



Vous souhaitez aussi une assurance hospitalisation avantageuse ?

Dépliant informatif relatif à l'assurance hospitalisation liée à l'activité professionnelle du SPF [FORCMS-AV-100 2018-2023]



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! Les nouveaux membres du personnel ont la possibilité de s'affilier sans formalité médicale au cours des 3 mois qui suivent leur entrée en service.

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 250 € dans une chambre double ou 1800 € dans une chambre particulière;
- La pose d'une prothèse de la hanche coûte 800 € en chambre double ou 3800 € 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 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'acceptation 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 la formule étendue 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 entre autres 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 50 € 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 appropriés en cas d'hospitalisation ;
- 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 2 mois précédant l'entrée à l'hôpital jusqu'à 6 mois après la fin de l'hospitalisation, les frais suivants sont entre autres 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 rééducation.

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 33 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 personnelles;
- une franchise de 250 € 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.

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 3000 € 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.

Consultez le résumé du contrat sur Febweb ou appelez le call center d'AG Insurance au **02/664 12 05** pour plus de détails

Comment déclarer une hospitalisation ?

Informez AG Insurance

Via le website www.ag.be/hospi vous pouvez **très facilement soumettre une déclaration en ligne** afin d'activer le système de tiers payant Medi-Assistance. Si nécessaire, vous pouvez également déclarer votre hospitalisation par téléphone, en utilisant les numéros indiqués sur la carte.

AG Insurance vous informe

AG Insurance répondra rapidement à votre déclaration. Le dossier pourra alors être immédiatement accepté ou des informations supplémentaires seront demandées afin de compléter le dossier. Après acceptation de l'hospitalisation, AG Insurance vous envoie, ainsi qu'à l'hôpital, une confirmation des garanties, de l'acceptation et du système de tiers payant. Ce document mentionne par ailleurs **toutes les informations concernant votre dossier** et vous précise comment envoyer les autres frais liés à cette hospitalisation.

Vous êtes hospitalisé(e)

Le jour de l'hospitalisation, il vous suffit de vous rendre à l'hôpital. **Tous les aspects administratifs sont en ordre** et vous ne devez même pas présenter de carte. L'hôpital sait déjà qu'AG Insurance prendra en charge la facture et ne peut en aucun cas vous demander de verser une avance.

La facture est automatiquement payée après l'hospitalisation

Après l'hospitalisation, l'établissement envoie automatiquement la facture à AG Insurance, qui la **règle directement à l'hôpital**. Enfin, vous recevez une confirmation écrite de ce paiement.

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 :

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

Pour des informations complémentaires (ou pour transmettre des notes de frais en ligne), rendez vous directement sur notre site www.ag.be/hospi.

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.