

Que couvre l'assurance ?

Article B2117 - Intervention dans les frais

L'assureur peut accorder des interventions en matière de frais médicaux, pharmaceutiques, de kiné-physiothérapie et autres du même ordre. Toutefois, il intervient dans la différence entre le barème officiel des honoraires et prix, tel qu'il résulte de l'application de la nomenclature des prestations de santé en exécution de la législation relative à l'AMI d'une part et l'intervention de l'assureur légal (mutuelle) d'autre part et selon les modalités prévues ci-après.

Frais de kiné et physiothérapie

L'intervention dans les frais de kiné-physiothérapie n'est allouée que dans les limites suivantes:

- L'autorisation préalable de l'assureur est requise. L'intervention est allouée à partir de la date figurant sur l'attestation du médecin traitant. Elle ne peut toutefois débuter à une date antérieure à l'avant-veille de la date de réception de la demande d'autorisation. En revanche, en cas de fracture d'un membre ou ligamentoplastie, l'assureur intervient avec ou sans autorisation préalable.
- - Si l'inactivité sportive est inférieure à 15 jours, aucune intervention n'est allouée par l'assureur.

L'assureur ne rembourse qu'une séance de kiné-physiothérapie par jour.

L'assureur n'est en aucun cas tenu de se ranger à l'avis de la mutuelle pour la prise en charge d'un traitement. - L'intervention maximale en nombre de prestations est limitée à 60 séances par accident et par an, sauf accord du médecin désigné par l'assureur.

Frais de prothèse dentaire

Pour ces frais, l'assureur intervient à concurrence d'un maximum de 150,00 EUR par dent remplacée, avec un maximum de 600,00 EUR par accident. Toutefois, si les honoraires réclamés n'atteignent pas cette somme, l'intervention se limite au montant versé au prestataire des soins.

Frais de plâtre synthétique

Pour ces frais, l'assureur rembourse le montant qui, après intervention de l'organisme assureur, incombe au blessé. Cette intervention est toutefois limitée à trois fois le montant remboursé par l'AMI pour ce type de plâtre.

Frais de matériel implanté pendant une hospitalisation

Pour ces frais (frais de matériel d'ostéosynthèse, tissus d'origine humaine et autres), l'assureur intervient à concurrence de 90 % du montant qui, après intervention de l'organisme assureur, incombe au blessé. Pour ce faire, l'assureur peut requérir du blessé une attestation mentionnant l'intervention précise de sa mutuelle (assurance obligatoire et libre).

Frais d'hospitalisation

Pour ces frais (pharmaceutiques et autres), l'assureur intervient à concurrence de 50 % des frais afférents à l'hospitalisation qui restent à charge des patients, pour autant que lesdits frais ne soient pas directement ou indirectement de leur fait ou d'un choix qu'ils ont fait, d'une part, ou ne constituent pas un supplément aux honoraires d'un prestataire non conventionné, d'autre part.

Si le blessé est assujéti à l'AMI sans bénéficier des interventions de la mutuelle parce qu'il est en période de stage, l'assureur procède au paiement sur base du barème officiel des prestations de l'AMI ainsi que, le cas échéant, sur base d'éventuelles dispositions particulières prévues par le présent règlement.

Lorsque le blessé n'est pas en règle vis-à-vis de la législation en matière d'assurance-maladie-invalidité, le dossier n'est pas pris en considération.

Pièces justificatives

Article B2112

1. L'assureur se réserve le droit d'exiger la production de toute pièce justificative qui lui paraît nécessaire, tant en ce qui concerne la réalité du dommage invoqué que le fait dont il découle.
2. Les pièces requises pour la gestion du dossier des affiliés sont transmises au service « Accidents » par le correspondant qualifié du club.
3. En cas de décès, l'assureur se réserve le droit de subordonner son intervention à la pratique d'une autopsie.
4. A moins que la demande ne soit adressée par le club tendant à tenir le dossier ouvert, tous les documents et/ou demandes, qui parviennent au service « Accidents » plus de deux ans après la réception de la communication de l'accident, ne sont plus pris en considération. En revanche, un dossier peut toujours rester ouvert ou être rouvert mais uniquement dans les cas suivants:
 - accidents ayant entraîné des problèmes dentaires;
 - enlèvement du matériel de synthèse;
 - plainte en justice ou constitution en partie civile;
 - les cas graves sur base de pièces probantes.
5. Le dossier reste ouvert jusqu'à la consolidation des lésions uniquement pour ce qui concerne les cas d'invalidité permanente, et ce dans un délai de 3 ans à partir de la date de l'accident.