant, un délai d'un an sera observé entre 2 prestations remboursables pour le même œil.

15.5.9. *Hospitalisation de jour pour une fracture*

Toutes les prestations reprises dans la nomenclature INAMI et les produits pharmaceutiques sont couverts à 100 % du solde pour autant qu'ils soient effectués et délivrés en milieu hospitalier durant l'intervalle entre le placement et l'enlèvement du produit d'immobilisation par un médecin.

Pour les fractures nécessitant une opération ou une hospitalisation d'au moins un jour et une nuit, les articles 15.2 et 15.3 restent d'application.

15.5.10. *Couverture des frais médicaux en cas de décès*

Couverture à 100 % du solde de toutes les prestations reprises dans la nomenclature INAMI, des produits pharmaceutiques et du transport en ambulance en cas de décès du patient avant l'intervention chirurgicale ou avant d'avoir séjourné au moins un jour et une nuit à l'hôpital.

15.5.11. *Couverture des prestations ambulatoires, effectuées sous anesthésie*

A l'exclusion des prestations reprises dans les articles 15.1 à 15.5.10 et 16.1 à 16.3, couverture à 100 % du solde de toutes les prestations ambulatoires reprises dans la nomenclature INAMI pour autant qu'elles soient effectuées par un médecin et dans un hôpital. Toutes prestations effectuées avant et après sont exclues.

15.5.12. *Prestations de psychiatrie, psychologie, psychothérapie*

Sont couverts à concurrence de 50 % des frais restant à charge de l'assuré les frais de prestations médicales spéciales à caractère curatif prodiguées par un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute.

ARTICLE 16 COUVERTURE À L'ÉTRANGER

16.1. Hospitalisation

Les frais exposés à l'étranger font l'objet d'une couverture forfaitaire de 169,64 euros par jour pendant maximum 10 jours d'hospitalisation.

16.2. Verres et lentilles ayant une dioptrie d'au moins 0,25

L'intervention est limitée à 50 % du coût mais plafonnée à 353,87 euros (un achat pour les verres mais plusieurs pour les lentilles) par assuré et par année civile.

Cette intervention ne se cumule pas avec celle prévue à l'article 15.5.1.

16.3. Frontaliers

Les demandes d'intervention afférentes aux frontaliers tels que définis au point 1.9. tiennent compte des remboursements réellement obtenus par le système de sécurité sociale auquel l'assuré a adhéré et, pour le calcul des limites d'intervention prévues par le présent contrat basées sur une intervention légale, sur les montants octroyés en la matière par la sécurité sociale belge, ou, dans l'hypothèse où l'assuré ne peut prétendre à l'intervention de celle-ci, aux montants qu'elle aurait octroyé dans l'hypothèse où elle serait intervenue.

ARTICLE 17 CONDITIONS SPÉCIALES

17.1. Plafonds

- a) Maladies graves : plafond général de 23 512,72 euros par assuré et par année civile pour la totalité des frais liés à la même maladie.
- b) Opérations cardiaques et/ou artérielles et pontages avec une clé de valeur INAMI à partir de N1500 : plafond général de 16 964,42 euros par assuré et par année* pour la totalité des frais liés à une même opération.
- c) Tous les autres frais (accident, maladie, accouchement, prestations ambulatoires, ...) : plafond général de 11 756,36 euros par assuré et par année* pour la totalité des frais liés à un même accident/maladie/accouchement.
- d) Sont indexés au 1er janvier de chaque année les plafonds d'intervention exprimés en montant repris aux points listés ci-après sur base de l'évolution de l'indice médical global chambre particulière entre ses deux dernières valeurs disponibles.
 - Point 15.1. : plafond applicable aux frais de chambre.
 - Point 15.2.3. : plafond applicable aux frais de chambre.
 - Point 16.1. : plafond applicable aux frais exposés à l'étranger.
 - Article 17 littera b).
- e) Sont indexés au 1er janvier de chaque année les plafonds d'intervention exprimés en montant repris aux points listés ci-après sur base de la moyenne des évolutions de l'indice médical chambre particulière et de l'indice médical soins ambulatoires, entre leurs deux dernières valeurs disponibles.
 - Article 17 littera a).
 - Article 17 littera c).
- f) Sont indexés au 1er janvier de chaque année les plafonds d'intervention exprimés en montant repris aux points listés ci-après sur base de l'évolution de l'indice médical soins ambulatoires entre ses deux dernières valeurs disponibles.
 - Point 15.5.1. : plafond applicable aux verres et lentilles ayant une dioptrie d'au moins 0,25.
 - Point 15.5.3. : plafond applicable aux frais de kinésithérapie, chiropraxie, ostéopathie.
 - Point 15.5.4. : plafond applicable aux frais d'imagerie médicale sans hospitalization.
 - Point 15.5.5. : plafond applicable aux frais de logopédie.
 - Point 15.5.6. : plafonds applicables aux frais de produits pharmaceutiques et matériel.
 - Point 15.5.8. : plafonds applicables aux prestations non reconnues par l'INAMI.
 - Point 16.2. : plafond applicable aux frais de verres et lentilles ayant une dioptrie d'au moins 0,25 exposés à l'étranger.

- g) Est indexé au 1er janvier de chaque année le plafond d'intervention exprimé en montant repris au point 15.5.2. applicable aux frais de prothèses dentaires sur base de l'évolution de l'indice médical soins dentaires entre ses deux dernières valeurs disponibles.
 - h) Le remboursement de l'ensemble des frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI dont question à l'article 15 est limité à 2 500,00 euros par assuré et par année civile.
- * Par « année » (voir b et c), on entend l'intervalle d'un an qui s'écoule à partir de la date de la première prestation ou des premiers frais remboursés par MedExel suite au même accident/maladie/ accouchement/ raison.

17.2. Couverture alternative

Les garanties octroyées dans le cadre de la couverture alternative diffèrent par le fait que :

- ne sont en aucun cas couverts les suppléments de frais de séjour et d'honoraires de médecin en cas d'hospitalisation en chambre particulière pour convenance personnelle ;
- est applicable une franchise de 100,00 euros par an par assuré pour l'ensemble des frais dont question aux articles 15.3., 15.4., 15.5. et 16.2.

