

# ASSURANCE HOSPITALISATION COLLECTIVE – SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX

## FORCMS-AV-046

### BROCHURE D'INFORMATION

#### 1. QUELS SONT LES AVANTAGES DE CETTE ASSURANCE ?

L'Administration fédérale a décidé de proposer aux ayants droit une nouvelle assurance hospitalisation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Ils auront le choix entre deux formules :

1. **La formule de base** couvre le remboursement des frais d'hôpital, des honoraires et des suppléments pour une hospitalisation en chambre commune ou maximum à deux lits, sans la moindre franchise, en ce compris les suppléments et honoraires facturés dans une chambre à deux lits..
2. **La formule étendue** offre les mêmes garanties que la formule de base et prévoit en outre le remboursement des suppléments facturés en chambre particulière. Dans cette formule étendue, une franchise de € 125 est applicable si on choisit une chambre particulière pour des raisons personnelles.

#### 2. QUI PEUT BÉNÉFICIER DE CETTE ASSURANCE ?

##### **Assurés principaux**

- les membres du personnel statutaires et contractuels (y compris les stagiaires) qui s'affilient à la police d'assurance avant l'âge de 65 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent cet âge) ;
- les membres du personnel détachés chez un des souscripteurs affiliés ;
- les membres du personnel statutaires (y compris les stagiaires), contractuels et détachés dont il est question ci-dessus qui travaillent et séjournent à l'étranger ;
- tous les membres du personnel pensionnés des souscripteurs affiliés qui ont adhéré au contrat-cadre dès le début, pour autant qu'ils bénéficient d'une assurance hospitalisation collective souscrite à l'initiative d'un souscripteur affilié mentionné dans le tableau 2 de la rubrique 4.3. Les souscripteurs repris dans le tableau 3 de la rubrique 4.3 du présent devis peuvent bénéficier de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés au plus tard le 31 décembre 2012.

Un contrat de travail en tant qu'étudiant jobiste ne donne pas droit à l'affiliation à cette convention.

##### **Coassurés**

- le conjoint ou partenaire assimilé de l'assuré principal, domicilié chez ce dernier, affilié à l'assurance avant l'âge de 65 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la limite d'âge est atteinte) ;
- le conjoint ou partenaire assimilé du membre du personnel pensionné des souscripteurs affiliés, domicilié chez l'assuré principal, pour autant qu'il ait été affilié au contrat avant l'âge de 65 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il atteint cette limite d'âge) ;

**Le présent document n'est qu'une synthèse sans valeur juridique contraignante**

## **ASSURANCE HOSPITALISATION COLLECTIVE – SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX**

### **FORCMS-AV-046**

- le conjoint ou partenaire assimilé du membre du personnel pensionné des souscripteurs affiliés, domicilié chez l'assuré principal, qui a adhéré au contrat-cadre dès le début, quel que soit son âge, pour autant qu'il bénéficie d'une assurance hospitalisation collective souscrite à l'initiative d'un souscripteur affilié mentionné dans le tableau 2 de la rubrique 4.3. Les souscripteurs repris dans le tableau 3 de la rubrique 4.3 du présent devis peuvent bénéficier de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés au plus tard le 31 décembre 2012;
- les enfants des personnes susmentionnées, auxquels la législation relative aux allocations familiales est d'application ou qui, s'ils ne bénéficient plus de ces allocations, restent fiscalement à charge de ces personnes ou sont domiciliés chez le titulaire ; les petits-enfants qui sont à charge des personnes susmentionnées ou qui, s'ils ne le sont plus, sont toujours domiciliés chez le titulaire (la personne qui donne droit à leur affiliation) ; les enfants placés sous la tutelle légale des personnes susmentionnées ;
- en cas de décès de l'assuré qui donne droit à l'affiliation, les coassurés comme le conjoint ou partenaire assimilé et les enfants et petits-enfants à charge, pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat tant que le conjoint ou partenaire assimilé coassuré survivant ne se remarie pas ou ne s'engage pas dans une relation assimilée.

### **3. DÉBUT ET FIN DE L'AFFILIATION**

L'affiliation à cette assurance est facultative. Les assurés principaux et les coassurés peuvent s'affilier à cette police d'assurance à l'aide d'un « **Formulaire d'affiliation** » à remettre complété et signé au service du personnel des Services publics fédéraux.

L'assurance prend cours le premier jour du mois qui suit la réception de ce formulaire par AG Insurance. La date d'envoi majorée de trois jours calendrier est considérée comme la date de réception.

Dans les trois mois qui suivent soit la date de début du contrat, soit la date de leur engagement en tant que membre du personnel statutaire ou contractuel auprès d'un Service public fédéral, les membres du personnel des Services publics fédéraux en activité doivent décider, pour eux-mêmes et pour les membres de leur famille, s'ils souhaitent s'affilier ou non à ce plan.

En cas de modification de la composition du ménage (mariage, naissance, partenaire de vie), l'assuré peut, dans les trois mois, demander l'affiliation de ces nouveaux membres de sa famille

Si l'assuré principal décède, la garantie peut être poursuivie pour les membres de sa famille déjà affiliés. Pour ce faire, une demande écrite doit être adressée à l'assureur dans les 3 mois qui suit l'échéance annuelle de la police. Si cette demande de continuation se fait dans le délai imparti, elle ne peut être refusée.

Une année d'assurance court toujours du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre. Les personnes qui s'affilient dans le courant de l'année d'assurance paient une prime au pro rata jusqu'au 31 décembre inclus de cette année.

Les assurés qui souhaitent mettre volontairement un terme à l'affiliation peuvent le faire à la demande de l'assuré principal, ou du souscripteur à l'aide d'une lettre recommandée envoyée à l'assureur au moins trois mois avant l'échéance annuelle du contrat.

En cas de cessation ou de rupture de la relation / du contrat de travail statutaire et si les membres de la famille ne répondent plus aux critères des assurés principaux ou des coassurés, l'affiliation continue à courir, quelle que soit la date de notification de la cessation – et la prime reste due – jusqu'au 31 décembre inclus de l'année d'assurance en cours, si l'assuré le souhaite. Toutefois, s'il veut clôturer son affiliation plus tôt, il doit adresser une lettre à l'assureur dans le mois qui suit les circonstances susmentionnées.

Moyennant certaines conditions et après la clôture de l'affiliation au contrat collectif, un affilié peut **souscrire une assurance soins de santé individuelle** chez AG Insurance si le membre du personnel a été affilié au minimum 2 ans à une convention collective soins de santé. La demande d'assurance individuelle doit être introduite dans les 30 jours qui suivent la fin de l'affiliation au contrat soins de santé.

### **Le présent document n'est qu'une synthèse sans valeur juridique contraignante**

## **ASSURANCE HOSPITALISATION COLLECTIVE – SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX**

### **FORCMS-AV-046**

#### **4. QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?**

##### **A. LA FORMULE DE BASE :**

AG Insurance rembourse les frais médicaux pour lesquels une intervention légale existe et dans certains cas, aussi ceux sans intervention légale pour autant qu'ils résultent :

- **d'une hospitalisation** (aussi l'hôpital de jour) dans une **chambre commune ou à deux lits**.
- (les coûts en dehors de l'hôpital, en lien direct avec l'hospitalisation, sont aussi remboursés pendant **2 mois avant et 4 mois après cette hospitalisation**) ;
- de soins ambulatoires des **maladies graves** suivantes : le cancer, la leucémie, la tuberculose, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de Parkinson, la diphtérie, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, la variole, la brucellose, le typhus exanthématique, la fièvre typhoïde et paratyphoïde, l'encéphalite, le charbon, le tétanos, le choléra, la maladie de Hodgkin, le SIDA, l'hépatite virale, la scarlatine, le diabète, les affections rénales qui requièrent une dialyse, la maladie de Crohn, la mucoviscidose, la maladie d'Alzheimer, la malaria, la maladie de Pompe, la maladie de Creutzfeldt- Jacob, la dystrophie musculaire progressive et la colite ulcéreuse;
- d'accouchements à domicile et en polyclinique et de soins post-natals. (L'intervention pour les soins post-natals est limitée à 5 jours calendrier).

Le remboursement d'AG Insurance est égal au solde des coûts remboursables qui sont à la charge de l'assuré, diminué :

- de l'intervention légale de la mutualité ;
- des autres interventions éventuelles.

##### **B. LA FORMULE ÉTENDUE**

AG Insurance rembourse les frais médicaux pour lesquels une intervention légale existe et, dans certains cas, aussi les frais médicaux sans intervention légale, pour autant que ces coûts résultent :

- **d'une hospitalisation** (aussi en hôpital de jour) en **chambre particulière**.
- (les coûts en dehors de l'hospitalisation mais en relation directe avec celle-ci sont aussi remboursés, **pendant 2 mois avant et 4 mois après cette hospitalisation**) ;
- des soins ambulatoires des **maladies graves** suivantes : le cancer, la leucémie, la tuberculose, la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de Parkinson, la diphtérie, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, la variole, la brucellose, le typhus exanthématique, la fièvre typhoïde et paratyphoïde, l'encéphalite, le charbon, le tétanos, le choléra, la maladie de Hodgkin, le SIDA, l'hépatite virale, la scarlatine, le diabète, les affections rénales qui requièrent une dialyse, la maladie de Crohn, la mucoviscidose, la maladie d'Alzheimer, la malaria, la maladie de Pompe, la maladie de Creutzfeldt- Jacob, la dystrophie musculaire progressive et la colite ulcéreuse;
- d'accouchements à domicile et en polyclinique et de soins post-natals. (L'intervention pour les soins post-natals est limitée à 5 jours calendrier).

**Le présent document n'est qu'une synthèse sans valeur juridique contraignante**

## **ASSURANCE HOSPITALISATION COLLECTIVE – SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX**

### **FORCMS-AV-046**

Le remboursement d'AG Insurance est égal au solde des coûts remboursables qui sont à la charge de l'assuré, diminué :

- de l'intervention légale de la mutualité ;
- des autres interventions éventuelles ;
- **d'une franchise de 125 EUR par année de sinistre** (si vous optez pour un séjour en chambre particulière pour raisons personnelles).

#### **IMPORTANT !! CHOIX DE LA FORMULE**

L'assuré principal (qui ouvre le droit à cette assurance), a le choix entre la formule de base et la formule étendue. Ce choix est définitif et doit être identique pour lui-même et les membres de sa famille.

#### **Exceptions**

- **Pendant la période du 01/01/2012 au 31/3/2012 inclus** uniquement, un passage exceptionnel d'une formule à l'autre est possible sans application des dispositions « Délai d'attente ».
- **Passage de la formule étendue à la formule de base** : possible pour tous les membres de la famille à l'échéance annuelle, moyennant l'introduction d'une demande explicite au moins trois mois avant cette échéance ;
- **Passage de la formule de base à la formule étendue** : **UNIQUEMENT** possible si AG Insurance marque son accord. Dans ce cas, les dispositions « délai d'attente » sont applicables et les affections préexistantes sont exclues.

#### **5. ÉTENDUE DU REMBOURSEMENT**

Tant pour la formule de base que pour l'étendue, l'intervention d'AG Insurance est limitée à :

- 3 fois l'intervention légale INAMI ;
- Concernant les coûts pour lesquels aucune intervention légale n'est octroyée, la garantie est valable à concurrence d'un montant de €2.500 par assuré et par année civile, étant entendu que :
  - le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant est limité à €25 par nuit ;
  - les frais de transport en cas de maladies graves sont limités à un plafond global de €125 par personne et par année civile ;
  - le remboursement des frais pour l'accouchement à domicile s'élève à un montant forfaitaire de €620,00 ;
  - l'ostéopathie et la chiropraxie, réalisée par un spécialiste agréé, sont également couvertes.
- un maximum de 24 mois, pendant une période ininterrompue ou non, pour les maladies mentales et nerveuses entraînant une hospitalisation ;

**Le présent document n'est qu'une synthèse sans valeur juridique contraignante**

## ASSURANCE HOSPITALISATION COLLECTIVE – SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX

### FORCMS-AV-046

#### 6. Y A-T-IL DES DÉLAIS D'ATTENTE OU DES FORMALITÉS MÉDICALES ?

**Pour chaque affiliation qui répond aux critères précités (cf. point 3), AUCUNE formalité médicale, délai d'attente ou exclusion des affections préexistantes ne seront appliqués.**

Toutefois, si l'affiliation ne répond **PAS** aux critères susmentionnés, les dispositions suivantes seront d'application :

- **Report de l'affiliation**

L'affiliation n'entre en vigueur que le premier du mois suit ou coïncide avec l'expiration d'une période de 10 mois à compter de la date à laquelle la demande a été introduite, et pour autant que la personne ait été médicalement acceptée. Dans la période entre la demande et l'affiliation effective, aucune prime n'est due.

- **Maladies ou affections existantes**

Les services du prestataire de services ne sont pas octroyés aux assurés si l'affection, la maladie ou l'invalidité pour laquelle l'intervention de l'assurance est demandée, ne pouvait être ignorée de l'assuré ou de son représentant légal à la date d'affiliation au contrat, même si aucun diagnostic clair ne pouvait être établi sur la base des premiers symptômes de l'affection.

Nonobstant ce qui précède, les cas suivants sont assurés :

a) l'affection, la maladie ou l'invalidité pour laquelle la victime est déjà couverte par une garantie similaire et pour autant que l'assurance n'ait pas été interrompue ;

b) l'aggravation de l'affection, de la maladie ou de l'invalidité, pour autant que l'assuré soit affilié à la police depuis plus d'un an et que pendant cette période, il n'ait pas subi de traitement médical résultant de l'affection, maladie ou invalidité déjà existante.

Sauf dans les cas précités où l'affiliation n'a pas été faite au moment où les conditions étaient remplies (affiliation tardive), aucune formalité médicale n'est applicable (questionnaire de santé ou examen médical).

#### 7. À COMBIEN S'ÉLÈVENT LES PRIMES ?

**L'employeur paie au minimum 75 % de la formule de base !**

	Formule de base (prime annuelle)	Formule étendue (prime annuelle)
<b>A. Les assurés principaux, sans distinction de catégorie d'âge</b>	80,72 EUR	184,36 EUR
<b>B. Les coassurés</b>		
-Enfants avec allocations familiales	28,25 EUR	64,53 EUR
-Enfants sans allocations familiales jusqu'à 24 ans inclus	28,25 EUR	64,53 EUR
-Coassurés (partenaires et pensionnés jusqu'à 64 ans inclus, enfants et petits-enfants à partir de 25 ans)	80,72 EUR	184,36 EUR
-Coassurés de 65 ans à 69 ans inclus	262,34 EUR	599,18 EUR
-Coassurés à partir de 70 ans	363,23 EUR	829,63 EUR

**\* La prime pour la formule étendue doit être payée si l'assuré souhaite également obtenir un remboursement des suppléments (d'honoraires) lorsqu'il demande à être hospitalisé en chambre particulière.**

**Le présent document n'est qu'une synthèse sans valeur juridique contraignante**

## **ASSURANCE HOSPITALISATION COLLECTIVE – SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX**

### **FORCMS-AV-046**

Les factures pour la partie personnelle des assurés principaux et la prime pour les coassurés sont directement réclamées par AG Insurance.

#### **REMARQUES**

- Les primes susmentionnées sont des primes brutes annuelles, taxes et charges comprises. Vous pouvez également opter pour un paiement trimestriel.
- La formule choisie doit être identique pour l'assuré principal et les coassurés.

#### **8. QU'EST-CE QUI EST EXCLU ?**

Sont exclues de l'assurance, les prestations résultant :

- a) d'un accident ou d'une maladie non contrôlable par examen médical ;
- b) de traitements esthétiques ou de cures de rajeunissement. Les coûts de chirurgie plastique réparatrice à la suite d'une maladie ou d'un accident couvert sont quant à eux pris en charge ;
- c) de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré :
  1. en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ces circonstances ou que l'assuré fournisse la preuve qu'il a consommé par ignorance des boissons alcoolisées ou des moyens stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers ;
  2. par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
- d) de la stérilisation et de la contraception, de l'insémination artificielle, de la conception in vitro et des cures thermales ;
- e) de faits de guerre lorsque l'assuré y est impliqué en tant que civil ou militaire, guerre civile ou émeute, sauf s'il n'y a pas participé activement ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- f) de la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, ainsi que de la pratique professionnelle d'un sport quelconque ;
- g) des conséquences d'un fait intentionnel de l'assuré, sauf si ce dernier apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; d'un crime ou d'un délit commis par l'assuré ; d'un acte téméraire, d'un pari ou d'un défi ;
- h) de l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
- i) de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- j) d'un accident, lorsque l'assuré fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol.

#### **9. LIMITES TERRITORIALES**

Cette assurance est valable dans le monde entier.

**Le présent document n'est qu'une synthèse sans valeur juridique contraignante**

## **ASSURANCE HOSPITALISATION COLLECTIVE – SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX**

### **FORCMS-AV-046**

#### **10. RÈGLEMENT DE SINISTRES**

Les assurés peuvent utiliser deux systèmes :

1. Le règlement de sinistres via Medi-Assistance (= système de tiers payant)

Chaque affilié à cette assurance collective soins de santé peut, en cas d'hospitalisation en Belgique, faire appel au système de tiers payant organisé par le « Service Center » Medi-Assistance. Le système de tiers payant en cas d'hospitalisation peut être demandé via le numéro mentionné sur la carte Medi-Assistance ou via le site web [www.medi-assistance.be](http://www.medi-assistance.be).

En outre, l'assuré peut se renseigner sur :

- les garanties de son contrat ;
- la prise en charge éventuelle par le gestionnaire ;
- le règlement éventuel via le système de tiers payant avec l'hôpital.

