



## BIENVENUE CHEZ DKV

Soyez les bienvenus chez DKV!

Avec presque 2 millions d'assurés **DKV** est le spécialiste belge en assurance maladie complémentaire.

En plus des assurances Hospitalisation, la DKV propose également d'autres assurances maladie supplémentaires tant pour les particuliers, indépendants, PME que pour les grandes entreprises.

- Frais ambulatoires (e.a. visites de médecin, médicaments, etc...)
- Plan dentaire
- Assurance dépendance
- Revenu garanti (uniquement pour les particuliers et les indépendants)

Les soins de santé sont de plus en plus chers et l'assurance maladie légale rembourse beaucoup moins. La DKV vous aide à limiter les frais lors d'un séjour à l'hôpital et d'autres prestations médicales.

Pour plus d'information concernant DKV, visitez le site: [www.dkv.be](http://www.dkv.be)

## AVANTAGES DE NOS CONDITIONS D'ADHESION

- Pas de questionnaire médical, pas de surprimes ni d'exclusion possibles
- Les maladies préexistantes sont couvertes
- Aucune période d'attente, même pas pour les accouchements.

## ASSURABILITÉ

L'affiliation est uniquement possible pour autant que chacune des personnes à affilier soit:

- Soumise à la sécurité sociale belge et en bénéficie
- A son domicile et sa résidence fixe en Belgique ou dans un pays limitrophe

La couverture n'est plus valable s'ils résident à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs.

## QUI EST ASSURABLE ?

### Assurés principaux:

- les membres du personnel militaire actif du département de la Défense;
- les membres du personnel civil du département de la Défense;
- les futurs pensionnés du département de la Défense pour autant qu'ils soient affiliés au présent contrat avant leur mise à la retraite;
- les membres du personnel pensionnés du département de la Défense pour autant qu'ils aient été pensionnés après le 01 juillet 2001 et affiliés au contrat souscrit entre le département de la Défense et ING Insurance le 01 juillet 2001, prolongé en date du 01 janvier 2005 et repris par la DKV Belgium SA le 01 avril 2008.

Les membres du personnel contractuel à durée déterminée peuvent s'affilier si la durée de leur contrat est de minimum 03 mois.

### Autres assurés:

- L'époux/épouse ou assimilé(e)
- Les enfants des personnes précitées

Entrent en ligne de compte:

- comme enfants : les enfants auxquels s'applique la législation relative aux allocations familiales ou les enfants à charge
- comme assimilé(e) : le partenaire cohabitant

En cas de décès de l'assuré principal, l'époux/l'épouse ou assimilé(e) et les enfants du décédé peuvent, pour autant qu'ils soient affiliés avant la date du décès, rester affiliés dans la police collective aussi longtemps qu'un remariage éventuel (ou une nouvelle cohabitation) n'a pas lieu et ceci au même tarif que les membres du personnel du département de la Défense.

## PLAN IS+ - LA DEFENSE /LANDSVERDEDIGING

Un enfant à naître du membre du personnel décédé peut être affilié dès sa naissance (naissance dans les 9 mois après le décès de l'assuré principale décédé).

### CONDITIONS D'AFFILIATION

L'affiliation est facultative pour tous les assurés affiliés dans le contrat groupe du département de la Défense affiliés en date du 31 décembre 2009.

Les membres du personnel actuel en service actif et/ou les membres de la famille pas encore affiliés au contrat groupe du département de la Défense au 01 janvier 2010, ont la possibilité de s'affilier sans délai d'attente de 13 mois s'ils s'affilient entre le 01 janvier 2010 et le 30 juin 2010. Ceci est également possible pour les membres du personnel et/ou membres de la famille qui ont été refusé auparavant. Toutefois, la garantie débute au 01 janvier 2010.

Les règles suivantes seront d'application après le 30 juin 2010 :

Les membres du personnel en service actif (et les membres de la famille éventuels) en service avant le 01 janvier 2010 qui n'étaient pas refusé auparavant :

- De moins de 32 ans en date du 31 décembre 2009 : peuvent s'affilier jusqu'à l'âge de 35 ans. Un délai d'attente de 13 mois est d'application.
- De 32 ans ou plus : peuvent s'affilier jusqu'au 31 décembre 2012. Un délai d'attente de 13 mois est d'application.

Les membres du personnel (et les membres de la famille éventuelles) en service après le 01 janvier 2010 peuvent s'affilier jusqu'à l'âge de 35 ans ou après 1 an de service s'ils sont 34 ans ou plus. Il n'y a pas de délai d'attente s'ils s'affilient endéans les 3 mois après la date d'entrée en service ou l'événement ouvrant le droit à l'affiliation. Une demande ultérieure est encore possible avec un délai d'attente de 13 mois.

