

# Cahier spécial des charges

n° FORCMS-HOSPI-128

## Annexe B : Conditions et règles

(point 13.1. du cahier spécial des charges)

<b>1.</b>	<b>Assurance hospitalisation.....</b>	<b>4</b>
1.1.	Article 1 <sup>er</sup> : Définitions .....	4
1.1.1.	Prestataire de services .....	4
1.1.2.	Souscripteur .....	4
1.1.3.	Assurés - affiliés .....	4
1.1.4.	Maladie et accident.....	6
1.1.5.	Franchise.....	6
1.1.6.	Hôpital et établissement de soins palliatifs .....	6
1.1.7.	Hospitalisation .....	7
1.1.8.	Intervention légale.....	8
1.1.9.	Coûts ambulatoires .....	8
1.1.10.	Catégorie D.....	8
1.1.11.	Accord d'exécution .....	8
1.2.	Article 2 : Accès à l'assurance - Qui peut adhérer ?.....	9
1.3.	Article 3 : Garanties assurance hospitalisation.....	11
1.3.1.	Choix de la formule .....	11
1.3.2.	Formule de base (FB) : chambre de deux personnes ou commune .....	11
1.3.3.	Formule étendue (FE) : chambre individuelle .....	11
1.3.4.	Hospitalisation .....	12
1.3.5.	Pré- et post-Hospitalisation .....	14
1.3.6.	Maladies graves .....	15
1.3.7.	Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et aide maternelle.....	16
1.4.	Article 4 : Limites d'intervention du prestataire de services .....	17
1.5.	Article 5 : Exclusions .....	18
1.6.	Article 6 : Procédure d'affiliation, délai d'attente et état préexistant.....	19
1.6.1.	Affiliation.....	19
1.6.2.	Délai d'attente/stage de 10 mois.....	19
1.6.3.	Maladies ou affections existantes (applicable uniquement lors d'affiliation tardive)	20
1.7.	Article 7 : Primes .....	20
1.8.	Article 8 : Territorialité et terrorisme .....	20
1.9.	Article 9 : Gestion des sinistres .....	21
1.10.	Article 10 : Modifications.....	22
1.10.1.	Arrêt (sortie de service, décès, ...) .....	22
1.10.2.	Mobilité et/ou changement de statut du membre du personnel .....	23
1.11.	Article 11 : Obligations des souscripteurs.....	24
1.12.	Article 12 : Obligations de l'assuré .....	25
1.13.	Article 13 : Obligations du prestataire de services.....	26
1.13.1.	Durant la phase de démarrage du nouveau contrat .....	26
1.13.2.	Durant la période du contrat.....	27

1.13.3.	A la fin du marché.....	27
1.14.	Article 14 : Loi du 20 juillet 2007 (loi Verwilghen).....	28
1.14.1.	Informations devant être fournies par le souscripteur .....	28
1.14.2.	Conditions d'octroi.....	28
<b>2.</b>	<b>Conditions particulières pour les plans de soins complémentaires.....</b>	<b>30</b>
2.1.	Article 1 : Conditions d'affiliation .....	30
2.2.	Article 2 : Garanties et plafonds .....	31
2.2.1.	Généralités .....	31
2.2.2.	Plan pour soins dentaires .....	32
2.2.3.	Plan pour soins ambulatoires .....	32
2.3.	Article 3 : Périodes d'attente.....	33
2.3.1.	Tarif A - pour les membres du personnel qui sont déjà assurés .....	33
2.3.2.	Tarif B - pour les membres du personnel qui souhaitent s'affilier .....	33
2.4.	Article 4 : Non-remboursement - exclusions .....	34

# 1. Assurance hospitalisation

## 1.1. Article 1<sup>er</sup> : Définitions

### 1.1.1. Prestataire de services

Voir cahier spécial des charges - point 3.3.2.

### 1.1.2. Souscripteur

Voir cahier spécial des charges - point 3.2.

### 1.1.3. Assurés - affiliés

Personnes physiques, assurés principaux ou assurés secondaires, qui ont souscrit à ce contrat.

Un contrat de travail comme travailleur étudiant, ou un contrat de travail conclu en vertu du droit étranger (emploi à l'étranger), n'ouvre pas le droit à une affiliation à ce contrat.

#### 1.1.3.1. Assurés principaux

- les membres du personnel statutaires et contractuels des services souscripteurs (y compris les stagiaires) qui souscrivent à la police d'assurance **avant l'âge de 67 ans** ;
  - o les membres du personnel détachés auprès d'un des souscripteurs affiliés ;
  - o les membres du personnel statutaires (stagiaires inclus), contractuels et détachés dont question ci-avant qui travaillent et séjournent à l'étranger ;
  - o les membres du personnel d'une cellule stratégique/cabinet ou d'un secrétariat dans le cadre de l'appui à la politique du Gouvernement fédéral, tel que visé aux articles 2 à 9 inclus de l'arrêté royal du 19 juillet 2001 portant création des organes stratégiques des services publics fédéraux, et en ce qui concerne les membres du personnel des services publics fédéraux qui sont nommés pour faire partie du cabinet d'un membre d'un gouvernement ou d'un collège d'une Communauté ou d'une Région, qui perçoit une rémunération telle que visée à l'article 10, § 1er, deuxième alinéa du même arrêté royal ;
  - o les magistrats actifs peuvent adhérer avant l'âge de 70 ans ;

- les membres du personnel pensionnés des souscripteurs du contrat FORCMS-AV-100, pour autant qu'ils étaient déjà affiliés au contrat collectif avant l'âge de 67 ans (70 ans pour magistrats) ;
- tous les membres retraités du personnel des souscripteurs affiliés qui s'affilient, dès le début, à l'accord-cadre, pour autant qu'ils profitent d'une assurance hospitalisation collective conclue à l'initiative d'un souscripteur affilié repris au point 3.2 du cahier spécial des charges. Les souscripteurs repris au point 3.2. du cahier spécial des charges peuvent profiter de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés au plus tard le 31 décembre 2024, donc dans la première année du contrat.

### **1.1.3.2. Assurés secondaires (membres de la famille)**

- l'époux/épouse ou le partenaire assimilé des assurés principaux domicilié(e) chez l'assuré principal, affilié(e) à l'assurance avant l'âge de 67 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge) ;
- l'époux/épouse ou le partenaire assimilé des membres du personnel retraités des services souscripteurs affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, pour autant qu'il (elle) était déjà affilié(e) au contrat avant l'âge de 67 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge) ;
- l'époux/épouse ou le partenaire assimilé de membres retraités du personnel des souscripteurs affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, qui s'affilie à l'accord-cadre dès son début, quel que soit son âge, pour autant qu'il (elle) bénéficie d'une assurance collective hospitalisation conclue à l'initiative d'un service souscripteur affilié repris au point 3.2. du cahier spécial des charges, les souscripteurs mentionnés au point 3.2. du cahier spécial des charges peuvent bénéficier de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés le 31 décembre 2024 au plus tard ;
- les enfants non mariés des personnes mentionnées (voir point 1.1.3.1 et 1.1.3.2) ci-avant auxquels s'applique la législation relative aux allocations familiales ou qui, ne bénéficiant plus de ces allocations familiales, restent fiscalement à charge desdites personnes ou sont domiciliés sous le toit du titulaire ; les petits-enfants des personnes mentionnées ci-avant qui sont à leur charge ou qui, s'ils ne le sont plus, restent domiciliés sous le toit du titulaire (personne ouvrant le droit à l'affiliation) ; les enfants placés sous la tutelle légale des personnes ci-avant ;
- les enfants de parents divorcés ou séparés légalement et qui sont à charge, à condition que l'assuré principal soit tenu de payer une pension alimentaire ou dans le cas de coparentalité ;
- en cas de décès de l'assuré donnant droit à l'affiliation, les assurés secondaires tels que l'époux/épouse ou le partenaire assimilé et ses enfants et petits-enfants à charge pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat aussi longtemps que l'assuré secondaire époux/l'épouse ou le partenaire assimilé survivant ne se remarie pas ou ne conclut pas un engagement similaire.