Chapitre IV Exclusions générales

ARTICLE 18

Ne sont pas couverts les frais d'hospitalisation et de soins afférents à une maladie ou à un accident :

- résultant de faits de guerre ;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique ou idéologique, sauf la preuve à apporter par l'assuré qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
- résultant de la pratique d'un sport rémunéré et dont les entrées sont payantes, sous quelle que forme que ce soit, y compris l'entraînement ;
- résultant d'ivresse, d'alcoolisme ou toxicomanie ;
- survenant lorsque l'assuré se trouve sous l'influence de stupéfiants, d'hallucinogènes ou autres drogues ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou à un délit ;
- résultant d'actes téméraires, de paris ou défis ;
- résultant d'une tentative de suicide, de mutilations volontaires, du fait intentionnel de l'assuré ou de l'aggravation du risque par la faute de l'assuré ;
- résultant de l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou de procédés d'accélération artificielle de particules atomiques ;
- résultant de traitement et d'opération esthétique ou de rajeunissement sauf ceux donnant lieu à un remboursement de la mutuelle ;
- résultant d'une affection ou d'une invalidité non contrôlable par examen médical ou liée à une affection nerveuse ou mentale ne présentant pas de symptômes objectifs, sauf si leur réalité est manifeste et reconnue à la fois par le médecin traitant et le médecin conseil de la mutuelle.

Chapitre V Marche à suivre pour une action en paiement

ARTICLE 19

PROCÉDURE D'INTRODUCTION

Maladie grave

Afin de solliciter l'ouverture d'un dossier relatif à des frais en lien direct avec le traitement d'une des maladies graves dont question à l'article 1.10., MedExel doit disposer d'un rapport médical établi par un médecin spécialiste précisant la nature de l'affection.

AssurCard

MedExel met à disposition des assurés une AssurCard. Ce système est basé sur une carte électronique, avec laquelle lors d'une hospitalisation en Belgique :

- une admission sans paiement d'acompte est possible ;
- l'assuré peut bénéficier d'un service tiers payant. La facture est envoyée directement à MedExel, qui paiera les frais à l'hôpital.

L'utilisation de la Carte AssurCard par l'assuré implique son accord sur le système du tiers payant. Par ce système MedExel se substitue au patient en tant que débiteur de la facture d'hospitalisation. Concrètement cela signifie que la facture sera envoyée directement à MedExel. MedExel avancera l'entièreté du montant facturé, y compris les frais qui ne sont pas couverts par le contrat d'assurance. Les frais non couverts seront réclamés à l'assuré et devront être payés/ remboursés par lui.

AssurPharma

La carte AssurPharma est la solution digitale, elle permet de renvoyer par voie électronique vos tickets BVAC à votre assureur ou gestionnaire. Les tickets BVAC sont les justificatifs que vous recevez du pharmacien pour vos demandes de remboursement. Cette carte est le résultat d'une collaboration existante entre les pharmaciens belges et les assureurs. Ce système est avantageux, car il vous suffit de faire scanner la carte par votre pharmacien lors de l'achat de médicaments.

Comment cela fonctionne ?

Lors de l'achat des médicaments liés à votre hospitalisation, votre pharmacien scanne le code-barres de votre carte Assurpharma et envoie ensuite de manière numérique les attestations eBVAC à MedExel. Ce principe vaut aussi pour tous les achats liés à votre couverture de maladie grave.

Si vous le souhaitez, vous pouvez obtenir une preuve d'envoi auprès de votre pharmacien.

Quels sont les avantages de la carte?

- Efficace et rapide.
- Prévient la perte du format papier.
- Une gestion plus facile pour l'assuré.
- Une méthode de travail sécurisée avec protection des données personnelle.
- Consiste d'un large réseau de pharmacies travaillant déjà avec ce système.

Vous trouverez plus d'informations sur ce site: www.assurpharma.be.

ARTICLE 20

DOCUMENTS À FOURNIR

MedExel a toujours le droit d'exiger une attestation médicale afin de vérifier la recevabilité de la demande.

- 20.1.** Pour toute demande d'intervention, il y a lieu de produire les justificatifs repris ci-après, de préférence sous forme de photocopies. Pour le bon fonctionnement du service MedExel, les pièces transmises, ni des copies, ne seront en aucun cas réexpédiées aux assurées. D'autre part, les documents transmis sont la propriété de MedExel.

20.1.1. Les notes d'honoraires du prestataire reprenant son nom et son n° identification INAMI, ainsi que le nom du patient, les dates et les numéros de code INAMI des prestations et le montant des honoraires réclamés.

20.1.2. Les attestations détaillées de remboursement de la mutuelle ou le détail des remboursements, dans la mesure où ceux-ci sont effectués par d'autres organismes ou des tiers.

20.2. Pour toutes les demandes de remboursement, il y a lieu de compléter un document spécial.

ARTICLE 21

MedExel ne pourra en aucun cas être tenu responsable de la perte de documents originaux (factures, justificatifs, décomptes, etc.) dans l'éventualité où ces derniers sont joints au formulaire de demande d'intervention.

ARTICLE 22

Au cas où le solde final du dossier s'avère négatif, le titulaire s'engage à rembourser immédiatement MedExel des sommes dues et dès notification par ce dernier.

Sans suite donnée à cette notification, dans un délai de 30 jours, MedExel peut suspendre tous les remboursements, ainsi que le fonctionnement de l'AssurCard.

ARTICLE 23 PAIEMENT DES PRIMES

Chaque titulaire (et membres de sa famille assurés) doit payer une cotisation personnelle à MedExel.

La prime est due à partir de la date d'affiliation. L'assuré principal paie sa prime plus celle de ses co-assurés.

L'assuré principal a le choix entre :

- une prime annuelle à payer anticipativement au mois de janvier. La personne qui rejoint le plan en cours d'année paie dans le mois de son affiliation. L'assuré paie par virement bancaire ;
- une prime mensuelle. Ceci est uniquement possible si l'assuré paie par un mandat de domiciliation européenne Sepa.

Attention

Le non-paiement d'une prime mensuelle réclamée par domiciliation bancaire entraîne une nouvelle demande le mois suivant sur base du cumul des deux primes mensuelles. En cas de non-paiement de ces deux primes mensuelles, une troisième demande sera effectuée le mois suivant sur base des trois primes mensuelles impayées.

Pendant toute la période de non-paiement des primes, le remboursement des frais survenus pendant cette période est suspendu. Le paiement des primes dues intervenant pendant la période de suspension met fin à celle-ci.

Le non-paiement de la mise en demeure envoyée par lettre recommandée après les trois demandes de domiciliation impayées entraîne la perte de la qualité d'assuré pour tous les assurés concernés. L'assuré principal est averti par lettre de la perte de la qualité d'assuré, du droit de bénéficier du tiers payant et de l'annulation de (ou des) carte(s) AssurCard.

En cas de non-paiement d'une prime annuelle, le gestionnaire adresse à l'assuré principal un rappel, le mois qui suit l'avis d'échéance. Un second rappel et un troisième rappel seront adressés à l'assuré les mois suivants. Les conséquences du non-paiement d'une prime annuelle sont identiques à celles décrites pour le non-paiement d'une prime mensuelle.

