Numéro de compte de l’assuré

Ophtalmologie extra-murale – modalités de remboursement des frais encourus au cabinet médical

Le remboursement des frais assurés à charge du patient se fait selon les conditions suivantes :

1. Les frais ambulatoires sont , à titre exceptionnel, remboursés selon les conditions générales, dans la mesure où ils sont justifiés médicalement et qu’il y ai une intervention légale de la sécurité sociale belge (mutualité).
2. Les frais restant à charge du patient sont remboursés à concurrence de maximum deux fois l’intervention légale par prestation.
3. Le montant spécifié au point deux est limité à 600 € par œil et par année accidentée.
4. Les frais médicaux dans la période pre-post sont compris.
5. La franchise prévue au contrat est ensuite déduite du montant calculé.

Les interventions chirurgicales sans intervention légale et/ou à des fins esthétiques ne sont pas remboursées.

Ophtalmologie extra-murale

1. Selon l’AR du 16.2.2009 (MB 16.03.2009), les prestations d’ophtalmologie peuvent être effectuées en dehors d’un hôpital de jour selon les conditions suivantes :
	1. Le cabinet médical doit satisfaire aux mêmes exigences qu’un hôpital de jour.
	2. Les interventions comprenant la lettre clef N et un coefficient >- 200 (auparavant exclusivement à l’hôpital) peuvent être effectuées dans un cabinet médical (avec une structure adaptée) et dans la mesure où l’anesthésie générale n’est pas appliquée.
2. En accord avec les médecins conseil d’Allianz, nous proposons, dans ce type de dossier de sinistre, les modalités d’acceptation suivantes :
	1. Il s’agit d’une exception aux condition générales ODC
	2. Les conditions suivantes doivent être remplies :
		1. Le centre doit être reconnu par l’INAMI ; le centre d’ophtalmologie certifie sur l’honneur que toutes les conditions stipulées ont été respectées pour effectuer de l’ophtalmologie. Il existe une liste de ces centres à l’INAMI.
		2. Le médecin déclare que l’intervention a lieu sous anesthésie locale.
		3. Nous garantissons toutes les maladies oculaires faisant suite à une maladie ou accident ; les interventions à des fins esthétiques ne sont donc pas garanties.
		4. Il doit y avoir un accord écrit de la part du patient.
		5. Nous déterminons le montant de notre intervention par prestation (2x INAMI) et par année accidentée (plafond par œil).
3. Procédure de remboursement.
	1. Ouvrir un dossier hospitalisation = ODC
	2. Remboursement maximum 2 x l’intervention légale par prestation
	3. Montant maximal de remboursement 600 € par sinistre pour 1 œil ou 1200 € par sinistre pour 2 yeux (plafond par année accidentée / année calendrier)
	4. Les frais pre- et post opératoires compris
	5. Calcul de l’exemption (par année calendrier ou par année accidentée selon les conditions du contrat).
4. Acceptation de l’exception sur base du document ci-joint.