Les membres du personnel assurés dans une police similaire jusqu'à la date d'affiliation au contrat groupe du département de la Défense ont la possibilité de demander l'affiliation A TOUT MOMENT à condition qu'il n'y ait pas de rupture entre les deux conventions et si le preneur d'assurance reçoit la demande d'affiliation endéans les trois mois qui suivent la fin du plan d'assurance précédent.

Chaque demande ultérieure se verra refusée.

### TERRITORIALITÉ – L'ÉTRANGER

La garantie hospitalisation IS+ est valable à l'étranger en cas d'une hospitalisation médicalement nécessaire relative à une maladie soudaine ou un accident, pour autant que la durée du séjour de la personne assurée à l'étranger ne dépasse pas les 3 mois et qu'il y ait intervention de l'assurance maladie légale belge.

En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, le taux de remboursement de DKV est réduit de 50 %.

Une hospitalisation et/ou un traitement prévu dans l'Union Européenne sera remboursé uniquement après l'accord préalable du médecin-conseil de DKV Belgium S.A. et après l'intervention de l'assurance maladie légale.

Consultez nos conditions DKV-Assistance avant votre départ à l'étranger. Vous les retrouverez sur notre site web [www.dkv.be](http://www.dkv.be).

### GARANTIES & CAPITAUX ASSURÉS

Risques assurés: maladie, accident et accouchement.

Principes généraux :

- ✓ Frais médicaux qui ont un caractère curatif, diagnostique ou palliatif
- ✓ Frais médicaux qui sont médicalement nécessaires (pas d'interventions esthétiques)
- ✓ Frais médicaux prestés par des dispensateurs de soins reconnus
- ✓ Frais médicaux qui sont éprouvés en suffisance sur le plan thérapeutique

### Frais d'hospitalisation

- ✓ Libre choix du centre hospitalier, du médecin et de la chambre (les frais de rooming-in du partenaire ne sont pas pris en charge par DKV).
- ✓ En cas de traitement dans un hôtel hospitalier ou dans un centre palliatif, assimilés à un centre hospitalier, il n'y a pas de couverture pendant la période pré- et post hospitalière.
- ✓ L'accouchement à domicile est assimilé à l'accouchement dans un centre hospitalier.

Sont remboursés de manière illimitées après l'intervention de la mutualité et si les frais étaient repris sur la facture d'hospitalisation:

- ✓ le séjour et le logement d'un des parents dans la même chambre que celui de l'enfant hospitalisé pour autant que ces frais soient portés en compte sur la facture et que le parent soit assuré d'après un même plan d'assurance. La présence du parent doit être considérée comme partie indispensable du traitement médical et l'enfant ne peut avoir atteint l'âge de 18 ans;
- ✓ l'hospitalisation du donneur avec un maximum de € 1.250,00 à l'occasion de la transplantation médicalement nécessaire d'un organe ou d'un tissu en faveur de la personne assurée et hospitalisée;
- ✓ les prestations médicales;
- ✓ les prestations paramédicales;
- ✓ les frais de pansements, le matériel médical et des produits pharmaceutiques, à l'exclusion de vitamines, de matières minérales et de suppléments alimentaires;
- ✓ les frais des adjuvants médicaux;
- ✓ la chirurgie;
- ✓ l'anesthésie;
- ✓ l'utilisation de la salle d'opération et d'accouchement;
- ✓ les prothèses médicales;
- ✓ les membres artificiels;
- ✓ le transport en ambulance routière en Belgique;
- ✓ en cas d'accident: le transport par hélicoptère en Belgique du lieu de l'accident au centre hospitalier pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'un autre moyen de transport ne puisse être utilisé;
- ✓ les frais mortuaires qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation;
- ✓ les soins post-natals dans les limites définies dans la convention conclue entre l'organisation de soins post-natals et l'assureur. Il s'agit des frais facturés par cette organisation pour les soins qui sont fournis à domicile par le prestataire de soins habilité à la mère, au nouveau-né et à la famille. Informez-vous à temps via le numéro général de DKV ou par mail (claims.grp@dkv.be)

### One-day-clinic

Si pour votre traitement minimum un séjour ou un forfait légal one-day-clinic est porté en compte par l'hôpital ou le centre hospitalier, alors votre admission rentre en compte pour le remboursement dans le plan IS+. Sur la facture d'hospitalisation sera mentionné un code spécifique.

La chambre de plâtre ou le traitement ambulatoire aux urgences ne seront pas pris en compte. Vous pouvez toujours vous informer au préalable auprès de l'hôpital.