La garantie reprend ses effets le lendemain du paiement intégral des primes.

Pendant la période de suspension, le gestionnaire prévient l'entreprise d'assurances du défaut de paiement du preneur d'assurance. L'entreprise d'assurances peut résilier le contrat d'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.

La résiliation prendra effet seize jours après une lettre recommandée envoyée par l'entreprise d'assurances, à moins que les primes aient été payées entre-temps.

Chapitre VI Conditions particulières

ARTICLE 24

Tous les cas d'exception, nés ou à naître, sont uniques et ne peuvent en aucun cas constituer un précédent de quel qu'ordre ou de nature que ce soit.

ARTICLE 25

En cas de doute à propos de la recevabilité de certains frais exposés, il convient d'introduire le dossier dans les délais impartis auprès MedExel qui, pour sa part, jugera sur base des éléments fournis si ces frais répondent aux garanties prévues.

ARTICLE 26

En s'affiliant, le titulaire et ses bénéficiaires acceptent de se conformer aux conditions générales, spéciales et particulières.

ARTICLE 27

Les conditions générales, spéciales et particulières sortent leurs effets à partir du 01.04.2015.

COORDONNÉES DE CONTACT DE MEDEXEL

Boulevard Louis Mettwie 74/76 - 1080 Bruxelles

Tél : 02 44 44 907

Fax : 02 44 44 334

E-mail : ing@medexel.be



Toute plainte relative au contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre peut être adressée à :

Ethias « Service 1035 »

Rue des Croisiers 24 - 4000 Liège - Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be

Service ombudsman assurances

Square de Meeûs 35 - 1000 Bruxelles - Fax 02 547 59 75 - www.ombudsman-insurance.be

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice. La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

Garantie alternative



ING
Police n° 85.499.110

Edition : 1^{er} avril 2015



TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I	Définitions	4
Chapitre II	Affiliation - Début - Stage - Modifications - Suspension - Fin de la garantie	6
	Affiliation	6
	Conditions particulières d'affiliation	6
	Début	6
	Stage	7
	Modifications	7
	Suspension	7
	Fin de la garantie	8
Chapitre III	Interventions	9
	Couvertures en Belgique	9
	Couverture à l'étranger	12
	Conditions spéciales	12
Chapitre IV	Exclusions générales	13
Chapitre V	Marche à suivre pour une action en paiement	14
	Paiement des Primes	14
Chapitre VI	Conditions particulières	17

Chapitre I Définitions

ARTICLE 1

- 1.1.** Pour l'interprétation des conditions générales, particulières et spéciales, les définitions qui suivent sont d'application.
- 1.2.** Les assurés sont les personnes dont l'identité est mentionnée sur le bulletin d'affiliation :
- 1.2.1. le titulaire est l'assuré, membre du personnel, actif ou pensionné, d'ING Belgique SA.
- 1.2.2. les autres assurés sont : tout membre de la famille du titulaire, répondant aux critères ci-dessus, moyennant la production, en cas de doute, d'une attestation de l'administration communale s'agissant de la composition du ménage ou des extraits d'actes de naissance, s'agissant du lien de parenté ;
- Sont uniquement compris sous cette dénomination :**
- 1.2.2.1. le conjoint de droit.
- 1.2.2.2. le conjoint de fait.
Par conjoints de fait, on entend deux personnes vivant maritalement sous le même toit et domiciliées à la même adresse.
- 1.2.2.3. les enfants du titulaire jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire.
- 1.2.2.4. les enfants du conjoint de droit jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire pour autant qu'ils soient domiciliés chez le titulaire.
- 1.2.2.5. les enfants du conjoint de fait jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire pour autant qu'ils soient domiciliés chez le titulaire. L'affiliation se fait selon les mêmes règles de stage cotisant et de déclaration que celles applicables au conjoint de fait.
- 1.2.2.6. chaque personne (y compris les enfants repris à l'art. 1.2.2.3 jusqu'à 1.2.2.7 et ce après leur 25^{ème} anniversaire) ayant un lien de parenté avec le titulaire et qui est fiscalement à charge et domiciliée chez le titulaire. Cela est également valable pour les enfants, après leur 25^{ème} anniversaire, repris aux articles 1.2.2.3 et 1.2.2.7 qui, suite à la séparation de fait ou du divorce, sont domiciliés chez et fiscalement à charge de l'ex-conjoint du titulaire.
- 1.2.2.7. les enfants adoptifs durant la période de placement dans le ménage du titulaire et jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire.
- 1.2.2.8. les enfants visés dans les articles 1.2.2.3 à 1.2.2.7. - sans limite d'âge et sans obligation d'être domiciliés chez le titulaire, ni d'être fiscalement à sa charge - souffrant d'une maladie grave reprise à l'article 1.12 ayant été déclarée comme telle à MedExel avant leur 25^{ème} anniversaire.
- 1.3.** Est à considérer comme Hospitalisation tout séjour de minimum un jour et une nuit donnant lieu au paiement du ticket modérateur dans un établissement hospitalier c.à.d. un établissement reconnu comme tel par le SPF Santé Publique où il est fait usage des moyens de diagnostics et thérapeutiques scientifiquement éprouvés à l'exclusion des one day clinic, des cures, des établissements médico-pédagogiques, des établissements destinés au simple hébergement des personnes âgées, convalescentes ou d'enfants, et des maisons de repos et/ou de soins (M.R.S.).
- 1.4.** Le concept Prestations de Soins fait référence à la liste des actes médicaux ou para-médicaux repris dans la nomenclature INAMI.
- 1.5.** Par Produits Pharmaceutiques, il convient d'entendre tout médicament et les préparations magistrales enregistrés auprès du SPF Santé Publique.
- 1.6.** Un Accident est un événement soudain et indépendant de la volonté de la personne affiliée causant une lésion corporelle dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors du corps humain. Cet accident doit avoir entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les présentes dispositions.
- 1.7.** Par Opération, il faut entendre :
- une prestation reconnue par l'INAMI et effectuée par un médecin ou un dentiste (LSD) ;
 - ayant un but thérapeutique et/ou diagnostique ;
 - nécessitant une incision ou une élimination de tissus.
- 1.8.** Par Prothèses, il convient d'entendre tout matériel artificiel prescrit par un médecin, qui vise à compenser définitivement un organe ou une partie du corps déficient, ou à remplacer un organe ou une partie du corps amputés.

- 1.9.** Par Frontalier, il faut entendre le titulaire, et les membres de son ménage, qui a son domicile ou sa résidence fixe dans un des pays limitrophes de la Belgique et qui est occupé dans un établissement d'ING Belgique SA, situé en Belgique.
- 1.10.** Par Maladies Graves, il est entendu : le cancer, la leucémie, la sclérose en plaques, le SIDA, le diabète, la maladie de Parkinson, la maladie de Hodgkin, la maladie de Crohn, la tétraplégie, l'hypoglycémie, la maladie de Huntington, des tumeurs cérébrales bénignes, la spondylarthrite ankylosante, le traitement par dialyse rénale, ainsi que la transplantation d'un organe complet (opération qui consiste à greffer un organe prélevé sur vivant, en assurant le raccordement des vaisseaux sanguins et des conduits excréteurs, pour compenser définitivement un organe déficient), la maladie de Creutzfeld-Jacob, la paraplégie, l'hémiplégie, la maladie de Bechterew, la pelvispondylite rhumatismale, l'arthrite de Pierre Marie-Strümpell, la spondylite rhumatoïde, la sclérodermie, la dermatomyosite, le lymphome non-Hodgkinien, la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de Charcot, la polychondrite atrophiante chronique, la polychondrite à rechutes, la chondromalacie systématisée de Von Meyenberg, le syndrome d'Askanasy, la maladie de Charcot-Marie-Tooth, l'acropathie amyotrophique, la maladie de Still, la maladie de Chauffard-Still, la myasthénie grave de Erb-Goldflam, le syndrome de VACTERL, le syndrome myasthénique de Lambert-Eaton, la polymyosite, la maladie de Kahler, le myélome multiple, la dystrophie musculaire facio-scapulo-humérale (FSHD), la fibrose pulmonaire idiopathique, la pyoderma gangréneux, l'épilepsie, l'hépatite C, l'anorexia nervosa, le lupus érythémateux, le syndrome de Guillain-Barré, le myélite transverse, l'abcès de Haagensen, et la colitis ulcerosa (rectocolite hémorragique).
- Ces affections doivent être déclarées comme telles par un médecin spécialiste en la matière.
- 1.11.** Par Procréation Médicalement Assistée (PMA), il est entendu différentes techniques médicales dont l'objectif immédiat est la fécondation de gamètes d'un couple.
- 1.12.** Par Contrat de cohabitation légal, il est entendu l'enregistrement légal à la commune de cohabitation comme alternative au mariage.
- Le contrat de cohabitation souscrit chez un notaire ou une simple attestation de composition de ménage n'entrent pas en compte, sauf si ceux-ci sont complétés par l'enregistrement légal de cohabitation à la commune.

Chapitre II Affiliation - Début - Stage - Modifications - Suspension - Fin de la garantie

ARTICLE 2 AFFILIATION

Est affiliable :

- 2.1.** Tout titulaire se trouvant dans les liens d'un contrat de travail à durée indéterminée avec ING Belgique SA et/ou ING Bank NV Belgian Branch pour une occupation au sein de la succursale belge de cette dernière et assujetti à la Sécurité Sociale Belge ou à un régime équivalent.
- L'affiliation est uniquement possible :
- pour le titulaire, pendant les 10 premières années suivant le début de sa relation contractuelle avec ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian Branch (pour une occupation au sein de la succursale belge en ce qui concerne cette dernière).
 - tant pour le titulaire que les autres assurés, pour autant que le titulaire effectue des prestations réelles de travail (ou assimilées) au sein d'ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian Branch. Les deux conditions doivent être remplies.
- 2.2.** Tout assuré répondant aux modalités stipulées dans l'article 1.2.2 et 2.1.
Néanmoins, l'affiliation d'un conjoint de fait se fait toujours au détriment de l'éventuel conjoint de droit. Le titulaire ne peut affilier qu'un seul conjoint.
- 2.3.** A sa demande, le membre du Comité de Direction d'ING Belgique SA, et les membres de sa famille assurables (voir art. 1.2.2. et 2.1.).

ARTICLE 3 CONDITIONS PARTICULIÈRES D'AFFILIATION

Le titulaire peut adhérer soit SEUL, soit avec TOUS les membres composant son ménage. Le titulaire est le seul habilité à solliciter l'affiliation ou la désaffiliations des membres de son ménage.

Cependant, ne sont pas obligatoirement affiliables :

- 3.1.** Les descendants visés dans les articles 1.2.2.3. à 1.2.2.5, n'étant pas ou plus fiscalement à charge du titulaire. Cette désaffiliation ne sera consentie qu'à la suite d'une demande expresse introduite par le titulaire.
- 3.2.** Les descendants du titulaire, visés dans l'article 1.2.2.3., n'étant pas ou plus domiciliés chez celui-ci. Cette désaffiliation ne sera consentie qu'à la suite d'une demande expresse introduite par le titulaire.
- 3.3.** Les membres de la famille du titulaire ayant la possibilité, ou l'obligation, d'être couverts, par une garantie hospitalisation et médecine ambulatoire dans les liens d'un contrat de travail auprès de leur employeur. Cette dérogation ne pourra sortir ses effets qu'après la production d'une attestation émanant de l'employeur.
- 3.4.** Le conjoint de droit, quel que soit son domicile, durant la période de séparation de fait et avant la prononciation du divorce. Si, durant cet intervalle, le titulaire souhaite affilier un conjoint de fait, ce sera d'office au détriment du conjoint de droit séparé.
- 3.5.** En vertu de l'article 3, alinéa 2 de la convention collective de travail du 23.12.2014 concernant la mise en place d'une assurance hospitalisation à partir du 1.04.2015, tout membre du personnel actif d'ING Belgique SA ou d'ING Bank NV Belgian Branch (occupé au sein de la succursale belge de cette dernière), qu'il soit affilié au non au FMC au 31.03.2015, et qui répond, au 1.04.2015 aux conditions d'affiliation (art. 2.1.) a la possibilité d'opter, respectivement, pour le maintien de son affiliation au FMC (sous la forme d'une assurance hospitalisation) ou pour son affiliation au FMC (sous la forme d'une assurance hospitalisation), et ce selon les modalités prescrites par le présent règlement

ARTICLE 4 DÉBUT

L'affiliation prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le titulaire a signé la demande d'affiliation.

ARTICLE 5 STAGE

5.1. Avant de pouvoir bénéficier de la couverture de la présente assurance, un stage cotisant de 6 mois est prévu. Celui-ci entre en vigueur à la date où l'affiliation prend cours. Les membres de la famille du titulaire s'affiliant durant la période de stage du titulaire, même en répondant aux critères de l'article 5.2., effectuent également le stage prévu. Le conjoint de fait dont question au point 1.2.2.2 devra faire un stage de six mois.

5.2. Dispense de stage

Sauf renonciation écrite, les titulaires et les membres de sa famille sont affiliés d'office sans stage à l'occasion du début de la relation contractuelle avec l'ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian Branch (avec occupation au sein de la succursale belge). Néanmoins, le bulletin d'inscription doit obligatoirement être rempli et communiqué dans les 2 mois à MedExel.

Pour autant que le titulaire ait terminé son stage et que l'affiliation soit demandée dans les deux mois après l'événement, les membres de la famille du titulaire sont affiliés sans stage à l'occasion :

- de leur naissance ou de leur adoption définitive par le titulaire (art. 1.2.2.3. à 1.2.2.5.),
- du placement de l'enfant adoptif (art. 1.2.2.7.),
- du mariage du titulaire (art. 1.2.2.1., 1.2.2.2., 1.2.2.4., et 1.2.2.5.),
- de la signature du contrat de cohabitation légale (art. 1.2.2.2. et 1.2.2.5.)

ARTICLE 6 MODIFICATIONS

6.1. Le titulaire ou les membres de sa famille assurés (en cas de décès du titulaire) doivent signaler par écrit, à MedExel, toute modification dans la composition de leur famille susceptible d'avoir une incidence sur l'octroi des avantages accordés ou sur le montant des cotisations payées ou à payer à MedExel, et ce dans le mois qui suit la survenance de cet événement.

6.2. Toutefois, les membres de la famille maintiennent leurs droits aux avantages pour autant que le conjoint survivant ne se soit pas remarié ou remis en ménage avec une autre personne qu'un membre du personnel d'ING Belgique SA. La certification de la situation réelle pourra être exigée par MedExel lors de toute action en paiement.

ARTICLE 7 SUSPENSION

Le bénéfice des interventions de MedExel et le paiement de la cotisation du titulaire et des membres de sa famille peuvent, à la demande du titulaire, être suspendus durant toute la période au cours de laquelle le titulaire est envoyé en mission à l'étranger par ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian Branch.

ARTICLE 8

Le titulaire se trouvant dans la situation visée à l'article 7 doit aviser MedExel par écrit et s'être acquitté de ses cotisations jusqu'à la fin du mois où la modification a lieu pour bénéficier de la suspension.

ARTICLE 9

Hormis le cas prévu à l'article 7, le bénéfice des interventions de MedExel est maintenu lorsque le contrat de travail avec ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian branch est suspendu ou interrompu et pour autant que les cotisations aient été payées durant la période de suspension ou d'interruption du contrat de travail.

ARTICLE 10

FIN DE LA GARANTIE

- 10.1.** Il peut être mis fin à la couverture en cas de non-paiement des cotisations, après mise en demeure, en cas d'omission ou inexactitude intentionnelles dans le chef d'un assuré induisant MedeExel en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, ou d'omission ou inexactitude non intentionnelles dans le chef d'un assuré lorsque MedeExel démontre qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque.
- 10.2.** La couverture prend automatiquement fin à partir de la date de désaffiliation ou lorsqu'il y a rupture du contrat de travail par démission ou licenciement (à l'exclusion d'un licenciement pour cause d'incapacité totale et définitive de travail). Les personnes perdant le droit à l'affiliation au présent contrat ont, sur base des dispositions légales, la faculté de maintenir leur couverture en la matière par la souscription d'un contrat à titre individuel. La couverture reste acquise aux pensionnés ainsi qu'aux agents quittant anticipativement ING Belgique SA ou ING Bank NV Belgian Branch, sur base de toutes formules conventionnelles de prépension (comme par exemple : pension anticipée, interruption de carrière,...).
- 10.3.** Pour les titulaires et membres de sa famille assurés, les sinistres en cours ne seront réglés que pour les frais réellement exposés jusqu'au moment de la désaffiliation ou de la rupture du contrat de travail.
- 10.4.** La garantie prend automatiquement fin, dès lors que la situation de l'assuré n'est plus conforme aux modalités réglementaires.
- 10.5.** A la demande du titulaire, une attestation d'affiliation est délivrée.

Chapitre III Interventions

ARTICLE 11

MedExel intervient dans les frais de soins de santé résultant de maladie, d'invalidité, de grossesse, d'accouchement ou d'accident.

ARTICLE 12

MedExel rembourse le montant des frais sous déduction :

- Du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif identique dans le cas où, pour une raison quelconque, l'assuré ne peut prétendre à ladite d'intervention ;
- Du montant d'autres remboursements déjà perçus et des indemnités garanties par toute autre assurance hospitalisation complémentaire ou libre auprès de la mutuelle à laquelle est affilié l'assuré.
- Des indemnités perçues par toute autre assurance supposée intervenir, dans la mesure des dispositions légales.

ARTICLE 13

L'assureur est, du fait des indemnités accordées dans le cadre du présent contrat, subrogé dans tous les droits que détient l'assuré :

- Contre toute personne civile ou morale responsable ou objectivement responsable de l'accident et son assureur.
- Contre le débiteur des indemnités prévues en application de l'article 29bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs.
- Contre tout débiteur d'indemnités et son assureur.

ARTICLE 14

Sans préjudice des dispositions reprises aux articles 12 et 13, les indemnités octroyées par le présent contrat ne peuvent en aucun cas dépasser le montant des frais réellement exposés.

- 14.1.** Seul le titulaire a droit aux remboursements.
- 14.2.** Si l'assuré reçoit de MedExel une lettre lui signalant que le décompte de son dossier présente un solde négatif en le priant de rembourser un montant déterminé, il doit d'abord régler ce montant avant que MedExel ne lui rembourse d'autres suppléments ou d'autres dossiers.
- 14.3.** Le remboursement d'un acompte de minimum 100,00 EUR est limité à l'acompte d'hospitalisation et n'est payable que dans la mesure où l'assuré n'a pas reçu le décompte final de l'hôpital.
L'acompte est automatiquement récupéré dans les 6 mois qui suivent son paiement. L'assuré peut toujours envoyer le décompte final par la suite.
- 14.4.** MedExel limite l'intervention aux frais directement liés au traitement de la maladie, du handicap, de l'accouchement ou de l'accident. Sauf dans les cas explicitement mentionnés aux articles 15 et 16, les frais liés à toutes les suites possibles du traitement sont exclus de la couverture.
- 14.5.** Le délai de prescription de toute action dérivant du contrat est de trois ans, à compter de l'événement qui y donne ouverture.
L'intervention de MedExel est limitée aux règles de la couverture détaillées ci-après.

ARTICLE 15

COUVERTURES EN BELGIQUE

15.1. Couverture des maladies graves

Ces affections doivent être déclarées par un médecin spécialiste en la matière.

Couverture à 100 % du solde pour toutes les prestations reconnues par l'INAMI, en cas d'hospitalisation (avec ou sans opération) et en cas de soins ambulatoires. Seuls les frais en relation directe avec la maladie sont couverts, à savoir : les produits pharmaceutiques pendant le séjour et les produits pharmaceutiques partiellement remboursés par l'INAMI en dehors du séjour, la prothèse capillaire, le déplacement du patient, la location de matériel. Les frais n'étant pas de convenance personnelle pendant la période d'hospitalisation sont également couverts.

Plafonds :

- Chambre : 175,00 EUR par jour
- Honoraires : triple de l'intervention légale
- Frais de transport : remboursement déterminé en fonction du trajet le plus court avec un quelconque moyen de transport et sur base du barème ING Belgium SA/NV en ce qui concerne l'indemnité kilométrique ; si le transport a lieu en ambulance, les frais sont remboursés à 100 %.

Limitations :

Les traitements ambulatoires qui ne répondent pas à la règle de couverture à 100 %, sont ceux concernant les articles 15.4.1, 15.4.2, 15.4.3, 15.5.1, 15.5.2, 15.5.6, 15.5.7, 15.5.8, 15.5.9, 16.1 et 16.2. Ces traitements sont remboursés selon les règles prévues, même si ces traitements sont en relation avec la maladie grave.

Extensions :

- Les seuls frais de séjour d'un adulte qui loge auprès d'un enfant hospitalisé.
- Les frais de chiropraxie et d'ostéopathie dans le cadre du traitement de la spondylarthrite ankylosante, de la maladie de Bechterew, de la pelvispondylite rhumatoïdale, de l'arthrite de Pierre Marie-Strümpell ou de la spondylite rhumatoïde sont couverts à concurrence de 40,00 EUR par séance.

15.2. Couverture en cas d'hospitalisation avec ou sans opération

15.2.1. Pendant la période d'hospitalisation :

Couverture à 100 % du solde pour toutes les prestations reconnues par l'INAMI, y compris les produits pharmaceutiques, l'ambulance, les frais qui ne sont pas de convenance personnelle, les seuls frais du lit d'un adulte qui loge auprès d'un enfant hospitalisé et l'assistance d'un kinésithérapeute à l'accouchement.

15.2.2. En dehors de la période d'hospitalisation :

La couverture à 100 % du solde s'étend aux :

- prestations reprises dans la nomenclature INAMI pour autant qu'elles soient effectuées dans un intervalle allant de 60 jours avant à 180 jours après l'hospitalisation.
- produits pharmaceutiques partiellement remboursés par l'INAMI et consommés durant les 180 jours après la période d'hospitalisation.

15.2.3. Plafonds sur 15.2.1. et 15.2.2. :

Chambre : 125,00 EUR par jour

Honoraires : triple de l'intervention légale

15.3. Couverture en cas d'opération sans hospitalisation

Couverture des frais suivants dans le cadre d'une opération reconnue par l'INAMI :

- Toutes les prestations reprises dans la nomenclature INAMI, effectuées dans un intervalle allant de 60 jours avant à 180 jours après l'intervention chirurgicale sont couvertes à 100 % mais limitées au triple de l'intervention légale.
- Le jour de l'opération : à l'exclusion des frais de transport du patient, tous les frais médicaux non reconnus par l'INAMI et n'étant pas de convenance personnelle sont couverts.
- Les frais de produits pharmaceutiques partiellement remboursés par l'INAMI et consommés durant les 180 jours après l'opération sont couverts à 100 % du solde.

Les frais dans le cadre d'une opération non reconnue par l'INAMI sont exclus de couverture.

15.4. Couverture à 100 % mais limitée au double de l'intervention légale

15.4.1. Appareils auditifs :

Tous les appareils reconnus par l'INAMI sont couverts à 100 % mais limités au double de l'intervention légale.

15.4.2. Prothèses :

A part les prothèses dentaires (voir art. 15.5.2), les prothèses reconnues par l'INAMI sont couvertes à 100 % mais limitées au double de l'intervention légale (ex : chaussures, semelles, voiturettes, pompes à insuline, etc....).

15.4.3. Orthodontie :

Toutes les prestations et appareils en rapport ou assimilés avec les codes 305594 à 305900 de la nomenclature INAMI sont couvertes à 100 % mais limitées au double de l'intervention légale.

15.5. Couvertures spécifiques

15.5.1. Verres et lentilles ayant une dioptrie d'au moins 0,25 :

L'intervention est limitée à 50 % du coût mais plafonnée à 175,00 EUR (un achat pour les verres mais plusieurs pour les lentilles) par assuré et par année civile.

15.5.2 Prothèses dentaires :

L'intervention est limitée à 30 % du solde mais plafonnée à 2.000 EUR par année calendrier pour les prothèses dentaires, les implants dentaires et les réparations de prothèses dentaires.

Une prothèse dentaire est soit un pivot, soit une couronne, soit une prothèse amovible ou fixe de 1 à 14 dents.

La prothèse dentaire ainsi que les implants dentaires y afférents sont considérés comme une seule prestation, et la date du placement de la prothèse vaut comme date de prestation pour ces deux frais.

Limites :

- maximum 28 dents par an,
- il doit y avoir au minimum une période de 6 mois entre 2 prothèses remboursables.
- Il n'y a pas de couverture pour les prothèses dentaires provisoires.

15.5.3. Kinésithérapie, Chiropraxie, Ostéopathie :

- Maximum 20 séances globalement pour les interventions de chiropraxie, d'ostéopathie ou de kinésithérapie reconnues par l'INAMI, par assuré et par année civile, plafonnées à 13,00 EUR par séance.
- Pour le traitement rhumatismal : Maximum 50 séances globalement (y compris les 20 séances précitées) pour les interventions de chiropraxie, d'ostéopathie ou de kinésithérapie reconnues par l'INAMI, par assuré et par année civile, plafonnées à 13,00 EUR par séance.

15.5.4. Imagerie médicale sans hospitalisation :

Les frais pour de l'imagerie médicale reconnue par l'INAMI (radiographies, tomographies, endoscopies, scanners, échographies, ...) sont couverts à concurrence de 100 % du solde mais plafonnés à 100,00 EUR par assuré et par année civile.

15.5.5. Logopédie :

Les frais reconnus par l'INAMI, avec l'accord du médecin-conseil de la mutuelle, en matière de logopédie sont couverts à concurrence de 100 % du solde et plafonnés à 100,00 EUR par assuré et par année civile.

15.5.6. Produits pharmaceutiques et matériel :

- Les frais pour les produits pharmaceutiques et le matériel, délivrés par un pharmacien sur prescription médicale, ainsi que l'acupuncture effectuée par un médecin, pour le traitement d'affections cardio-vasculaires, de la mucoviscidose, de l'asthme, d'un fibrome, de la prostatite, de calculs rénaux et d'un ulcère du système digestif appuyé d'un examen documenté, du rhumatisme, de la fibromyalgie, de l'arthrite, de l'hypothyroïdie, de l'hyperthyroïdie, du syndrome de Horton, de l'ostéoporose, de la maladie d'Alzheimer (attestée par un médecin spécialiste), du syndrome de fatigue chronique (attesté par un médecin spécialiste), de la cardiomyopathie, de l'ADHD, du psoriasis avec un PASI ≥ 10 , de la polyneuropathie, du déficit en ornithine carbamyl transférase n° 67 (ou OCTD), du syndrome auto immunitaire lymphoprolifératif (ou ALPS), du syndrome de stress post traumatique et de la maladie de Menière sont couverts à concurrence de 100 % du solde et plafonnés à 100,00 EUR par assuré et par année civile.
- Les frais de matériel délivré par un pharmacien ou par un autre organisme spécialisé, sur prescription médicale, pour les diabètes sont couverts également à concurrence de 100 % du solde plafonnés à 100,00 EUR par assuré et par année civile.
- Les frais pour les produits pharmaceutiques et le matériel, délivrés par un pharmacien sur prescription médicale, ainsi que l'acupuncture effectuée par un médecin dans le cadre d'un handicap de plus de 66 %, attesté comme tel par l'Administration de l'Intégration Sociale, sont couverts à concurrence de 100 % du solde et plafonnés à 100,00 EUR par assuré et par année civile.

15.5.7. Soins à domicile :

Dans le cadre d'un accouchement à domicile ou polyclinique, les frais sont couverts selon les règles existantes en matière d'hospitalisation.

15.5.8. Prestations non reconnues par l'INAMI :

- 15.5.8.1. L'intervention est limitée à un montant forfaitaire de 1.000,00 EUR pour la procréation médicalement assistée (PMA) par couple. Le cas échéant, un délai d'un an sera observé entre 2 prestations remboursables.
- 15.5.8.2. L'intervention est limitée à un montant forfaitaire de 400,00 EUR par œil et par assuré pour une opération ayant comme but de corriger la puissance du dioptre cornéen en incisant la cornée (ex. : la kératotomie, opération lasik, opération excimer,...). Le cas échéant, un délai d'un an sera observé entre 2 prestations remboursables pour le même œil.

15.5.9. Hospitalisation de jour pour une fracture

Toutes les prestations reprises dans la nomenclature INAMI et les produits pharmaceutiques sont couverts à 100 % du solde pour autant qu'ils soient effectués et délivrés en milieu hospitalier durant l'intervalle entre le placement et l'enlèvement du produit d'immobilisation par un médecin.

Pour les fractures nécessitant une opération ou une hospitalisation d'au moins un jour et une nuit, les articles 15.2 et 15.3 restent d'application.

15.5.10. Couverture des frais médicaux en cas de décès

Couverture à 100 % du solde de toutes les prestations reprises dans la nomenclature INAMI, des produits pharmaceutiques et du transport en ambulance en cas de décès du patient avant l'intervention chirurgicale ou avant d'avoir séjourné au moins un jour et une nuit à l'hôpital.

15.5.11. Couverture des prestations ambulatoires, effectuées sous anesthésie

A l'exclusion des prestations reprises dans les articles 15.1 à 15.5.10 et 16.1 à 16.3, couverture à 100 % du solde de toutes les prestations ambulatoires reprises dans la nomenclature INAMI pour autant qu'elles soient effectuées par un médecin et dans un hôpital. Toutes prestations effectuées avant et après sont exclues.

ARTICLE 16 COUVERTURE À L'ÉTRANGER

- 16.1.** Hospitalisation :
Les frais exposés à l'étranger font l'objet d'une couverture forfaitaire de 150,00 EUR par jour pendant maximum 10 jours d'hospitalisation.
- 16.2.** Verres et lentilles ayant une dioptrie d'au moins 0,25 :
L'intervention est limitée à 50 % du coût mais plafonnée à 175,00 EUR (un achat pour les verres mais plusieurs pour les lentilles) par assuré et par année civile.
Cette intervention ne se cumule pas avec celle prévue à l'article 15.5.1.
- 16.3.** Frontaliers :
Les demandes d'intervention afférentes aux frontaliers tels que définis au point 1.9. tiennent compte des remboursements réellement obtenus par le système de sécurité sociale auquel l'assuré a adhéré et, pour le calcul des limites d'intervention prévues par le présent contrat basées sur une intervention légale, sur les montants octroyés en la matière par la sécurité sociale belge, ou, dans l'hypothèse où l'assuré ne peut prétendre à l'intervention de celle-ci, aux montants qu'elle aurait octroyé dans l'hypothèse où elle serait intervenue.

ARTICLE 17 CONDITIONS SPÉCIALES

- 17.1.** Plafonds :
- Maladies graves: plafond général de 20.000,00 EUR par assuré et par année civile pour la totalité des frais liés à la même maladie.
 - Opérations cardiaques et/ou artérielles et pontages avec une clé de valeur INAMI à partir de N1500 : plafond général de 15.000 EUR par assuré et par année* pour la totalité des frais liés à une même opération.
 - Tous les autres frais (accident, maladie, accouchement, prestations ambulatoires, ...) : plafond général de 10.000,00 EUR par assuré et par année* pour la totalité des frais liés à un même accident/maladie/accouchement.
- * Par « année » (voir b et c), on entend l'intervalle d'un an qui s'écoule à partir de la date de la première prestation ou des premiers frais remboursés par MedExel suite au même accident/maladie/accouchement/raison.
- 17.2.** Couverture alternative :
Les garanties octroyées dans le cadre de la couverture alternative diffèrent par le fait que :
- Ne sont en aucun cas couverts les suppléments de frais de séjour et d'honoraires de médecin en cas d'hospitalisation en chambre particulière pour convenance personnelle ;
 - Est applicable une franchise de 100 EUR par an par assuré pour l'ensemble des frais dont question aux articles 15.3., 15.4., 15.5. et 16.2.

Chapitre IV Exclusions générales

ARTICLE 18

Ne sont pas couverts les frais d'hospitalisation et de soins afférents à une maladie ou à un accident :

- résultant de faits de guerre ;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique ou idéologique, sauf la preuve à apporter par l'assuré qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
- résultant de la pratique d'un sport rémunéré et dont les entrées sont payantes, sous quelle que forme que ce soit, y compris l'entraînement ;
- résultant d'ivresse, d'alcoolisme ou toxicomanie ;
- survenant lorsque l'assuré se trouve sous l'influence de stupéfiants, d'hallucinogènes ou autres drogues ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou à un délit ;
- résultant d'actes téméraires, de paris ou défis ;
- résultant d'une tentative de suicide, de mutilations volontaires, du fait intentionnel de l'assuré ou de l'aggravation du risque par la faute de l'assuré ;
- résultant de l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou de procédés d'accélération artificielle de particules atomiques ;
- résultant de traitement et d'opération esthétique ou de rajeunissement sauf ceux donnant lieu à un remboursement de la mutuelle ;
- résultant d'une affection ou d'une invalidité non contrôlable par examen médical ou liée à une affection nerveuse ou mentale ne présentant pas de symptômes objectifs, sauf si leur réalité est manifeste et reconnue à la fois par le médecin traitant et le médecin conseil de la mutuelle.

