

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 conditions précontractuelles et contractuelles relatives à cette assurance.

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

L'assurance « soins médicaux ambulatoires » garantit le remboursement des frais médicaux ambulatoires (encourus en dehors d'une hospitalisation) restant à charge des assurés après déduction des éventuelles interventions légales.



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ La population assurable est définie par le preneur sur la base de critères définis par Ethias.
- ✓ 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 (y compris les traitements de chirurgie oculaire réfractive, les traitements homéopathiques, d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropraxie ainsi que les traitements de procréation médicalement assistée) ;
 - d'actes paramédicaux prescrits par un médecin (soins infirmiers, kinésithérapie, physiothérapie, ...) ;
 - d'adjuvants médicaux et de dispositifs médicaux prescrits par un médecin (appareils auditifs, bandages pour hernies, semelles orthopédiques, attelles, béquilles, ...). Les apps agréées reprises sur mHealthBelgium sont assimilées à des dispositifs médicaux ;
 - de verres de lunettes ou de lentilles de contact prescrits par un médecin ophtalmologue ;
 - de prothèses médicales ;
 - de membres artificiels ;
 - de médicaments et de produits homéopathiques prescrits par un médecin ;
 - de soins dentaires ;
 - de soins parodontaux ;
 - de traitement orthodontiques ;
 - de prothèses dentaires ;
 - de montures de lunettes ;
 - de check up médical ou bilan de santé annuel réalisé à l'hôpital ou dans un centre spécialisé nonobstant son caractère préventif.

Les plafonds et limites d'intervention sont convenus avec le preneur d'assurance.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les prestations résultant d'un traitement esthétique.
- ✗ 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, de la participation de l'assuré à des crimes et délits ainsi qu'à des paris ou défis. Il est précisé que les prestations résultant d'une tentative de suicide demeurent couvertes.
- ✗ 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 ?

! Délais d'attente

- Assurés dont l'affiliation est automatique : aucun délai d'attente.
- Assurés dont l'affiliation est facultative et confirmée dans les deux mois suivant le moment à partir duquel s'ouvre le droit à l'affiliation :
 - un délai d'attente de 6 mois pour les lunettes et lentilles, les prothèses auditives, les soins parodontaux et dentaires, les prothèses dentaires, les bridges, les couronnes, les implants et les traitements orthodontiques ;
 - aucun délai d'attente pour les autres frais.

Pour les assurés dont l'affiliation est facultative et confirmée plus de deux mois après le moment à partir duquel s'ouvre le droit à l'affiliation, l'affiliation est effective le premier jour du treizième mois suivant le mois au cours duquel la demande d'affiliation est confirmée et les délais d'attente susmentionnés sont d'application.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ L'assurance est d'application dans le monde entier.

En ce qui concerne les frais médicaux exposés à l'étranger, il est précisé qu'Ethias intervient :

- lorsque l'assuré bénéficie à l'étranger de soins planifiés pour lesquels il a obtenu un accord préalable d'intervention de la mutuelle ;
- lorsque l'assuré se trouve à l'étranger et que son état médical nécessite des soins médicaux urgents et imprévus ;
- lorsque l'assuré bénéficie de soins médicaux dans le pays où il réside temporairement (étudiant, pensionné...).



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 payable annuellement par anticipation sur présentation de la facture ou de l'avis d'échéance. Une prime fractionnée est possible moyennant certaines conditions.

Les primes peuvent être facturées intégralement au preneur ou d'une manière ventilée convenue avec le preneur : entre le preneur et les assurés ou intégralement aux assurés.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent cours au lendemain du versement de la première prime, et au plus tôt à 00 heure de la date d'effet mentionnée aux conditions particulières et/ou spéciales.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an.

À chaque échéance annuelle de la prime, il est reconduit tacitement pour des périodes successives d'un an à moins qu'il ne soit résilié par le preneur d'assurance.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle du contrat.

La résiliation du contrat doit se faire par envoi recommandé, par exploit d'huissier ou par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

Les assurés facultatifs peuvent solliciter leur désaffiliation chaque mois, sans délai de préavis à respecter, moyennant une demande écrite en ce sens.