## **1.1.4. Maladie et accident**

### **1.1.4.1. Maladie**

Une altération de l'état de santé ayant une cause autre qu'un accident, reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.

### **1.1.4.2. Accident**

Un événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré. L'accident doit être constaté par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où il se produit.

## **1.1.5. Franchise**

Partie des frais qui reste toujours à charge de l'assuré dans le cadre de la formule étendue (chambre individuelle) mais ne s'applique pas en cas de reconnaissance d'une maladie grave (voir point 1.3.6).

## **1.1.6. Hôpital et établissement de soins palliatifs**

### **1.1.6.1. Hôpital**

Un établissement public ou privé reconnu légalement comme hôpital ou comme établissement psychiatrique, à l'exclusion des services ou établissements médico-pédagogiques, des maisons de repos, des institutions gériatriques ou services destinés au simple hébergement des personnes âgées, des institutions ou services destinés au simple hébergement des enfants, des personnes convalescentes, ainsi que ceux ayant reçu une agrégation spéciale en tant que maison de repos ou de soins.

### **1.1.6.2. Établissement de soins palliatifs**

Tout établissement de séjour agréé destiné à l'hébergement de personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans l'établissement, ainsi qu'un traitement palliatif qui suppose une observation, une surveillance et un suivi qui ne peuvent se réaliser que dans cet établissement.

## 1.1.7. Hospitalisation

Tout séjour médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend à la fois le séjour d'au moins une nuit et le concept « hospitalisation de jour » (one day clinic), c'est-à-dire qu'il est dérogé au critère de l'hospitalisation durant une nuit au moins, pour autant que les conditions suivantes soient réunies :

- la salle d'opération ou la salle de plâtrage a été effectivement utilisée ou un lit d'hôpital a été effectivement utilisé à l'exclusion du séjour dans les salles d'attente, les salles d'examen et les espaces réservés aux services de consultation externe des établissements hospitaliers ;
- il doit s'agir de prestations dans le cadre de maxi-forfait, de forfait d'hôpital de jour (groupes 1 à 7 inclus), des forfaits douleur chronique repris dans la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs ainsi que pour les situations suivantes d'hospitalisation de jour :
  - tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier ;
  - toute situation dans laquelle, sur prescription du médecin qui a pris le patient en charge, une surveillance médicale effective est exercée pour l'administration d'un médicament ou de sang/produits sanguins labiles par une perfusion intraveineuse. L'administration de solutions de sels ou de sucres comme pratiqué pour la perfusion de garde thérapeutique et le rinçage d'un port-cathéter ne tombe pas sous cette définition.

En ce qui concerne les cures, une intervention n'est octroyée que pour autant que le traitement revête un caractère curatif, qu'il soit pratiqué dans un établissement satisfaisant aux conditions dont il est question ci avant et que le prestataire de services ait marqué son accord par écrit avant le début du traitement.

En ce qui concerne la tuberculose, la garantie est également acquise pour les traitements en sanatorium et dans les établissements de soins pour tuberculeux.

## 1.1.8. Intervention légale

### 1.1.8.1. Pour les frais exposés en Belgique

Tout remboursement prévu dans le cadre des législations belges relatives à l'assurance obligatoire maladie invalidité (régime des salariés), aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

### 1.1.8.2. Pour les frais exposés à l'étranger

Tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut, un montant fictif égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

## 1.1.9. Coûts ambulatoires

Il s'agit des frais médicaux hors hospitalisation lorsque l'assuré se déplace pour se faire soigner chez le prestataire de soins, ou lorsque le prestataire de soins se déplace chez l'assuré, ainsi que tous les frais médicaux associés qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

## 1.1.10. Catégorie D

Les médicaments qui ne sont repris dans aucune des 7 catégories de remboursement<sup>1</sup> sont parfois appelés les médicaments de la catégorie D. Il s'agit des médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu. Par exemple, les tranquillisants ou les somnifères.

## 1.1.11. Accord d'exécution

Il s'agit de l'accord passé entre le souscripteur et le prestataire de services, indiquant la date de début et les interventions de l'employeur qui sont applicables. Il est également utile de mentionner immédiatement le rapportage si celui-ci diffère de ce qui est demandé dans le cahier spécial des charges. Le souscripteur qui commande sera seul responsable de toutes les informations (complétées ou non) figurant sur ce document.

Cet "accord d'exécution" est soumis à une révision annuelle. Les informations relatives à toute révision (interventions) doivent être demandées par le prestataire de services au plus tard le mois de novembre de l'année précédant une nouvelle année d'assurance.

---

<sup>1</sup> <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/liste-specialites-pharmaceutiques-remboursables-categories-remboursement.aspx#.WKwfQU8zXcs>



## 1.2. Article 2 : Accès à l'assurance - Qui peut adhérer ?

- a) Le soumissionnaire s'engage à assurer immédiatement, **sans période d'attente** (stage) ni examen médical ni questionnaire de santé et sans aucune connaissance d'état préexistant, **tous les membres du personnel actifs ou retraités**, ainsi que les **assurés secondaires** tels que visés au point 1.1.3, assurés jusqu'à la date précédant celle de l'entrée en vigueur du contrat via le contrat collectif d'assurance hospitalisation pour les agents fédéraux (FORCMS-AV-100) - prestataire de services AG Insurance. Le soumissionnaire s'engage, de même, pour les assurés secondaires au sens du point 1.1.3.2 qui, jusqu'au jour qui précède la date d'entrée en vigueur du contrat, sont assurés via le contrat collectif pour l'assurance hospitalisation pour les agents fédéraux (FORCMS-AV-100) mais dont la personne qui donnait droit à l'affiliation est décédée avant l'entrée en vigueur de ce marché.
- b) Outre le cas énoncé au point a) ci-dessus, le soumissionnaire s'engage à assurer immédiatement, **sans période d'attente** (stage) ni examen médical ni questionnaire de santé et sans aucune connaissance d'état préexistant, tous les membres du personnel actifs ou retraités, ainsi que les assurés secondaires, tels que visés au point 1.1.3.2, qui bénéficiaient jusqu'à la date précédant celle de l'entrée en vigueur du contrat d'une assurance hospitalisation conclue à l'initiative de leur service concerné et en vertu duquel ce service **s'engage pour la première fois en qualité de souscripteur** au contrat collectif fédéral, et ce, pour autant qu'ils s'affilient immédiatement au nouveau contrat à dater du jour où le contrat entre en vigueur dans le service concerné. Le soumissionnaire s'engage, de même, pour les membres de la famille au sens du point 1.1.3, qui, jusqu'au jour qui précède la date d'entrée en vigueur du contrat, bénéficient d'une assurance hospitalisation conclue à l'initiative de leur service concerné et en vertu duquel ce service s'engage pour la première fois en qualité de souscripteur au contrat collectif fédéral, et ce, pour autant qu'ils, à partir du jour de l'entrée en vigueur du contrat, s'affilient immédiatement au nouveau contrat, mais dont la personne qui donnait droit à l'affiliation est **décédée** avant l'entrée en vigueur de ce marché.

