



Vous voulez aussi une assurance hospitalisation avantageuse ?

Dépliant informatif relatif à l'assurance hospitalisation collective du SPF

L'assurance hospitalisation

Saviez-vous déjà que votre employeur, l'Administration fédérale, proposait aux membres de son personnel de souscrire une assurance hospitalisation à des conditions avantageuses? Via une adjudication publique, l'Administration fédérale recherche pour vous la prime la plus intéressante. Lisez vite ceci jusqu'au bout et découvrez cette offre unique!

Pourquoi une assurance hospitalisation?

1 famille sur 3 est confrontée chaque année à une hospitalisation. La plus-value de cette assurance vous apparaîtra dans les moments de joie comme lors de la naissance d'un enfant mais davantage encore dans les périodes difficiles. Le coût d'une hospitalisation n'est pas négligeable!

Quelques exemples:

- Un accouchement normal coûte en moyenne € 500 dans une chambre double ou € 1100 dans une chambre particulière;
- La pose d'une prothèse du genou coûte € 1600 en chambre double ou € 3400 en chambre particulière.

Qui est assuré?

Tous les membres du personnel statutaire et contractuel peuvent s'affilier au plan souscrit chez AG Insurance. Les membres du personnel en pension (anticipée) peuvent rester affiliés à l'assurance collective hospitalisation.

Chaque membre du personnel peut en outre demander l'affiliation des membres de sa famille.

Y a-t-il des formalités médicales?

Tous les membres du personnel et leur famille peuvent s'affilier sans formalités médicales, sans délai d'attente et sans exclusion des affections préexistantes, pour autant qu'ils demandent l'affiliation dans les 3 mois suivant leur entrée en service, en renvoyant le formulaire d'affiliation au service du personnel ou au service social.

Si l'affiliation est demandée plus tard, il faudra remplir un questionnaire médical et l'affiliation dépendra de l'accepta-



tion médicale. Dans ce cas, l'affiliation au plan médical ne commence que 10 mois après l'acceptation médicale.

Quelles sont les garanties?

Vous avez le choix entre la formule de base et la formule étendue dans laquelle l'hospitalisation en chambre privée est également couverte.

La formule de base

La garantie hospitalisation

En cas d'hospitalisation médicalement nécessaire, les frais suivants sont remboursés:

- les frais de séjour dans une chambre double ou commune, y compris une hospitalisation de jour, sans application de franchise dans ces chambres;
- les frais de prestations médicales et paramédicales pour une chambre double et les chambres communes
- le séjour d'un des parents auprès de l'enfant hospitalisé, et ce à concurrence de € 25 par nuit;
- les frais de médicaments;
- les frais de matériel;
- les frais de soins palliatifs à l'hôpital;
- le test de mort subite du nourrisson;
- les frais de séjour du donneur ;
- les frais de l'accouchement à domicile, ou de l'accouchement polyclinique;
- les frais de transport jusqu'à € 125 par assuré et par an ;

- les internements psychiatriques pour une période interrompue ou non de 2 ans maximum.
- Les frais mortuaires si mentionnés sur la facture

Les garanties pré- et post-hospitalisation

Dans la période de deux mois précédant l'entrée à l'hôpital jusqu'à 4 mois après la fin de l'hospitalisation, les frais suivants sont remboursés:

- les frais pour prestations médicales et paramédicales;
- les frais de médicaments;
- les frais d'appareils orthopédiques et de prothèses;
- les frais de traitement dans un centre de revalidation;

La garantie maladies graves

Sont également remboursés, sans limite dans le temps et indépendamment d'une hospitalisation: les frais de soins ambulatoires en relation directe avec 32 maladies graves (y compris la location de matériel), dont : le cancer, la leucémie, la sclérose en plaques, le sida, le diabète, la maladie de Crohn, la mucoviscidose, la maladie d'Alzheimer, ...

La formule étendue

Les garanties sont les mêmes que les garanties de base décrites plus tôt, avec en complément :

- la garantie des suppléments de chambre et d'honoraires lors d'un séjour en chambre particulière pour raisons personnelle s;
- une franchise de € 125 par assuré et par année civile si, pour raisons personnelles, vous optez pour une chambre particulière. Si une hospitalisation se déroule à cheval sur deux années civiles, la franchise n'est prise en considération qu'une seule fois. La franchise ne s'applique pas aux frais médicaux ambulatoires en cas de maladie grave.

Le système tiers-payant Medi-Assistance

Medi-Assistance prévoit l'organisation du système tiers-payant (paiement direct de la facture d'hospitalisation à l'hôpital) pour les hospitalisations en Belgique.

Comment le remboursement est-il calculé?

- Les prestations donnant lieu à une intervention légale sont garanties jusqu'à 3 fois cette intervention.
- Les prestations ne donnant pas lieu à une intervention légale sont couvertes à concurrence de € 2500 par assuré et par an.

Que se passe-t-il si vous quittez votre employeur?

Après la cessation de l'affiliation, vous et/ou les membres de votre famille pouvez souscrire une assurance individuelle auprès d'AG Insurance, à condition d'avoir été affilié à une assurance hospitalisation de manière ininterrompue au cours des 2 dernières années. Dans ce cas, vous bénéficiez des avantages suivants:

- vous êtes affilié sans formalités médicales;
- il n'y a aucun délai d'attente pour votre affiliation;
- aucune restriction ou exclusion ne s'applique pour raisons médicales pour des problèmes de santé déjà connus au moment de votre affiliation.

Pour plus de détails

consultez l'intranet,
consultez le site d'AG Insurance
(<http://www.agemployeefbenefits.be>),
ou appelez le call center au 02/664 12 05.

Que faire en cas de sinistre?

Si vous prévoyez une hospitalisation, prenez contact avec le service center d'AG Insurance, via les données reprises sur votre carte, ou signalez le sinistre via le site web (www.Medi-Assistance.be). Le service center vous enverra une confirmation des garanties, de la prise en charge et de l'arrangement tiers-payant. Vous remettrez cette confirmation à l'accueil lors de votre hospitalisation. Grâce au système tiers-payant, la compagnie règle la facture directement avec l'hôpital et vous n'avez plus aucune formalité à accomplir. En cas d'hospitalisation urgente, la compagnie sera prévenue plus tard.

Le système tiers-payant ne s'applique pas aux frais pré- et post-hospitalisation et aux frais pour les maladies graves.

Pour en demander le remboursement :

1. Remplissez le document « demande de remboursement de frais médicaux ».
2. Renvoyez le document à AG Insurance avec les justificatifs (par ex. copie des relevés de remboursement de la mutuelle, une facture du physiothérapeute).

Ce dépliant n'est qu'un résumé du cahier de charge et ne sera pas opposable à AG Insurance s'il est contraire aux conditions particulières et générales du plan.

AG Insurance sa – RPM Bruxelles – TVA BE 0404.494.849
Bd. E. Jacquain 53, B-1000 Bruxelles

AG Employee Benefits : Bd. du Jardin Botanique 20, B-1000 Bruxelles
www.agemployeebenefits.be
Tél. +32(0)2 664 82 11 – Fax +32(0)2 664 83 09
Editeur Responsable : Karel Coudré