

Assurance hospitalisation

Document d'information sur le produit d'assurance / Février 2021

Compagnie : Société Mutualiste d'Assurances du Brabant (SMAB) agréée par l'Office de contrôle des mutualités sous le n° 350/03 pouvant organiser des assurances de la branche 2 (maladie) et de la branche 18 (assistance) / B.C.E. 0838.221.243.
Siège central : Rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles.



SOCIÉTÉ MUTUALISTE
D'ASSURANCES
DU BRABANT - SMAB

Hospimut

Ce document n'a qu'une valeur informative. Toutes les informations contractuelles ou précontractuelles sont fournies avec les conditions générales.

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

L'assurance Hospimut est une assurance individuelle à caractère indemnitaire destinée à rembourser tout ou partie des frais restant à charge en cas d'hospitalisation en raison d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement. L'assurance intervient en complément de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI) et s'adresse aux personnes qui bénéficient de celle-ci.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Durant l'hospitalisation :

- ✓ Frais de séjour : remboursement de la quote-part à charge du patient et intervention dans les suppléments à concurrence de 25 EUR par jour.
- ✓ Médicaments : remboursement de la quote-part à charge du patient pour les médicaments avec intervention de l'assurance soins de santé et indemnités, et du prix facturé pour les médicaments de catégorie D.
- ✓ Produits de parapharmacie et autres délivrances sans intervention de l'ASSI (ex.: bas de contention, thermomètre, etc.) : remboursement à concurrence de 100 EUR par hospitalisation.
- ✓ Honoraires des prestataires : remboursement de la quote-part à charge du patient et intervention dans les suppléments à concurrence de 100 % de l'intervention de l'ASSI.
- ✓ Implants et prothèses (sauf implants et prothèses dentaires) et matériel de viscérosynthèse et d'endoscopie, avec ou sans intervention de l'ASSI : remboursement à concurrence de 2.650 EUR par hospitalisation.

Libre choix de l'hôpital, de la chambre et du médecin, en Belgique.
Intervention maximale de 16.500 EUR par assuré, par an et par hospitalisation.
Franchise annuelle de 75 EUR en cas d'hospitalisation en chambre individuelle.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ⊗ Les soins ambulatoires (prodigés en dehors d'une hospitalisation facturée comme telle).
- ⊗ L'admission en service d'urgences (sauf lorsqu'elle est suivie immédiatement d'une hospitalisation) ou en salle de plâtre.
- ⊗ Les hospitalisations de jour ayant pour seul objet la dialyse.
- ⊗ Les séjours en maisons de repos, en centre ou en service de réhabilitation, en établissement médico-pédagogiques ou en établissement destiné exclusivement à l'hébergement des personnes âgées ou des enfants.
- ⊗ Les séjours en services psychiatriques autres que les services 340, 370 et 410, et les séjours dépassant 30 jours par an dans ces services 340, 370 ou 410.

Y a-t-il des exclusions à cette couverture ?

L'assurance ne rembourse pas :

- ! Les hospitalisations qui débutent avant la prise de cours du contrat ou durant la période de stage de 6 mois (sauf en cas d'accident).
- ! Les suppléments de frais de séjour et d'honoraires liés au choix d'une chambre individuelle, dans les cas suivants :
 - hospitalisation au cours des 3 premières années du contrat, liée à une affection, blessure ou infirmité qui existait avant le début du contrat ;
 - hospitalisation au cours des 9 premiers mois du contrat, liée à une grossesse ;
 - hospitalisation dans un service 300 (gériatrie), 340 (neuropsychiatrie infantile), 370 (neuropsychiatrie), 410 (psychiatrie), 610, 620, 630, 640, 650 ou 660 (Spécialisme).
- ! Les frais divers (frais de confort, séjour accompagnant, etc.).
- ! Sauf mention contraire, les frais sans intervention de l'ASSI.
- ! Les soins et traitements esthétiques, sauf ceux consécutifs à un accident postérieur à la prise d'effet de la garantie et ceux qui font l'objet d'une intervention de l'ASSI.
- ! Les soins dentaires de toute nature, sauf en cas d'accident et pour l'extraction d'une dent de sagesse sous anesthésie générale.
- ! Les hospitalisations consécutives à des accidents ou maladies résultant d'ivresse, d'alcoolisme ou d'intoxication alcoolique ; d'une tentative de suicide ou d'un acte volontaire ; de l'usage de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ; de la pratique professionnelle de tout sport ; d'une faute grave de l'assuré ; d'un fait de guerre, de guerre civile ou de faits de même nature ; de réactions nucléaires ; de la participation volontaire à des actes de violence d'inspiration collective ; de la participation à un crime ou un délit.



Où suis-je couvert ?

En Belgique uniquement.



Quelles sont mes obligations ?

- > Être membre de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant (FMSB), être assujéti à l'Assurance obligatoire Soins de Santé et Indemnités (ASSI) et ne pas avoir perdu son droit aux avantages de l'assurance complémentaire de la FMSB.
- > Payer les primes d'assurance dans les délais communiqués par écrit.
- > Informer l'assureur en cas de changement d'adresse.
- > En cas de sinistre, introduire la demande d'intervention au moyen des formulaires et pièces justificatives prévues, dans un délai maximal de 3 ans à partir du jour de la prestation des soins.
- > Informer l'assureur de l'identité de toute autre compagnie d'assurance, statut ou autre, susceptible de prendre en charge partiellement ou totalement le sinistre.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La prime est payable en une fois par virement ou par domiciliation, ou trimestriellement par domiciliation uniquement. Les délais de paiement sont communiqués par courrier. Le premier paiement doit toujours être effectué par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Il prend cours le premier jour du mois qui suit la réception par la SMAB de la proposition d'assurance dûment complétée et signée, moyennant paiement de la première prime (annuelle ou trimestrielle) dans le délai communiqué par courrier. Il prend fin lorsque vous n'êtes plus affilié à la FMSB, lorsque que vous perdez votre droit aux avantages de l'assurance complémentaire de la FMSB en raison du non paiement de la cotisation, ou en cas de non paiement de la prime d'assurance.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat d'assurance à tout moment, par l'envoi d'un courrier recommandé ou par remise d'une lettre de résiliation contre récépissé ; la résiliation est effective à l'expiration d'un délai de préavis de 3 mois.