En ce qui concerne les souscripteurs qui adhéreront plus tard que le 1<sup>er</sup> janvier 2024, cet engagement doit être pris, au plus tard, le 31 décembre 2024 et le soumissionnaire s'engage, mutatis mutandis, à faire les mêmes choses que celles mentionnées aux points a) et b).

- c) Outre les cas visés aux points a) et b) ci-dessus, **les membres du personnel des services souscripteurs en activité ne sont soumis ni à un examen médical, ni à un questionnaire** sur leur état de santé et aucune notion d'état préexistant ne leur sera réclamée, s'ils décident d'adhérer **dans un délai de trois mois** à compter de la date de début du contrat dans leur service ou de la date de leur recrutement statutaire ou contractuel dans un service affilié (ceci s'applique également au démarrage d'une nouvelle cellule stratégique à condition qu'une demande d'affiliation soit faite dans les 3 mois suivant l'affectation à la cellule stratégique/au Cabinet).
- d) Chaque assuré principal peut, quand il demande son adhésion, solliciter également dans les mêmes conditions que celles visées au point c) ci-dessus, celle d'un ou de plusieurs membre(s) de sa famille dont question au point 1.1.3.2.
- e) En cas de modification dans la composition de la famille (mariage, naissance, nouveau cohabitant), l'assuré principal peut solliciter l'adhésion du nouveau membre de sa famille (assuré secondaire) dans un délai de trois mois, et ce, aux mêmes conditions d'adhésion que celles énoncées ci-avant.  
Un bébé est assuré dès la naissance à la condition qu'une demande d'affiliation ait été envoyée dans un délai de trois mois à compter de sa naissance.
- f) Le passage du statut d'assuré secondaire au statut d'assuré principal est évident (et sans période d'attente ni examen médical) à condition qu'un document de changement soit établi dans les trois mois suivant soit la date de début du contrat, soit la date de recrutement en tant qu'agent statutaire ou contractuel dans un service affilié.

**Les dispositions visées aux points 1.6.2. et 1.6.3. s'appliqueront à toute affiliation ne répondant pas aux critères énoncés ci-avant.**

## 1.3. Article 3 : Garanties assurance hospitalisation

### 1.3.1. Choix de la formule

L'assuré principal (ouvrant le droit à l'assurance) a le choix entre deux formules. **La formule choisie doit être identique pour lui et pour les membres de sa famille.**

Ce choix est définitif. Toutefois

- l'assuré qui a choisi la formule d'une chambre individuelle (formule étendue) peut opter pour la formule d'une chambre commune (formule de base) à l'échéance annuelle moyennant une demande explicite trois mois au moins avant ladite échéance annuelle. Ce transfert doit se faire pour tous les membres assurés de la famille, sans exception ;
- l'assuré qui a opté pour la formule d'une chambre commune (formule de base) et qui souhaite passer à la formule d'une chambre individuelle (formule étendue) ne peut le faire qu'avec l'accord du prestataire de services. Si le prestataire de services accepte cette modification de la formule (qui vaut pour tous les membres assurés de sa famille), les dispositions visées aux points 1.6.2 et 1.6.3. relatives au délai d'attente de 10 mois et à l'exclusion des affections existantes s'appliqueront.

### 1.3.2. Formule de base (FB) : chambre de deux personnes ou commune

L'assurance doit garantir le remboursement des frais de soins de santé mentionnés ci-dessous après déduction éventuelle des interventions légales et extralégales, mais sans qu'une franchise à charge de l'assuré ou du souscripteur ne soit appliquée.

### 1.3.3. Formule étendue (FE) : chambre individuelle

Les garanties sont identiques à celles de la formule chambre individuelle ou commune (formule de base) sous réserve de ce qui suit :

- a) les suppléments relatifs tant aux frais de séjour qu'aux honoraires liés à l'occupation d'une chambre individuelle pour convenance personnelle jusqu'à concurrence de **trois fois le montant** de l'intervention légale sont couverts (3 X INAMI) ;
- b) une franchise est appliquée (voir point 1.1.5.).

## 1.3.4. Hospitalisation

En cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, le prestataire de services rembourse, à concurrence des limites visées au point 1.4, les frais de soins de santé pour autant qu'ils soient encourus pendant le séjour dans un hôpital agréé ou dans un établissement de soins palliatifs agréé. Doivent être couverts :

### 1.3.4.1. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale

- a) les frais de séjour, y compris les suppléments pour chambre à deux lits et chambre commune (il est explicitement précisé que les suppléments/compléments relatifs au séjour en chambre individuelle pour convenance personnelle ne sont pas pris en charge dans la formule de base) ;
- b) les coûts des prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires pour chambre à deux lits et chambre commune (il est explicitement précisé que les honoraires et suppléments d'honoraires liés à l'occupation d'une chambre individuelle pour convenance personnelle ne sont pas pris en charge dans la formule de base) ;
- c) les frais des prestations paramédicales ;
- d) les frais de produits pharmaceutiques, de bandages et de matériel médical ;
- e) les frais de chirurgie et d'anesthésie ;
- f) les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement ;
- g) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses médicales ainsi que d'appareils orthopédiques, pour autant que ces derniers aient été placés pendant l'hospitalisation et qu'ils affichent un lien direct avec l'hospitalisation. Les prothèses revêtant un caractère purement esthétique ne sont pas remboursées ;
- h) les frais de soins palliatifs, y compris les médicaments ;
- i) les frais médicaux relatifs au nouveau-né encourus pendant l'hospitalisation de la mère et consécutifs à un accouchement couvert, en ce compris les frais médicaux relatifs à l'achat de cellules souche ;
- j) le test de la mort subite ;
- k) la chirurgie plastique de recouvrement suite à une maladie ou un accident assuré.

### 1.3.4.2. Doivent également être couverts, qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale

- a) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale ;
- b) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
- c) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture exécutée par un spécialiste agréé ;
- d) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponibles dans le commerce non médical ;
- e) le coût de l'hospitalisation du donneur en cas de transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé ;
- f) les frais de transport approprié urgent vers l'hôpital, ou entre deux hôpitaux ; en cas d'hospitalisation, justifié pour raisons médicales ou relatifs au service mobile d'urgence (SMUR) ;
- g) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant assuré mineur y compris, la minorité prolongée (rooming-in) ;
- h) les frais mortuaires imputés sur la facture de l'hôpital ;
- i) les frais non remboursables de viscérosynthèse- et matériel d'endoprothèse ;
- j) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires et de prothèses thérapeutiques ainsi que les appareils orthopédiques, dans la mesure où ils sont posés **pendant l'hospitalisation et sont directement liés à celle-ci**. Les prothèses à caractère purement esthétique ne sont pas remboursées.

## 1.3.5. Pré- et post-Hospitalisation

Il s'agit des frais médicaux encourus pendant les 60 jours précédant et les 180 jours suivant la fin de l'hospitalisation, qui sont directement liés à cette dernière.

Doivent être couverts pendant cette période :

### 1.3.5.1. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale

- a) les frais des prestations médicales dispensées suite à une visite ou une consultation d'un médecin ;
- b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin ;
- c) les frais des soins médicaux du donneur qui sont liés directement à la transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé ;
- d) les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin ;
- e) les frais de prothèses médicales qui sont liés directement à la cause de l'hospitalisation ;
- f) les frais afférents aux membres artificiels ;
- g) les frais médicaux et de soins dans les centres de revalidation ;
- h) les médicaments.

