

Assurance frais ambulatoires Ambuflex Plus

document d'information sur le produit d'assurance

Justitia SA - BNB No. 878

Justitia

Le présent document d'information est exclusivement destiné à offrir un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à ce produit. Le présent document n'est pas adapté à vos besoins spécifiques et les informations qu'il contient ne sont pas exhaustives. Pour de plus amples informations à propos de ce produit, vos droits et obligations, veuillez consulter les conditions de police de ce contrat d'assurance maladie professionnelle « Soins ambulatoires » avant sa conclusion. Ces documents sont disponibles auprès de votre employeur ou de votre intermédiaire d'assurance Vanbreda Risk & Benefits SA. Ce produit appartient à la branche 2 « maladie » et est régi par le droit belge.

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

Contrat d'assurance maladie professionnelle « Soins ambulatoires » à caractère indemnitaire en complément à l'intervention de l'assurance maladie légale belge. Cette assurance s'adresse à tous les membres du personnel qui se voient offrir un package de rémunération flexible par leur employeur belge. Les membres du personnel sont soumis à et bénéficient des avantages de la sécurité sociale belge.



Qu'est-ce qui est assuré?

- ✓ Garantie de base « Soins ambulatoires »
 - Remboursement à 100% pour les prestations reconnues par l'INAMI et pour lesquelles l'assuré perçoit une intervention légale:
 - Honoraires de médecins, à l'exception des soins dentaires
 - Prestations médicales et paramédicales reprises sur la liste limitative suivante:
 - Imagerie médicale
 - Examens médicaux en laboratoire
 - Soins infirmiers
 - Kinésithérapie
 - Physiothérapie
 - Ergothérapie
 - Logopédie
 - Remboursement à 100% pour les médicaments enregistrés
- ✓ Extension « Optical & Dental »
 - Remboursement à 80% pour les prestations reconnues par l'INAMI:
 - Consultations, soins dentaires et traitements dentaires chez un dentiste
 - Orthodontie pour les assurés jusqu'à 25 ans inclus
 - Remboursement à 60% pour les prothèses dentaires:
 - Prothèses dentaires amovibles reconnues par l'INAMI
 - Prothèses dentaires fixes tels que implants, tenons, couronnes et bridges
 - Remboursement à 60% pour:
 - les verres de lunettes et les lentilles de contact correcteurs
 - les montures de lunettes



Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

- ✗ Soins (dentaires) ou traitements (dentaires) esthétiques
- ✗ Prestations non reconnues par l'INAMI, à l'exception des prothèses dentaires fixes
- ✗ Frais de réparation de prothèses dentaires amovibles et fixes
- ✗ Frais engendrés avant la date d'affiliation



Y a-t-il des limitations de couverture?

- ! Pour la garantie de base « Soins ambulatoires », les plafonds annuels s'appliquent en fonction de la composition familiale. Pour l'extension « Optical & Dental », les plafonds annuels s'appliquent par assuré. Ces plafonds sont indiqués dans la fiche tarifaire ou dans le système de rémunération flexible qui est mis à disposition par l'employeur.
- ! Les plafonds annuels pour l'extension « Optical & Dental » s'appliquent uniquement si les années d'affiliation se succèdent sans interruption. Chaque réaffiliation après une interruption est considérée comme une nouvelle affiliation, et le plafond annuel redémarre à la première année d'affiliation.
- ! Pour les prothèses dentaires, un remboursement maximum tous les 3 ans est compris pour la même dent.
- ! Pour les montures de lunettes, le remboursement s'élève à maximum 100,00 EUR par assuré par année d'assurance.



Où suis-je couvert?

- ✓ Les garanties décrites ne s'appliquent qu'aux frais effectués en Belgique.



Quelles sont mes obligations?

- Le membre du personnel peut choisir de souscrire uniquement à la garantie de base « Soins ambulatoires » ou de souscrire à la fois à la garantie de base « Soins ambulatoires » et à l'extension « Optical & Dental », et ce tant pour lui-même uniquement que pour lui et tous les membres de sa famille. Il est impossible de s'affilier uniquement à l'extension « Optical & Dental ».
- Le choix de l'affiliation doit être effectué chaque année.
- Pas de formalités médicales ou de délais d'attente **sont appliqués**.
- Pour l'introduction des frais médicaux, il convient d'utiliser les différentes applications numériques proposées par Vanbreda Risk & Benefits.
- L'assuré effectue toutes les démarches pour obtenir une intervention de sa mutualité.



Quand et comment payer?

- Les primes sont indiquées dans la fiche tarifaire ou dans le système de rémunération flexible qui est mis à disposition par l'employeur.
- Les primes sont valables pour une année d'assurance complète qui débute à l'échéance annuelle. Le membre du personnel paie les primes pour lui et les membres de sa famille. Ces primes sont retenues par l'employeur sur le salaire brut du membre du personnel.
- Les primes nettes et tous les plafonds sont indexés à la hausse à l'échéance annuelle sur la base de l'index santé.



Quand commence et se termine la couverture?

- L'affiliation pour les membres du personnel et les membres de leur famille est possible uniquement à l'échéance annuelle et pour une année d'assurance complète de 12 mois.
- Afin de déterminer le plafond annuel par famille dans le cadre de la garantie de base « Soins ambulatoires », la situation familiale à l'échéance annuelle est examinée. À ce moment, le plafond annuel est déterminé pour l'année d'assurance qui débute. Les modifications de la couverture en conséquence d'un changement dans la situation familiale ne sont possibles qu'à la première échéance qui suit.



Comment résilier mon contrat?

- L'affiliation des membres du personnel et des membres de leur famille est résiliée automatiquement à la première échéance annuelle qui suit, lorsque le membre du personnel décide de ne plus intégrer cette assurance dans son package de rémunération flexible.