Chapitre V Marche à suivre pour une action en paiement

ARTICLE 19

Procédure d'introduction :

Maladie grave :

Afin de solliciter l'ouverture d'un dossier relatif à des frais en lien direct avec le traitement d'une des maladies graves dont question à l'article 1.10., MedExel doit disposer d'un rapport médical établi par un médecin spécialiste précisant la nature de l'affection.

AssurCard :

MedExel met à disposition des assurés une AssurCard. Ce système est basé sur une carte électronique, avec laquelle lors d'une hospitalisation en Belgique :

- Une admission sans paiement d'acompte est possible.
- L'assuré peut bénéficier d'un service tiers payant. La facture est envoyée directement à MedExel, qui paiera les frais à l'hôpital.

L'utilisation de la Carte AssurCard par l'assuré implique son accord sur le système du tiers payant. Par ce système MedExel se substitue au patient en tant que débiteur de la facture d'hospitalisation. Concrètement cela signifie que la facture sera envoyée directement à MedExel. MedExel avancera l'entièreté du montant facturé, y compris les frais qui ne sont pas couverts par le contrat d'assurance. Les frais non couverts seront réclamés à l'assuré et devront être payés/ remboursés par lui.

ARTICLE 20

Documents à fournir :

MedExel a toujours le droit d'exiger une attestation médicale afin de vérifier la recevabilité de la demande.

20.1. Pour toute demande d'intervention, il y a lieu de produire les justificatifs repris ci-après, de préférence sous forme de photocopies. Pour le bon fonctionnement du service MedExel, les pièces transmises, ni des copies, ne seront en aucun cas réexpédiées aux assurés. D'autre part, les documents transmis sont la propriété de MedExel.

20.1.1. Les notes d'honoraires du prestataire reprenant son nom et son n° identification INAMI, ainsi que le nom du patient, les dates et les numéros de code INAMI des prestations et le montant des honoraires réclamés.

20.1.2. Les attestations détaillées de remboursement de la mutuelle ou le détail des remboursements, dans la mesure où ceux-ci sont effectués par d'autres organismes ou des tiers.

20.2. Pour toutes les demandes de remboursement, il y a lieu de compléter un document spécial.

ARTICLE 21

MedExel ne pourra en aucun cas être tenu responsable de la perte de documents originaux (factures, justificatifs, décomptes, etc.) dans l'éventualité où ces derniers sont joints au formulaire de demande d'intervention.

ARTICLE 22

Au cas où le solde final du dossier s'avère négatif, le titulaire s'engage à rembourser immédiatement MedExel des sommes dues et dès notification par ce dernier.

Sans suite donnée à cette notification, dans un délai de 30 jours, MedExel peut suspendre tous les remboursements, ainsi que le fonctionnement de l'AssurCard.

ARTICLE 23 PAIEMENT DES PRIMES

Chaque titulaire (et membres de sa famille assurés) doit payer une cotisation personnelle à MedExel

La prime est due à partir de la date d'affiliation. L'assuré principal paie sa prime plus celle de ses co-assurés.

L'assuré principal a le choix entre :

- Une prime annuelle à payer anticipativement au mois de janvier. La personne qui rejoint le plan en cours d'année paie dans le mois de son affiliation. L'assuré paie par virement bancaire.
- Une prime mensuelle. Ceci est uniquement possible si l'assuré paie par un mandat de domiciliation européenne Sepa.

Attention :

Le non-paiement d'une prime mensuelle réclamée par domiciliation bancaire entraîne une nouvelle demande le mois suivant sur base du cumul des deux primes mensuelles. En cas de non-paiement de ces deux primes mensuelles, une troisième demande sera effectuée le mois suivant sur base des trois primes mensuelles impayées.

Pendant toute la période de non-paiement des primes, le remboursement des frais survenus pendant cette période est suspendu. Le paiement des primes dues intervenant pendant la période de suspension met fin à celle-ci.

Le non-paiement de la mise en demeure envoyée par lettre recommandée après les trois demandes de domiciliation impayées entraîne la perte de la qualité d'assuré pour tous les assurés concernés. L'assuré principal est averti par lettre de la perte de la qualité d'assuré, du droit de bénéficiaire du tiers payant et de l'annulation de (ou des) carte(s) AssurCard.

En cas de non-paiement d'une prime annuelle, le gestionnaire adresse à l'assuré principal un rappel, le mois qui suit l'avis d'échéance. Un second rappel et un troisième rappel seront adressés à l'assuré les mois suivants. Les conséquences du non-paiement d'une prime annuelle sont identiques à celles décrites pour le non-paiement d'une prime mensuelle

La garantie reprend ses effets le lendemain du paiement intégral des primes.

Pendant la période de suspension, le gestionnaire prévient l'entreprise d'assurances du défaut de paiement du preneur d'assurance. L'entreprise d'assurances peut résilier le contrat d'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.

La résiliation prendra effet seize jours après une lettre recommandée envoyée par l'entreprise d'assurances, à moins que les primes aient été payées entre-temps.

Chapitre VI Conditions particulières

ARTICLE 24

Tous les cas d'exception, nés ou à naître, sont uniques et ne peuvent en aucun cas constituer un précédent de quel qu'ordre ou de nature que ce soit.

ARTICLE 25

En cas de doute à propos de la recevabilité de certains frais exposés, il convient d'introduire le dossier dans les délais impartis auprès MedExel qui, pour sa part, jugera sur base des éléments fournis si ces frais répondent aux garanties prévues.

ARTICLE 26

En s'affiliant, le titulaire et ses bénéficiaires acceptent de se conformer aux conditions générales, spéciales et particulières.

ARTICLE 27

Les conditions générales, spéciales et particulières sortent leurs effets à partir du 01.04.2015.

COORDONNÉES DE CONTACT DE MEDEXEL

Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles

Tel : 02/44 44 907

E-mail : ing@medexel.be



Toute plainte relative au contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre peut être adressée à :

Ethias « Service 1035 »

Rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE - Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be

Service ombudsman assurances

Square de Meeûs 35 - 1000 BRUXELLES - Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice. La loi belge est applicable au contrat d'assurance.