### Medi-Card®

DKV Belgium S.A. vous offre la Medi-Card®. Cette petite carte permet à DKV Belgium S.A. de régler directement l'aspect financier du dossier avec l'hôpital; acomptes et factures exorbitantes appartiennent au passé et ce sur simple présentation de la Medi-Card® à l'accueil de l'hôpital !

A ce jour, environ 240 hôpitaux ont déjà adhéré à ce système fort pratique. Pour nous, votre santé est ce qui est de plus important.

La liste actualisée de tous les hôpitaux concernés est à toute heure disponible sur notre site web [www.dkv.be](http://www.dkv.be).

### Les soins ambulatoires pendant la période pré- et post hospitalière

Sont également couverts, les soins ambulatoires pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la cause du traitement en centre hospitalier et exposés pendant la période pré- et post hospitalière de 30 jours avant et de 90 jours après l'hospitalisation et à condition qu'ils soient prescrits par un médecin. Ces frais médicaux sont:

- ✓ les actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation chez un médecin;
- ✓ les traitements homéopathiques, d'acupuncture, ostéopathie et chiropraxie;
- ✓ les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie;
- ✓ les adjuvants médicaux
- ✓ les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, les béquilles,... ;
- ✓ les frais des prothèses médicales;
- ✓ les produits allopathiques, les pansements et le matériel médical.

Le remboursement s'élève après intervention de la mutualité, à 100 %. En cas de non-intervention de la mutualité, le remboursement sera limité à 50 %.

## PLAN IS+ - LA DEFENSE /LANDSVERDEDIGING

Est exclu: tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général (p.ex. shampoing, ...) et les frais d'entretien et de réparation des adjuvants médicaux.

### Les soins ambulatoires en cas d'une maladie grave

De plus, ce plan rembourse les frais ambulatoires suite à une des 27 maladies suivantes, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la maladie grave et qu'ils soient prescrits par un médecin.

Les 27 maladies graves:

*cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie de Pompe, maladie de Crohn, maladie d'Alzheimer, SIDA, diabète, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, encéphalite, tétanos, hépatite virale, malaria, typhus, fièvre typhoïde et paratyphoïde, diphtérie, choléra, charbon, mucoviscidose, dialyse rénale.*

Le remboursement s'élève après intervention de la mutualité, à 100 %. En cas de non-intervention de la mutualité, le remboursement sera limité à 50 %.

La première fois que vous introduisez des frais pour cette garantie, vous devez compléter un "questionnaire maladie grave" par votre médecin traitant. Vous recevrez ce questionnaire sur demande.

### DKV-assistance

Rapatriement (cf. DKV Assistance) – tél 24/7 sur le n° +32 2 230 31 32

Vérifiez nos conditions DKV-Assistance avant votre départ à l'étranger. Vous les retrouverez sur notre site web

[www.dkv.be](http://www.dkv.be).

## POURCENTAGES DE REMBOURSEMENT

Dès que l'assurance maladie légale intervient partiellement ou entièrement dans les frais de séjour (chambre) lors d'une hospitalisation, DKV rembourse après déduction de la franchise 100% de tout montant resté à charge du patient, même si certaines prestations médicales durant l'hospitalisation ne donnaient pas droit à une intervention légale pour autant que celles-ci soient facturées de manière correcte d'après les directives de l'INAMI, ainsi que le règlement de l'hôpital et pour autant que les prestations répondent aux principes généraux des conditions d'assurance.

Dans le cas où il n'y a aucune intervention légale dans les frais d'une hospitalisation, DKV réduit son intervention à 50%. En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale dans les frais ambulatoires pendant la période pré/post et en cas de maladie grave, le taux de remboursement est réduit de 50%.

## FRANCHISE

La franchise est le montant qui reste à votre charge. Elle s'élève à € 250,00 par personne assurée et par année d'assurance. La franchise est d'application par personne assurée et par année d'assurance. La franchise n'est pas d'application :

- pour les frais ambulatoires en cas de maladie grave (en dehors la période pré- et posthospitalière)
- si la personne assurée est hospitalisée dans une chambre à 2 lits ou dans une chambre commune et si le centre hospitalier ne facture pas des honoraires supplémentaires.

La franchise n'est qu'une seule fois appliquée par cas d'assurance qui s'étale de manière ininterrompue sur 2 années d'assurances consécutives.

L'année d'assurance de ce contrat débute chaque année le 1er janvier et se termine le 31 décembre.

## STAGES

Il n'y a pas de stage, à moins que vous vous trouviez dans la période d'attente à cause d'une affiliation tardive.

## EXCLUSIONS

La garantie d'assurance ne s'étend pas, à moins que leur couverture soit acceptée par l'assureur expressément et par écrit, aux cas d'assurance survenus à la suite :

- ✓ d'une tentative de suicide;
- ✓ d'une intoxication à la suite de drogues, une surdose ou un abus de médicaments (c.-à-d. la consommation de médicaments non-conforme à la prescription ou contraire aux dispositions reprises dans la notice explicative), une toxicomanie chronique ou non-accidentelle, une ivresse ;
- ✓ d'une vaccination légale, une stérilisation, une contraception, une procréation médicalement assistée, une intervention esthétique, une chirurgie réfractive ;
- ✓ de troubles fonctionnels, subjectifs ou psychiques dont, soit la cause et les symptômes ne peuvent pas être objectivés médicalement, soit le traitement ou la thérapie ne s'impose pas d'un point de vue exclusivement médical ;
- ✓ d'une cure (traitement, session, technique ou atelier) en vue d'améliorer le bien-être général, ainsi que le séjour dans un centre de bien-être, même si ce centre fait partie d'un centre hospitalier. Cette exclusion s'applique également si la cure ou le séjour dans le centre de bien-être a lieu sur prescription ;

## PLAN IS+ - LA DEFENSE /LANDSVERDEDIGING

- ✓ d'un traitement psychothérapeutique et psychosomatique. Dans le cas d'un traitement (stationnaire) psychothérapeutique et/ou psychosomatique dans un centre hospitalier, l'intervention est limitée à 120 jours par assuré et par année d'assurance.
- ✓ d'une maladie, des maladies concomitantes ou un accident découlant d'une guerre civile ou autre, d'émeutes, d'actes de violence collective, à caractère politique, idéologique ou social, s'il est établi que la personne assurée y a pris part collective ;
- ✓ d'un acte intentionnel de la personne assurée, à moins qu'elle ne prouve qu'il s'agisse d'un cas de légitime défense ou de sauvetage justifié de personnes ou de biens. Est considéré comme acte intentionnel : tout acte par lequel un assuré à l'intention de causer des dommages.
- ✓ des cas d'assurance en cours à la date de début de la garantie d'assurance en prenant en considération la date d'entrée en centre hospitalier (sauf en cas de reprise d'un contrat d'assurance groupe existant qui couvre un risque similaire ou identique) ;
- ✓ des traitements dentaires quelle qu'en soit la nature à l'exception de ceux dont la nécessité médicale suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident est établie;
- ✓ des prothèses dentaires et du matériel dentaire quelle qu'en soit la nature, à l'exception de ceux délivrés et placés pendant la période post hospitalière, dont la nécessité médicale (suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident pour lequel DKV Belgium est intervenu), est établie et dont le plan de traitement a préalablement été soumis à et approuvé par l'assureur ;
- ✓ à la chirurgie maxillo-faciale ayant pour but de placer des implants ou du matériel dentaire (y compris les sinus lift et/ou les substituts osseux ou les membranes).

### QUELQUES CONSEILS PRATIQUES CONCERNANT LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS MÉDICAUX

#### a. Frais hospitaliers

##### *Hospitalisation dans un des 240 hôpitaux acceptant la Medi-Card® DKV.*

Consultez la liste sur notre site web [www.dkv.be](http://www.dkv.be). Ainsi vous avez à toute heure la dernière version.

Présenter votre Médicard® DKV lors de votre enregistrement à l'hôpital. L'assuré n'a pas d'acompte ou de facture à payer à l'hôpital car les frais d'hospitalisation sont facturés directement par l'hôpital à la DKV.

##### *Hospitalisation dans un hôpital n'acceptant pas la Medi-Card® DKV ou en cas de non-utilisation de la Medi-Card®.*

- Informer DKV de votre hospitalisation en nous faisant parvenir la déclaration de sinistre (S28/1).

- Lors de votre sortie de l'hôpital vous recevrez la facture à la maison. Après paiement à l'hôpital vous faites parvenir l'original de votre facture d'hospitalisation à la DKV.

#### b. Frais ambulatoires: période pré & post et en cas de maladie grave

- Prendre copies de tout document relatif aux prestations médicales et aux frais facturés.
- Envoyer les originaux de ces documents à votre mutuelle.
- Envoyer à DKV les copies et le décompte de la mutuelle.

#### My DKV

Grâce au nouveau portail "MY DKV", vous pouvez introduire votre déclaration d'hospitalisation de façon électronique.

La digitalisation de la déclaration permettra de traiter les cas d'assurance plus rapidement, automatiquement et efficacement, mais fera également que vous vous sentez plus impliqué dans la gestion de votre propre dossier santé.

Ainsi, vous pouvez non seulement introduire votre déclaration d'hospitalisation, mais aussi les notes de frais, les décomptes de votre mutualité ou les frais médicaux via le module 'Déclarer vos frais'. Il suffit de les scanner et de les envoyer directement à DKV.

#### Assurpharma

Grâce à ce nouveau service chez les pharmaciens vous pourrez utiliser votre Medi-Card® pour transmettre par voie digitale et de manière sécurisée les attestations de votre pharmacien (modèle BVAC) à DKV pour obtenir un remboursement. Alors, vous ne devez plus envoyer vos attestations par la poste.

Fonctionnement ? Vous remettez votre Medi-Card® à votre pharmacien. Sur cette carte figure un code-barres. Pour utiliser correctement ce service, votre pharmacien devra scanner ce code. Ainsi, il pourra nous transmettre les attestations par voie digitale et de manière sécurisée.

#### DKV App: Un outil multifonction sur votre mobile.

Afin de vous faciliter la vie et d'obtenir en un clin d'œil toutes les infos dont vous avez besoin, DKV a développé une app.

Une multitude de fonctionnalités très pratiques pour nombreux avantages:

- ✓ Un remboursement plus rapide: scannez et envoyez directement vos frais médicaux à DKV.
- ✓ Votre Medi-Card® et celles de votre famille toujours avec vous.
- ✓ Déclaration rapide d'une hospitalisation.
- ✓ Numéros d'urgence, garde, hôpitaux en un seul clic.

## PLAN IS+ - LA DEFENSE /LANDSVERDEDIGING

### FIN DE LA COUVERTURE COLLECTIVE

La couverture collective – plan IS+ - expire pour les membres du personnel:

- ✓ En cas de fin du statut de travailleur
- ✓ Si les conditions d'assurabilité ne sont plus remplies
- ✓ En cas de résidence à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs (à partir du jour 1).

La couverture collective – plan IS+ - expire pour les membres de la famille:

- ✓ En cas de fin du statut de travailleur de l'assuré principal (= le membre du personnel)
- ✓ Pour les enfants: à partir du moment où ils ne sont plus fiscalement à charge
- ✓ Pour le partenaire: à partir du moment où il (elle) n'habite plus à l'adresse du membre du personnel
- ✓ En cas de résidence à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs (à partir du jour 1).

### PRINCIPE DE CONTINUATION

Si au moment de la perte du bénéfice de la présente garantie collective (comme p.ex. démission, (pré)pension, etc.), le travailleur a été affilié de manière ininterrompue durant 24 mois dans le présent contrat d'assurance ou d'autres contrats d'assurance maladies successifs, la poursuite en individuel à lieu sans devoir subir un examen médical et sans devoir subir un nouveau stage. Si l'ancienneté de 24 mois n'est pas acquise, l'assureur peut subordonner la souscription d'un plan individuel à des Conditions Particulières sur base de l'introduction d'une proposition d'assurance dûment complétée avec un questionnaire médical.

La demande de continuation doit être introduite par écrit ou par voie électronique auprès de l'assureur endéans les 105 jours. Si vous souhaitez une offre, vous pouvez introduire votre demande par [www.dkv.be](http://www.dkv.be).

### CHANGEMENT DANS LA POLICE OU INFORMATION :

Pour tout changement ou information concernant votre police, nous vous invitons à prendre contact avec la Cellule Hospitalisation de la Défense

Pour les membres du personnel militaire actif	: HOSP@MIL.BE
Pour les membres du personnel pré-pensionnés	: HOSP@CDSCA.BE (NL)
	: HOSP@OCASC.BE (FR)

#### MENTIONNER DANS TOUTE CORRESPONDANCE AVEC DKV

#### LE NUMÉRO DE POLICE OU LE NUMÉRO DE VOTRE MEDI-CARD® AINSI QUE VOTRE NOM ET PRÉNOM.

Des changements dans votre situation familiale doivent être communiqués à votre département RH.

Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter les conditions entières de la police au service RH de votre employeur

Si vous avez des questions sur une hospitalisation prévue ou en cours ou en rapport avec une maladie grave, vous pouvez alors les poser via l'adresse e-mail [claims.grpi@dkv.be](mailto:claims.grpi@dkv.be)

Nous sommes également disponibles par téléphone au numéro: 02/287 64 11.

**ALLEZ SUREMENT JETER UN Oeil À NOTRE SITE WEB MODERNISÉ**  
**ET DECOUVREZ CE QUE DKV PEUT ENCORE VOUS OFFRIR !**