

**Important :** ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à cette assurance. 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 l'assurance choisie et vos obligations, veuillez consulter les communiqués précontractuelles et contractuelles relatives à cette assurance.

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

L'assurance « soins médicaux ambulatoires - continuation à titre individuel » garantit le remboursement des frais médicaux ambulatoires (encourus en dehors d'une hospitalisation) restant à charge des assurés après déduction des éventuelles interventions légales. Ce produit peut être souscrit par les personnes qui perdent le bénéfice d'une police d'assurance «soins médicaux ambulatoires» collective liée à l'activité professionnelle et qui étaient affiliées de manière ininterrompue à un contrat d'assurance « soins médicaux ambulatoires » durant les deux années qui ont précédé la perte du bénéfice de l'assurance collective. Sauf mention contraire, les montants assurés communiqués dans ce document, sont indexés (indice des prix à la consommation mars 2023).



### Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ Les frais médicaux ayant un caractère curatif et/ou diagnostique, médicalement nécessaires, prestés par des dispensateurs de soins reconnus et éprouvés à suffisance sur le plan thérapeutique. Peuvent notamment être couverts les frais :
  - d'actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation ;
  - d'actes paramédicaux prescrits par un médecin (soins infirmiers, kinésithérapie, physiothérapie, ...) ;
  - d'adjuvants médicaux et de dispositifs médicaux prescrits par un médecin (verres de lunettes, lentilles de contact, appareils auditifs, bandages pour hernies, semelles orthopédiques, attelles, béquilles, ...) ;
  - de prothèses médicales ;
  - de membres artificiels ;
  - de médicaments et de produits homéopathiques prescrits par un médecin ;
  - de soins dentaires ;
  - de soins parodontaux ;
  - de traitements orthodontiques ;
  - de prothèses dentaires ;
  - de montures de lunettes.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les prestations résultant d'un traitement esthétique, toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge.
- ✗ Les prestations résultant d'un traitement psychothérapeutique ou psychosomatique.
- ✗ Les prestations résultant d'accidents survenus à l'assuré en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale.
- ✗ Les prestations résultant de maladies dont la cause ou l'une des causes est l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.
- ✗ Les prestations résultant de tout sevrage, qu'il soit consécutif à la consommation d'alcool, de drogues, de stupéfiants ou de toute autre substance pour laquelle il y a accoutumance.
- ✗ Les prestations résultant de la stérilisation, de traitements contraceptifs.
- ✗ Les prestations résultant d'un sinistre causé intentionnellement par l'assuré.
- ✗ Les prestations résultant de la pratique d'un sport ou d'une activité dans un endroit non autorisé.



### Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! Limites d'intervention : Le plafond global d'intervention est fixé à € 1.449,74. Il est applicable par personne assurée et par année d'assurance.

Le remboursement des frais s'effectue à concurrence de 80 % des frais exposés sauf pour les prothèses dentaires et les montures de lunettes pour lesquelles le remboursement s'effectue à concurrence de 60 % des frais exposés.

En ce qui concerne les montures de lunettes, l'intervention d'Ethias est limitée à € 98,58 par monture. En outre, en cas d'achats successifs de montures de lunettes, l'intervention d'Ethias est subordonnée au fait qu'il se soit écoulé un délai minimum de 36 mois entre 2 achats.



### Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En Belgique.
- ✓ Dans les pays limitrophes.
- ✓ Dans tout autre pays lorsque l'assuré se trouve à l'étranger et que son état médical nécessite des soins médicaux urgents et imprévus.



### Quelles sont mes obligations ?

- **Déclaration**  
L'assuré doit, aussi rapidement que possible transmettre sa demande d'intervention à Ethias.  
Ethias pourra réclamer à l'assuré toute pièce qu'elle jugerait nécessaire.
- **Transmission des justificatifs de frais**  
Ethias met à disposition de l'assuré différents outils permettant de déclarer une demande d'intervention, transmettre des justificatifs de frais, consulter son dossier tels :
  - AssurPharma, système électronique facilitant le remboursement des frais pharmaceutiques en permettant la transmission des BVAC par voie électronique ;
  - Espace client Soins de santé, service en ligne permettant aux assurés de consulter leurs couvertures, de suivre leur dossier et sinistres, en toute confidentialité où et quand ils le veulent.



### Quand et comment effectuer les paiements ?

La prime est annuelle, payable anticipativement sur présentation de l'avis d'échéance et exigible au jour de l'échéance.



### Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'assurance prend cours à la date indiquée dans les conditions particulières du contrat.

Le contrat est conclu à vie.

Le preneur d'assurance peut renoncer à la continuation du contrat, par lettre recommandée, au moins trois mois avant la date d'échéance qui est fixée au 1<sup>er</sup> janvier.



### Comment puis-je résilier le contrat ?

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat d'assurance par envoi recommandé, par exploit d'huissier ou par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé. Le contrat peut être résilié au plus tard deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat.