

Plan médical Ouvriers Bus & Car Règlement

Valable à partir du 01/04/2010

1. Définitions

1.1 *Règlement Plan médical*

Le Règlement Plan médical Ouvriers Bus & Car (ci-après dénommé le Plan médical) est constitué par les présentes conditions et par les éventuelles annexes.

1.2 *Organisateur*

Fonds Social pour les Ouvriers des Entreprises des Services Publics et Spéciaux et des Services d'Autocars
Av de la Métrologie 8,
1130 Bruxelles

1.3 *Gestionnaire*

AG Insurance Belgium s.a., boulevard Emile Jacqmain, 53, B-1000 Bruxelles, Compagnie d'assurance agréée sous le code n° 0079, RPM 0404.494.894, ci-après dénommée «AG Employee Benefits».

1.4 *CCT*

La convention collective de travail du 13/09/2010 relative à l'assurance hospitalisation sectorielle pour les ouvriers des entreprises de services réguliers, de services réguliers spécialisés et de services occasionnels.

1.5 *Affilié*

Tous les travailleurs qui ressortent sous les Sous-Commissions Paritaires 140.01, 140.02 et 140.03 et qui répondent aux conditions d'affiliation définies dans la Convention collective de Travail du 13/09/2010

TRADUCTION

1.6 *Établissement hospitalier*

Les établissements légalement reconnus comme hôpitaux, où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés. Sont exclus :

- les établissements psychiatriques fermés ;
- les établissements médico-pédagogiques ;
- les établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées, de personnes convalescentes ou d'enfants, à moins que ce centre de revalidation ne soit reconnu comme hôpital ;
- les maisons de repos, hôpitaux ou parties d'hôpitaux ayant reçu l'« agrément spécial comme maison de repos et de soins ».

1.7 *Hospitalisation*

Un séjour dans un établissement de soins, pour autant que ce dernier ait porté en compte au moins une nuit d'hospitalisation ou que l'intervention médicale pratiquée ait donné lieu à un remboursement dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (A.M.I.) sur la base du mini-forfait, du maxi-forfait, du forfait d'hôpital de jour, du forfait douleur chronique ou d'un autre forfait assimilable à celui-ci (hospitalisation de jour), à l'exclusion du forfait salle de plâtre.

1.8 *Soins médicaux ambulatoires*

Les soins de santé prodigués ou prescrits par un médecin en dehors d'une hospitalisation et qui sont repris dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire (A.M.I.).

1.9 *Accident*

Un événement subit et anormal, produit directement par l'action soudaine d'une cause extérieure, étrangère à la volonté de l'affilié et entraînant une lésion corporelle.

1.10 *Maladie*

Toute altération de la santé de l'affilié d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'affilié au moment de la constatation de la maladie.

1.11 *Intervention légale*

Tout remboursement constaté dans :

- la législation sociale belge applicable aux salariés, à savoir celle relative à l'assurance maladie-invalidité obligatoire (A.M.I.), aux accidents du travail ou aux accidents sur le chemin du travail et aux maladies professionnelles ;
- les conventions relatives à la sécurité sociale des salariés qui sont contraignantes pour la Belgique et certains autres pays.

1.12 *Prothèse*

L'appareil qui remplace totalement ou partiellement un membre ou un organe. Tout organe transplanté ou greffé est assimilé à une prothèse.

TRADUCTION

1.13 *Appareil orthopédique*

L'appareil destiné à corriger une déformation corporelle.

1.14 *Médicament*

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin dans un but curatif et enregistré et reconnu comme tel en Belgique.

1.15 *Année d'assurance*

L'année débutant à la date de prise en cours du plan médical et se renouvelant à chaque anniversaire de celle-ci.

1.16 *Franchise*

La partie des frais remboursables restant à la charge de l'affilié. Elle est fixée au point 7 du plan médical.

1.17 *Sinistre*

Tout événement pouvant faire intervenir les garanties du plan médical.

1.18 *Frais de séjour*

Ce montant comprend le prix de la journée d'entretien, le supplément facturé pour le séjour en chambre particulière normale ou à deux lits et le forfait journalier pour les médicaments.

1.19 *Alcoolisme*

La consommation abusive d'alcool qui entraîne certaines maladies (telles que la déficience vitaminique, l'infection des muqueuses de l'estomac, des conséquences neurologiques et nerveuses, des affections hépatiques, etc.), sans qu'il y ait nécessairement dépendance.