### 1.3.5.2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale

- a) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
- b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture exécutée par un spécialiste agréé ;
- c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponibles dans le commerce non médical.

## 1.3.6. Maladies graves

Information importante : au début du contrat entre le souscripteur et le prestataire de services, un membre du personnel ou un membre de sa famille ne peut être refusé en raison d'une maladie grave préexistante.

Pour bénéficier des conditions stipulées dans cette rubrique, le médecin traitant de l'affilié peut être amené à établir un "questionnaire maladie grave". Le délai de soumission est déterminé par l'adjudicataire (voir aussi point 1.6.3.).

En cas de survenance des maladies suivantes, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier et affichant un lien direct avec la maladie :

- cancer,
- leucémie,
- tuberculose,
- sclérose en plaques,
- sclérose latérale amyotrophique,
- la sclérodermie systémique,
- maladie de Parkinson,
- diphtérie,
- poliomyélite,
- méningite cérébro-spinale,
- variole,
- brucellose,
- typhus exanthématique,
- paratyphus,
- typhus,
- encéphalite,
- charbon,
- tétanos,
- choléra,
- maladie de Hodgkin,
- sida,
- hépatite infectieuse,
- scarlatine,
- diabète,
- affections rénales nécessitant une dialyse,
- maladie de Crohn,
- mucoviscidose,
- Alzheimer,
- malaria,
- maladie de Pompe,
- maladie de Creutzfeldt-Jacob,
- dystrophie musculaire progressive,
- colite ulcéreuse,
- maladie d'Hachimoto,
- maladie de Lyme,
- syndrome de Sjogren,
- sarcoïdose.

**Doivent être couverts :**

### 1.3.6.1. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale

- a) les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires ;
- b) les frais des prestations paramédicales prescrites par le médecin ;
- c) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie ;
- d) les frais de location de matériel divers (dispositifs médicaux prescrits par un médecin) ;
- e) les coûts des prothèses médicales directement liées à la maladie ;
- f) les médicaments.

### 1.3.6.2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale

- a) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
- b) les traitements homéopathiques, chiropraxie, ostéopathie et acupuncture exécutée par un spécialiste agréé ;
- c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponibles dans le commerce non médical ;
- d) les frais de transport ;
- e) tous les autres frais pour lesquels le prestataire de services a préalablement marqué son accord ;
- f) les frais de perruques, de prothèses mammaires externes prescrites, limité à 1.000,00 EUR par prescription.

## 1.3.7. Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et aide maternelle

Cette assurance doit s'appliquer aux frais médicaux d'un accouchement à domicile pratiqué par un médecin agréé ou par un praticien obstétrique agréé par l'INAMI et d'un accouchement en polyclinique. Dès lors, en cas d'accouchement à domicile ou accouchement en polyclinique, les garanties du chapitre « pré hospitalisation et post hospitalisation » sont également d'application, en ce compris les frais médicaux pour le nouveau-né.

Par aide maternelle, on entend les coûts après l'accouchement qui sont facturés par un établissement de soins de maternité reconnu. Il s'agit des frais facturés par l'institution pour les soins dispensés à domicile par un(e) assistant(e) maternel(le) qualifié(e) à la mère, au nouveau-né et à la famille. L'intervention pour les soins de maternité est limitée à douze jours de calendrier.

Les soins susmentionnés ne sont éligibles que **si la mère est affiliée** à ce régime d'assurance hospitalisation.



## 1.4. Article 4 : Limites d'intervention du prestataire de services

- a) Pour chaque prestation susmentionnée visée au point 1.3 (article 3) donnant lieu à une intervention légale, le remboursement doit être garanti par le prestataire de services **jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.**
- b) Pour les **frais ne donnant lieu à aucune intervention légale** (cf. points 1.3.4.2, 1.3.5.2 et 1.3.6.2), la garantie doit être accordée à concurrence de **3.000,00 EUR par assuré et par année civile sous réserve de ce qui suit :**
- le remboursement des **frais de séjour d'un parent** dans la chambre d'un enfant hospitalisé est limité à **50,00 EUR** par nuit ;
  - les **frais de transport liés aux maladies graves** (point 1.3.6) sont limités à un plafond global de **300,00 EUR** par personne et par année civile ;
  - une contribution de 50 % du coût de 1.250,00 EUR par personne et par année civile pour les traitements homéopathiques, l'acupuncture, l'ostéopathie ou chiropratique si il n'y pas indemnité légale pour ces caractéristiques de performance (applicable uniquement au point 1.3.6.2) ;
  - l'intervention pour l'**aide maternelle** est octroyée pendant tout au plus douze jours suivant la sortie de l'hôpital ou l'accouchement à domicile et jusqu'à maximum **820,00 EUR** ;
  - l'intervention pour les **frais d'accouchement à domicile** (ou à l'endroit de choix) s'élève à un montant forfaitaire de **620,00 EUR** par accouchement ;
  - les coûts **des perruques prescrites et des prothèses mammaires externes** sont limités à une intervention maximale de **1.000,00 EUR.**
- c) **La franchise est fixée à 250,00 EUR** par assuré et par année civile.

Cette franchise n'est applicable que si l'assuré a fait le choix de la chambre individuelle (soit il a opté pour la formule étendue, soit il a opté pour une formule de base mais a choisi quand même une chambre individuelle).

Il n'y a pas **franchise** dans la formule étendue si l'assuré choisit volontairement une chambre commune ou si aucune chambre individuelle n'est disponible.

**Il n'y a pas de franchise en cas de maladie grave, dont la liste figure au point 1.3.6. pour les frais d'hospitalisation et les frais ambulatoires qui y sont liés.**

Lorsqu'une même hospitalisation se déroule sans interruption sur deux années civiles, la franchise n'est perçue qu'une seule fois.

Lorsque plusieurs membres de la même famille, affiliés à l'assurance, sont hospitalisés en même temps suite à un accident, la franchise ne sera appliquée qu'une seule fois pour tous les membres de la famille et pas pour chaque membre, séparément.

- d) Pour les hospitalisations consécutives à une **affection psychique, psychiatrique ou mentale**, l'intervention du prestataire de services n'est octroyée que pour des périodes de séjour successives ou non successives **ne dépassant pas trois ans**, à compter du premier jour qui donne droit à un remboursement.
- e) Traitement de la stérilité limité à six traitements de FIV, de MIV ou d'ICSI, avec une limitation de **500,00 EUR** par traitement, à condition que l'assuré principal soit lié au contrat depuis au moins 12 mois.

## 1.5. Article 5 : Exclusions

Ne tombent pas sous le couvert de l'assurance, les prestations résultant :

- a) d'un accident ou d'une maladie non contrôlable par examen médical ;
- b) d'un traitement esthétique ou de rajeunissement ; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge ;
- c) de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré :
  - 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 utilisé par ignorance des boissons alcooliques ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers ;
  - par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
- d) de la stérilisation et du traitement contraceptif, sauf raison médicale urgente ;
- e) de cures thermales ;
- f) des conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'assuré, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'assuré aurait commis ; des actes téméraires, paris ou défis ;
- g) de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- h) d'un événement de guerre, que l'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire, les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- i) de la pratique professionnelle d'un sport quel qu'il soit ;
- j) 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 ;
- k) d'accidents 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.

## **1.6. Article 6 : Procédure d'affiliation, délai d'attente et état préexistant**

### **1.6.1. Affiliation**

Les assurés principaux ainsi que les assurés secondaires auxquels ils ouvrent le droit à l'assurance s'affilient à la police d'assurance au moyen d'un formulaire d'affiliation ou via une liste communiquée par le service dirigeant au prestataire de services.

Le souscripteur décide pour son personnel de la manière d'adhérer. Si une application via laquelle l'assuré principal peut s'inscrire est proposée, le prestataire de services doit fournir une liste au souscripteur afin qu'il sache qui a adhéré et quels membres de sa famille.

Pour les nouvelles affiliations, la couverture court à partir du premier jour du mois qui suit la réception du formulaire par le prestataire de services. La date d'envoi augmentée de trois jours calendaires est considérée comme date de réception.

Lors du décès d'un assuré principal, la couverture d'assurance peut être poursuivie pour les membres de la famille déjà affiliés. A cette fin, une demande écrite doit être adressée au prestataire de services dans un délai de trois mois qui suit l'échéance annuelle de la police. Si la demande est introduite dans les délais, l'assureur ne peut refuser le maintien de l'affiliation.

**Le prestataire de services est tenu d'avertir les proches parents affiliés d'introduire une demande écrite de continuité endéans les trois mois après la date d'échéance annuelle de la police.**

**Les dispositions visées aux points 1.6.2. et 1.6.3 s'appliqueront à toute affiliation qui ne satisfait pas aux dispositions visées au point 1.2. :**

### **1.6.2. Délai d'attente/stage de 10 mois**

L'affiliation ne produit ses effets qu'à compter du premier jour du mois suivant ou coïncidant avec l'échéance d'une période de 10 mois à partir de la date à laquelle la demande a été introduite et pour autant que l'état médical de la personne ait été accepté.

Aucune prime n'est due durant la période entre la demande et l'affiliation effective.

### 1.6.3. Maladies ou affections existantes (applicable uniquement lors d'affiliation tardive)

Le remboursement des frais médicaux n'est pas accordé aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie ou de l'invalidité pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance, ne pouvait être ignorée de l'assuré ou de son représentant légal à la date d'affiliation au contrat, même si les premiers symptômes n'ont pas permis de poser un diagnostic précis.

**Par dérogation à ce qui précède, sont toutefois garanties :**

- a) **l'affection, la maladie ou l'invalidité pour laquelle la victime était déjà couverte par une garantie similaire et pour autant qu'il n'y ait pas eu d'interruption d'assurance ;**
- 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 n'ait fait l'objet durant cette période d'aucun acte médical résultant de ladite affection, de ladite maladie ou de ladite invalidité.

A l'exception des cas énumérés ci-dessus dans lesquels l'affiliation n'a pas été réalisée quand les conditions d'affiliation étaient satisfaites (affiliation tardive), aucune formalité médicale n'est appliquée (questionnaire sur la santé ou examen médical).

## 1.7. Article 7 : Primes

La couverture d'assurance hospitalisation et soins de santé prévue au présent contrat est assurée moyennant le paiement **d'une prime annuelle par individu.**

Lorsqu'un assuré principal ou secondaire atteint une limite d'âge qui le fait passer d'une catégorie à une autre, **le tarif reste inchangé jusqu'à la fin de l'année civile.** Il en est de même lorsqu'un assuré change de statut (« actif » à « non-actif ») (voir également les points du cahier spécial des charges relatifs aux prix (9.1), au critère d'attribution (10.3), à la facturation (15.1) et à la révision des prix (9.2)).

## 1.8. Article 8 : Territorialité et terrorisme

Territorialité : Cette assurance doit être valable dans le monde entier.

Terrorisme: Cette police couvre également les dégâts causés par un fait de terrorisme, tel que défini et réglementé par la Loi du 1<sup>er</sup> avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (MB 15 mai 2007).

## 1.9. Article 9 : Gestion des sinistres

1. L'assuré prend toute mesure utile pour prévenir et limiter les conséquences des sinistres.
2. L'assureur doit, pour sa part, mettre en œuvre les moyens utiles pour que l'assuré puisse régulariser la situation, au besoin.
3. Si l'assuré ne respecte pas une des obligations qui lui sont imposées dans cet article et qu'il en résulte des désavantages pour le prestataire de services, ce dernier peut obtenir une réduction de ses prestations en proportion des désavantages subis.
4. **Le prestataire de services ne pourra refuser la couverture que dans les cas où l'assuré a manqué frauduleusement aux obligations telles que reprises dans le présent article.**
5. **En ce qui concerne le règlement du sinistre, les assurés doivent pouvoir utiliser deux systèmes. Outre le traitement classique dont il est question ci-après, l'assureur doit proposer le système du tiers payant avec utilisation d'une carte électronique.** Si le tiers payant n'est pas applicable, le règlement du sinistre est exécuté conformément au système classique. L'assuré prévient dès que possible le prestataire de services du sinistre au moyen des formulaires adéquats. Il joint à sa déclaration toute pièce utile, déclaration ou rapport comme preuve de la réalité et de l'importance de l'événement. La période de soumission des frais est la même que celle des mutualités (minimal jusqu'à 2 ans).
6. L'assuré fait parvenir à la compagnie d'assurances toutes les pièces originales (factures d'hôpitaux, remboursements de la caisse d'assurance maladie, reçus de pharmacies, etc.).
7. A la réception de ces documents, le prestataire de services paie à l'assuré le montant des frais après déduction :
  - du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif équivalent lorsque l'assuré, pour quelque raison que ce soit, ne peut faire appel à une telle intervention ;
  - du montant des autres remboursements déjà perçus ;
  - du montant de la franchise contractuelle.
8. **Le remboursement est exécuté dans un délai de 20 jours ouvrables à compter de la date de réception du dossier complet.**

## 1.10. Article 10 : Modifications

### 1.10.1. Arrêt (sortie de service, décès, ...)

Le prestataire de services n'a pas le droit d'exclure, sur base individuelle, les assurés principaux et secondaires sauf dans les cas mentionnés ci-dessous :

#### 1.10.1.1. Les assurés principaux

Il est mis fin à la couverture individuelle des assurés principaux par :

- la résiliation volontaire du contrat à la demande de l'assuré principal, par lettre recommandée adressée au prestataire de services, au moins 3 mois avant la date d'échéance annuelle de la police ;
- la fin ou la rupture du contrat ou des conditions de travail (statutaire) entre l'assuré principal et le souscripteur ;
- le décès de l'assuré principal ;
- la fraude ou la tentative de fraude par l'assuré principal ;
- lors du non-paiement de la prime.

#### 1.10.1.2. Les assurés secondaires

Il est mis fin à la couverture individuelle des assurés secondaires par :

- la résiliation volontaire du contrat à la demande de l'assuré secondaire, par lettre recommandée adressée au prestataire de services, au moins 3 mois avant la date d'échéance annuelle de la police ;
- décès de l'assuré secondaire ;
- la fraude ou la tentative de fraude par l'assuré secondaire ;
- lors de non-paiement de la prime.

De plus, l'affiliation des membres de la famille est résiliée dès qu'ils ne satisfont plus aux critères des assurés secondaires, tels que visés à l'article 1 point 1.1.3.2.

**En cas de résiliation ou de rupture, telle que susmentionnée, du contrat ou des conditions de travail (statutaire) et si les membres de la famille ne satisfont plus aux critères de assurés secondaires tels que visés à l'art. 1er « Définitions » du point 1.1., l'assurance continue de produire ses effets, quelle que soit la date de notification de la résiliation, et la prime continue d'être due, jusqu'au 31 décembre de l'année d'assurance en cours, si l'assuré le souhaite.**

Si l'assuré souhaite résilier son affiliation anticipativement, il doit adresser un courrier au prestataire de services dans un délai d'un mois à compter de cet évènement.

## **1.10.2. Mobilité et/ou changement de statut du membre du personnel**

Si un membre du personnel qui est également assuré principal change de souscripteur et/ou de statut, la règle est que le contrat d'assurance continue de produire ses effets sans interruption, à condition qu'à la date de cette modification le membre du personnel bénéficie de l'assurance hospitalisation auprès du prestataire de service en vertu du présent cahier spécial des charges

Si le membre du personnel n'était pas affilié à l'assurance hospitalisation, il peut alors, dans un délai de trois mois à compter de la date de cette modification, s'affilier à l'assurance hospitalisation conclue en vertu du présent cahier spécial des charges, sans répondre à un questionnaire médical ni se soumettre à un examen médical. Le membre du personnel concerné pourra donc bénéficier des modalités visées au point 1.2. c).

## 1.11. Article 11 : Obligations des souscripteurs

Le souscripteur :

- signe un "*accord d'exécution*" avec le prestataire de services, décrivant la coopération concrète et les processus y afférents (répartition des tâches entre le service du personnel, le service social, le prestataire de services, les groupes) ; Si un service social chapeaute plusieurs entités, la manière dont les statistiques seront collectées est déterminée au préalable (conjointement ou par groupe) ;
- informe le prestataire de services sur la **politique d'intervention** existante au sein de l'organisation, à savoir la part de la prime que le souscripteur prend en charge et celle qui est à charge directement des assurés ;
- **désigne une personne de contact fixe au sein de l'administration** qui assurera le rôle d'intermédiaire et qui est responsable du suivi et de l'exécution du contrat ;
- **informe les membres de son personnel**, y compris les nouveaux recrutés, de l'existence du contrat, afin de leur donner la possibilité effective d'y adhérer en mettant les documents nécessaires (brochures d'information, formulaires d'affiliation, ...) à leur disposition ;
- peut, à la demande de l'assuré, intervenir en qualité d'intermédiaire entre l'assuré et le prestataire de services en cas de litiges ou de conflits ;
- fournit au prestataire de services, sur demande de l'assuré ou d'initiative, les renseignements nécessaires à l'inscription de nouveaux assurés, lors de changements de composition de famille ou de situation professionnelle (naissances, mariage, ...);
- paie annuellement la part de la prime qu'il prend en charge.

Pour les services publics fédéraux et les services publics de programmation (les SPF et SPP) mentionnés au point 3.2.1. du cahier spécial des charges, l'intervention pour les membres du personnel en service actif, **ne peut pas être inférieure à 75 % de la prime de la formule de base.**



## 1.12. Article 12 : Obligations de l'assuré

L'assuré :

- doit, en tant que **nouvel adhérent**, présenter un « *formulaire d'affiliation* » à son service du personnel/service social dans les trois mois suivant le début d'un nouveau contrat ou d'un recrutement ;
- doit remplir de la même manière un "*document de modification*" dès qu'un changement intervient (changement d'adresse, de situation familiale, naissance, demande de changement de formule, retraite, ...);
- pour les affiliés de l'ancien contrat FORCMS-AV-100, un document "*formulaire de réponse unique au début du contrat*" doit être rempli s'ils veulent transmettre les changements ou les suppressions à leur service social ou au service du personnel ;
- paie annuellement (ou trimestrielle) sa part de la prime ;
- doit prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir et limiter les conséquences des sinistres ;
- la première fois que l'assuré présente des frais pour une maladie grave, un "*questionnaire de maladie grave*" doit être rempli par son médecin traitant. Ce questionnaire sera envoyé sur demande (ou à l'avance au début du contrat) ;
- si l'assuré est préalablement informé d'une intervention, **l'hospitalisation** prévue doit être notifiée au helpdesk du prestataire de services ;
- doit, si le système du tiers-payant n'est pas appliqué (notamment car l'hôpital n'accepte pas le système du tiers-payant), informer le prestataire de services le plus rapidement possible d'une hospitalisation dans un établissement de soins, d'une intervention chirurgicale et/ou d'un accident par le biais des formulaires réservés à cet effet. Il joint à ce document toute pièce utile, déclaration ou rapport comme preuve de la réalité et de l'importance de l'événement ;
- fait parvenir au prestataire de services toutes les pièces originales (factures d'hôpitaux, remboursements de la caisse d'assurance maladie, reçus de pharmacie, etc.).

## 1.13. Article 13 : Obligations du prestataire de services

L'adjudicataire est responsable de ses sous-traitants. Toutes les obligations imposées à l'adjudicataire s'appliquent également à la prestation de ses sous-traitants.

### 1.13.1. Durant la phase de démarrage du nouveau contrat

Le prestataire de services :

- **dès le début de l'accord-cadre**, prépare les documents types devant être publiés sur le site [Assurance hospitalisation et assurances complémentaires | BOSA \(belgium.be\)](https://www.bosa.be) (*formulaire unique de réponse en début de contrat, formulaire d'affiliation, document de modification,..*) et les soumet pour accord au pouvoir adjudicateur ;
- signe avec le souscripteur un « *accord d'exécution* » décrivant la collaboration concrète et les processus y afférents (répartition des tâches du service du personnel, du service social, du prestataire de services, information à communiquer) ;
- désigne une personne de contact spécifique pour les responsables du contrat des souscripteurs et à laquelle il convient de s'adresser pour des questions autres que celles destinées au helpdesk ou si d'autres questions ou problèmes doivent être résolus durant l'exécution du contrat ;
- élabore, pour chaque service souscripteur, avec le responsable du contrat au sein du service concerné un plan d'information et de communication détaillé. Les coûts afférents à l'élaboration concrète de ce plan (établissement des brochures et documents d'information, organisation de sessions d'information, ...) et au support ultérieur d'une campagne d'information sont à la charge du prestataire de services ;
- s'engage à fournir une documentation comportant les tarifs et les conditions du contrat à tout client potentiel pouvant conclure un contrat d'assurance en vertu du présent cahier spécial des charges ;
- crée un helpdesk auquel les assurés et les assurés potentiels peuvent s'adresser en permanence (durant les heures de bureau) et dans leur propre langue (néerlandais, français, allemand) pour obtenir des informations diverses relatives aux conditions contractuelles, aux possibilités d'affiliation, à la cessibilité des contrats et polices, aux paiements des factures et aux sinistres ;
- communique à chaque souscripteur une liste des personnes de contact du helpdesk pour ce contrat ainsi que leurs coordonnées (nom, n° de téléphone, adresses électroniques,...) ;
- remet à tous les assurés les cartes individuelles permettant l'application du système du « tiers-payant ». Une description précise et complète du système ainsi qu'une liste des hôpitaux où ce système est appliqué devra être distribué à tous les souscripteurs et assurés ;
- s'engage à prendre à sa charge les dossiers de dommages en cours.

## 1.13.2. Durant la période du contrat

Toutes les prestations de services doivent pouvoir être offertes tant en néerlandais qu'en français et en allemand.

Le prestataire de services :

- fournit les documents/statistiques demandés au point 13 du cahier spécial des charges ;
- informe les assurés et les assurés potentiels sur les conditions contractuelles ainsi que sur les possibilités de **payer la prime par trimestre** ;
- met le helpdesk à la disposition des assurés pendant la durée entière du contrat ;
- conformément à ce qui est indiqué dans le dossier de sélection, le helpdesk trilingue doit être disponible pour répondre à toutes les parties (souscripteurs, services dirigeants et assurés) ;
- gère les relations avec les assurés considérés individuellement ;
- ne peut refuser de couvrir les assurés sauf si ces derniers ont frauduleusement manqué à leurs obligations ;
- signale immédiatement tous les problèmes éventuels d'affiliation ou d'exécution aux intéressés et au souscripteur ;
- facture annuellement (ou trimestriellement) aux assurés principaux et secondaires leur part de la prime ;
- envoie annuellement à chaque souscripteur une facture globale de leur part de la prime, les factures partielles complémentaires pour les nouveaux affiliés, accompagnées d'une note descriptive à des fins de contrôle, ainsi que les statistiques utiles afférentes au contrat ;
- rembourse les frais d'hospitalisation aux hôpitaux ou aux assurés individuels le plus rapidement possible et en tout cas dans un délai de 20 jours ouvrables ;
- demande éventuellement la révision annuelle des prix au service dirigeant (voir point 9.2. du cahier spécial des charges) s'il souhaite une éventuelle révision des prix;
- soumet au service dirigeant les problèmes importants relatifs à l'interprétation ou aux litiges.

## 1.13.3. A la fin du marché

- fournit les documents/statistiques demandés comme indiqué au point 13 du cahier spécial des charges.
- assurera un transfert fluide des données qui permettra au nouvel adjudicataire de réaliser le nouveau contrat.

## 1.14. Article 14 : Loi du 20 juillet 2007 (loi Verwilghen)

Chaque assuré peut, **en cas de perte de la couverture collective, contracter une assurance individuelle de soins de santé. Dans ce cadre, il bénéficie des avantages suivants :**

- **le contrat individuel n'est soumis à aucune formalité médicale ni délai d'attente ;**
- aucune exclusion complémentaire des affections existantes ni restriction médicale complémentaire n'est appliquée lors de la conclusion du contrat individuel ;
- la prime à payer équivaut au tarif individuel conformément à son âge à la date de l'affiliation à une assurance individuelle ;
- les conditions générales applicables à la prolongation sont celles appliquées aux contrats individuels mais sont adaptées en tenant compte des avantages susvisés.

### 1.14.1. Informations devant être fournies par le souscripteur

Dans un délai **maximal de 30 jours** à compter de la date de la perte de la couverture collective, le souscripteur informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique :

- de la date précise de la perte de l'assurance collective ;
- de la possibilité de prolonger l'assurance individuelle ;
- des coordonnées du prestataire de services ;
- du délai de 30 jours dans lequel l'assuré principal et, le cas échéant, les assurés secondaires, peuvent exercer le droit à une prolongation individuelle : ce délai commence à courir dès la date de réception de cette lettre envoyée par le souscripteur.

### 1.14.2. Conditions d'octroi

Ces avantages sont fournis tant à l'assuré principal qu'aux éventuels assurés secondaires<sup>2</sup> si les conditions suivantes sont remplies :

- a) Durant les deux années précédant la perte de la garantie collective, l'assuré principal doit avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrat(s) successif(s) de soins de santé contracté(s) auprès d'un assureur agréé.
- b) La condition susvisée ne s'applique pas à l'assuré principal et aux éventuels assurés secondaires en cas de départ à la retraite, de prépension conventionnelle ou de

<sup>2</sup> Cette terminologie est identique à celle du « coassuré » qui est mentionnée dans la loi du Loi du 20 juillet 2007

- décès, pour autant que l'affiliation ait été actée à la date à laquelle il était satisfait aux conditions d'affiliation.
- c) Cette condition ne s'applique pas davantage aux éventuels assurés secondaires en cas de divorce ni à l'enfant qui ne satisfait plus aux conditions d'affiliation, pour autant que l'affiliation ait été actée à la date à laquelle il était satisfait aux conditions d'affiliation.
  - d) Dans les cas visés au point b, la demande doit concerner tous les assurés d'une même famille perdant l'avantage de l'assurance collective à la même date.
  - e) **La demande d'assurance individuelle doit être introduite par écrit ou par voie électronique dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception des informations transmises par le souscripteur** ou, en cas de faillite ou de liquidation, par le curateur ou le liquidateur, et relatives à la possibilité de contracter une prolongation individuelle. A cette fin, le prestataire de services fournira des documents spécifiques.
  - f) Le contrat individuel doit entrer en vigueur à la date à laquelle l'affiliation au contrat collectif de soins de santé est résiliée.
  - g) Un assuré secondaire qui perd l'avantage de l'assurance collective pour un motif autre que la perte de l'avantage de l'assurance par l'assuré principal, **dispose d'un délai de 105 jours** afin de demander la prolongation individuelle. Ce délai commence à courir à compter de la date à laquelle le membre de la famille perd l'avantage de l'assurance collective.
  - h) Le droit à la prolongation individuelle cesse en tout cas de produire ses effets, tant pour l'assuré principal que pour l'assuré secondaire, si la prolongation n'est pas demandée au prestataire de services concerné dans **un délai de 105 jours** à compter de la date à laquelle l'assuré principal ou l'assuré secondaire a perdu l'avantage de la couverture collective.
  - i) Le prestataire de services dispose d'un délai **de 15 jours** afin de formuler une offre d'assurance par écrit ou par voie électronique à l'assuré principal et, le cas échéant, à l'assuré secondaire. Dans ce cadre, le fait que le risque est déjà réalisé ne peut être invoqué.
  - j) Simultanément à son offre, le prestataire de services informe l'assuré principal et, le cas échéant, l'assuré secondaire, des conditions de couverture, et plus particulièrement des prestations couvertes, des exclusions et du délai de déclaration. De plus, le prestataire de services informe l'assuré principal et, le cas échéant, l'assuré secondaire du **délai de 30 jours** dont ils disposent afin d'accepter l'offre par écrit ou par voie électronique.
  - k) L'assuré principal et, le cas échéant, l'assuré secondaire disposent d'un délai de 30 jours afin d'accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir dès la date de réception de l'offre du prestataire de services. Le droit à la prolongation individuelle cesse de produire ses effets à l'échéance de ce délai.
  - l) La garantie assurée de l'assurance individuelle est équivalente à celle du contrat collectif.

## 2. Conditions particulières pour les plans de soins complémentaires

Les franchises, plafonds et délais d'attente indiqués ci-dessous sont des dispositions maximales et peuvent être adaptées par le prestataire de services au début du contrat après concertation avec le service dirigeant.

### 2.1. Article 1 : Conditions d'affiliation

L'affiliation est liée à l'assurance hospitalisation et ne concerne que les membres actifs du personnel et les personnes qui peuvent adhérer en tant qu'assuré secondaire. Les agents retraités et leurs assurés secondaires ne sont pas visés par ces régimes de soins complémentaires.

L'ensemble du processus administratif concernant les plans de soins se déroule exclusivement entre le prestataire de services et le membre du personnel. Les services du personnel ou leur délégué des services sociaux ne prendront pas part au suivi ultérieur du dossier, sauf demande explicite du souscripteur.

Toute la correspondance et les contacts ont lieu sur une base individuelle.

L'affiliation de nouveaux assurés est possible pendant toute la durée du contrat, les assurés devant tenir compte des éventuels plafonds et délais d'attente et devant également être affiliés à l'assurance hospitalisation collective susmentionnée.

Lors du transfert du contrat à l'issue de ce contrat, le prestataire de services s'engage à remettre au service dirigeant une liste nominative des personnes liées à chaque entité qui avait souscrit aux plans de soins.

Cette liste doit être remise au service dirigeant **au moins 5 mois avant la fin du contrat.**

## 2.2. Article 2 : Garanties et plafonds

### 2.2.1. Généralités

Remboursement de **80 % ou de 50 %** du ticket modérateur pour **les frais suivants** avec un **plafond total de 1 250 € par an** et par assuré.

**Si une franchise est déclarée, elle ne peut dépasser 75 € par an.**

Il y a 2 tarifs pour les plans de soins :

- **Tarif A** : pour les assurés principaux et leurs coassurés, qui bénéficient déjà d'un plan de soins ambulants (ambulatoires ou dentaire) conclu via le précédent contrat FORCMS-AV-100 et qui peuvent justifier du paiement jusqu'à la date de fin de ce contrat (31/12/2023).
- **Tarif B** : pour les non-affiliés et les nouveaux assurés, quelle que soit la date d'affiliation **ou pour les assurés déjà affiliés au plan de soins dentaires qui souhaitent passer à un plan de soins ambulatoires (qui comprend les soins dentaires).**

		Tarifs applicables à partir du 01/01/2024:	
		Soins dentaires	Soins ambulatoires
Situation du demandeur jusqu'au 31/12/2023 via le contrat FORCMS-AV-100	pas de plan de soins →	Tarif B	Tarif B
	DENTAL →	Tarif A	Tarif B
	AMBU →	Tarif A	Tarif A

Toutes les informations sur les plans de soins existants peuvent être trouvées via le lien ci-après : [Assurance hospitalisation et assurances complémentaires | BOSA \(belgium.be\)](#)

		Plafonds de remboursement	
		Soins dentaires	Soins ambulatoires
Situation du demandeur jusqu'au 31/12/2023 via le contrat FORCMS-AV-100	pas de plan de soins →	Oui	Oui
	DENTAL →	Non	Uniquement pour les verres de lunettes
	AMBU →	non	Non

## 2.2.2. Plan pour soins dentaires

Une prime annuelle doit être déclarée pour **les enfants (jusqu'à 24 ans inclus et domiciliés avec l'assuré principal), d'une part, et pour les adultes, d'autre part** (qu'il s'agisse d'assurés principaux ou de coassurés), pour un régime de soins dentaires comportant les garanties suivantes, afin de rembourser les frais suivants après déduction de toute contribution légale ou extralégale (**minimum 80 % du ticket modérateur**).

**Aucune somme forfaitaire/franchise ne peut être appliquée à ce plan.**

- visites chez le dentiste pour l'extraction et l'entretien des dents ;
- radiographie ;
- traitements dentaires, orthodontiques, paradontologiques et préventifs, couronnes et prothèses dentaires (*seules les prestations liées au tarif B peuvent être soumises à des plafonds de remboursement progressifs à compter de la date d'affiliation: 250 € la première année, 500 € la deuxième et 1.250 € la troisième année*).

## 2.2.3. Plan pour soins ambulatoires

Une prime annuelle doit être spécifiée **pour les enfants (jusqu'à 24 ans inclus et domiciliés avec l'assuré principal), d'une part et les adultes, d'autre part** (qu'ils soient assurés principaux ou coassurés) pour un plan de soins ambulatoires avec les garanties suivantes pour rembourser les coûts suivants après déduction de toute contribution légale ou extra-légale (minimum 50 ou 80% du ticket modérateur) :

### 2.2.3.1. Intervention d'au moins 80% du ticket modérateur

- les coûts liés aux consultations médicales ;
- des médicaments prescrits et des pansements délivrés par un pharmacien ;
- les traitements paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute, physiothérapeute, diététicienne, podologue, orthophoniste, psychologue, etc.) ;
- les examens médicaux, radiologiques ou de laboratoire ;
- les prothèses médicales (telles qu'une prothèse auditive), les appareils orthopédiques et les membres artificiels, les bandages et les attelles ;
- les frais d'opticien :
  - o les frais de lunettes (avec un maximum de 100 € pour les montures),
  - o de verres de lunettes (*seules les prestations liées au tarif B peuvent être soumises à des plafonds de remboursement progressifs à compter de la date d'affiliation : 250 € la première année, 500 € la deuxième et 1.250 € la troisième année*),
  - o de lentilles de contact ;
- les frais dentaires :
  - o visites chez le dentiste pour l'extraction et l'entretien des dents,
  - o radiographie,



- o les traitements dentaires, orthodontiques et parodontologiques, les couronnes et les prothèses dentaires (*seules les prestations liées au tarif B peuvent être soumises à des plafonds de remboursement progressifs à compter de la date d'affiliation: 250 € la première année, 500 € la deuxième et 1.250 € la troisième année*).

### 2.2.3.2. Intervention d'un minimum de 50% du ticket modérateur

- ostéopathie, chiropractie, homéopathie et acupuncture ;
- les médicaments homéopathiques.

## 2.3. Article 3 : Périodes d'attente

Pendant la période comprise entre la demande et l'affiliation effective aucune prime n'est due.

### 2.3.1. Tarif A - pour les membres du personnel qui sont déjà assurés

**Aucun délai d'attente** : pour les membres du personnel et leurs assurés secondaires qui sont déjà assurés par le contrat FORCMS-AV-100, le contrat prendra effet à la date du 01/01/2024 et sans délai d'attente.

L'adjudicataire informe l'assuré du nouveau contrat et du passage aux nouvelles conditions.

### 2.3.2. Tarif B - pour les membres du personnel qui souhaitent s'affilier

Délai d'attente général de **3 mois (ou 10 mois) à partir de l'affiliation effective.**

Pour ceux qui ne se sont pas engagés dans les 3 mois suivant le début du contrat ou du recrutement, une période d'attente de 10 mois s'applique.

**Pour les prestations suivantes, délai d'attente supplémentaire spécifique (donc après délai d'attente général):**

- Lunettes et lentilles **2 mois**
- Prothèses auditives : **6 mois**
- Soins parodontaux ; prothèses, bridges, couronnes, implants : **6 mois**
- Traitements orthodontiques : **16 mois**

Pour ce qui concerne les soins parodontaux et les traitements orthodontiques, aucun délai d'attente ne s'applique si le nouvel affilié d'un plan de soins ambulatoires était déjà bénéficiaire d'un plan de soins dentaires (FORCMS-AV-100).

Le prestataire de service informe l'assuré du contrat et des conditions.

		Période d'attente supplémentaire d'application après le délai d'attente général	
		Soins dentaires	Soins ambulatoires
Situation du demandeur jusqu'au 31/12/2023 via le contrat FORCMS-AV-100	pas de plan de soins →	Lunettes et lentilles : 2 mois Prothèses auditives : 6 mois Soins parodontaux : 6 mois Traitements orthodontiques : 16 mois	
	DENTAL →	non	Lunettes et lentilles : 2 mois Prothèses auditives : 6 mois
	AMBU →	non	non

## 2.4. Article 4 : Non-remboursement - exclusions

Les prestations résultant de :

- tentative de suicide ou d'automutilation ;
- intoxication résultant de la consommation de drogues, de l'abus de médicaments, de la toxicomanie, de l'ivresse ;
- acte intentionnel ;
- stérilisation, traitements contraceptifs ;
- opération à caractère esthétique (à l'exception de la chirurgie plastique reconstructrice suite à une maladie ou un accident) ;
- accidents ou maladies qui ne peuvent être vérifiés par un examen médical.