En tant qu'assuré et bénéficiaire de Medi-Assistance, l'affilié reçoit une carte Medi-Assistance. (*attention : pour les personnes qui disposent déjà d'une carte Medi-Assistance sur la base de l'assurance collective hospitalisation des services publics fédéraux (anno 2011) et qui sont toujours affiliés, la carte actuelle reste valable.*) Cette carte comprend beaucoup d'informations utiles, telles que le numéro de téléphone du Service Center que l'affilié peut appeler. Sur la base des données reprises sur sa carte, la personne de contact pourra lui donner toutes les informations concernant ses garanties (ou celles de la personne pour laquelle il appelle). Elle pourra également confirmer si le gestionnaire prend en charge les coûts d'hospitalisation et octroie le tiers payant. Le Service Center envoie une confirmation à l'affilié. L'hôpital reçoit aussi une copie de la lettre. Ainsi, le dossier administratif peut être créé.

A l'arrivée à l'hôpital, l'affilié remet la lettre de confirmation signée à l'accueil. L'hôpital envoie la facture à AG Insurance qui la paie ensuite directement.

Les coûts qui ne sont pas couverts par la convention (franchise, frais de confort comme le téléphone, les boissons...) restent à la charge de l'affilié. Si nécessaire, AG Insurance récupérera ces frais auprès de l'affilié après l'hospitalisation.

La procédure ne change pas en cas d'hospitalisation urgente. L'affilié lui-même, un proche ou un membre du personnel de l'hôpital prend contact avec le Service Center Medi-Assistance pendant le séjour à l'hôpital. Si les conditions sont remplies, le service Medi-Assistance envoie la lettre d'acceptation à l'hôpital par courriel ou par fax avec confirmation du remboursement et du tiers payant. Cela se fera le premier jour ouvrable qui suit la demande.

**Pour davantage d'informations, consultez le site internet [www.medi-assistance.be](http://www.medi-assistance.be).**

Si la procédure de tiers payant n'est pas d'application, ainsi que pour le remboursement de frais pour les soins médicaux ambulatoires en « pré- et post-hospitalisation » et « maladies graves », le règlement de sinistres se fait selon le système classique (cf. ci-dessous).

**Le présent document n'est qu'une synthèse sans valeur juridique contraignante**

**ASSURANCE HOSPITALISATION COLLECTIVE –  
SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX**

**FORCMS-AV-046**

2. Règlement de sinistres selon le système classique

En cas de sinistre, AG Insurance doit en être informée le plus rapidement possible à l'aide des formulaires prévus à cet effet (**déclaration de sinistre et demande de remboursement de frais médicaux**). L'assuré doit joindre à sa déclaration toute déclaration, tout document ou rapport utile attestant de l'existence et de la gravité de l'incident.

L'assuré envoie à AG Insurance toutes les pièces originales (factures d'hôpital, attestations de remboursement de la mutuelle, reçus du pharmacien, etc.).

Les documents mentionnés doivent être envoyés à :

**AG Insurance  
Département Health Care – Hospitalisation Service publics fédéraux  
Boulevard Emile Jacqmain 53  
1000 BRUXELLES**

AG Insurance peut réclamer tout document complémentaire qu'elle jugerait nécessaire.

Le remboursement se fait dans les 15 jours ouvrables après réception des notes de frais et autres documents susmentionnés nécessaires pour le calcul.

Les justificatifs doivent être en possession d'AG Insurance dans l'année, à compter de la prestation médicale. AG Insurance se réserve le droit de refuser la garantie ou de la limiter si le délai n'est pas respecté.

Le décompte du remboursement avec l'énumération des coûts remboursés et éventuellement refusés est transmis à l'assuré.

A tout moment, AG Insurance peut contrôler l'exactitude des déclarations et des réponses à ses demandes de renseignements.

**DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS RELATIFS À VOTRE AFFILIATION INDIVIDUELLE**

Pour davantage d'informations, vous pouvez vous adresser à la personne de contact de votre service social ou service du personnel.

Outre les personnes de contact susmentionnées, vous pouvez également vous adresser au Call Center « Services publics fédéraux » chez AG Insurance :

Tél.: **02-664 12 04 (pour les francophones)**

Fax: **02-664 75 20**

E-mail: [hospitalisationFED.employeebenefits@aginsurance.be](mailto:hospitalisationFED.employeebenefits@aginsurance.be)

Adresse : **AG Insurance, Département Health Care – Hospitalisation Services publics fédéraux, Boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 BRUXELLES**

**Le présent document n'est qu'une synthèse sans valeur juridique contraignante**