1.20 *Acte notoirement téméraire*

Tout acte volontaire ou négligence exposant son auteur, sans raison valable, à un danger dont il aurait dû avoir conscience.

1.21 *Fait intentionnel*

On entend par « fait intentionnel » le fait que l'affilié a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage raisonnablement prévisible, sans que l'affilié ait nécessairement eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

TRADUCTION

2. Objet du Plan médical

2.1. Intervention en cas d'hospitalisation

L'intervention concerne les hospitalisations consécutives à une maladie, un accident, une grossesse ou un accouchement, en vue de subir un traitement curatif et nécessaire au rétablissement de la santé.

L'intervention est octroyée en cas d'hospitalisation en chambre à deux lits et en chambre commune ou si l'affilié lui-même n'as pas choisit d'être hospitalisé en chambre individuelle et qu'aucun supplément de chambre ou d'honoraires lui est facturé.

La convention prévoit, dans les limites fixées au point 7 ci-après (Montant des prestations), le remboursement des frais :

- de séjour, d'honoraires médicaux, d'examens, de traitements et de médicaments ;
- de prothèses et d'appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale, à condition que ces frais soient réalisés pendant l'hospitalisation et soient en relation directe avec sa cause.

Les prestations suivantes sont également couvertes :

- les frais de transport approprié vers l'hôpital (aussi en hélicoptère) lorsqu'un certificat médical atteste que l'état de santé de l'affilié nécessite l'urgence de son hospitalisation ;
- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'organe ou de tissu chez l'assuré ;
- les frais des soins palliatifs ;
- la chirurgie plastique dans le cadre de la chirurgie réparatrice ;
- les frais de matériel médical ;
- les frais de morgue repris sur la facture d'hospitalisation.

En cas d'affection psychique ou psychiatrique et pour tous les types de dépression, les frais décrits ci-dessus sont remboursés pendant une durée maximum de deux années d'hospitalisation, consécutives ou non.

2.2 Intervention pour soins médicaux ambulatoires : « Pré- et Post-hospitalisation »

L'intervention garantie concerne les soins curatifs et nécessaires au rétablissement de la santé, prodigués dans les deux mois qui précèdent l'hospitalisation et dans les six mois qui la suivent et en relation directe avec la cause de celle-ci.

La convention prévoit, dans les limites fixées au point 7 ci-après (Montant des prestations), le remboursement des frais :

- des soins médicaux ambulatoires ;
- des médicaments prescrits pendant la période précitée ;
- de prothèses et appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale.

Les frais de transport ainsi que les frais de location et d'achat de matériel médical ne sont pas remboursés.

Les interventions concernent les hospitalisations débutant au plus tôt à la date d'affiliation. La période Pré-hospitalisation débute au plus tôt à partir de cette date.

TRADUCTION

2.3 *Intervention dans les frais de soins ambulatoires en cas de « Maladies graves »*

L'intervention porte sur les soins curatifs et nécessaires au rétablissement de la santé en relation directe avec une des maladies graves énumérées ci-après dûment diagnostiquées :

affections rénales traitées par dialyse, brucellose, cancer, charbon, choléra, diabète, diphtérie, dystrophie musculaire progressive, encéphalite, fièvre typhoïde et paratyphoïde, hépatite virale, leucémie, maladie d'Alzheimer, maladie de Creutzfeldt Jacob, maladie de Crohn, maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, maladie de Pompe, malaria, méningite cérébro-spinale, mucoviscidose, poliomyélite, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, Sida, tétanos, tuberculose, typhus, variole, maladies cardiovasculaires - par maladies cardiovasculaires on entend la décompensation cardiaque, l'infarctus cardiaque et les maladies coronariennes.

La convention prévoit, dans les limites fixées au point 7 ci-après (Montant des prestations), le remboursement des frais :

- des soins médicaux ambulatoires;
- de médicaments et de location du matériel médical;
- de prothèses et appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale.

Chaque assuré rassemblera ces notes frais de soins ambulatoires (consultations, frais de médicaments,...) relatifs à sa maladie grave et les enverras au maximum deux fois par an, sous un même pli, à AG Insurance. L'assuré n'enverra ces frais qu'au moment où l'ensemble des couts dépasse la franchise de 75 EUR.

Les frais de transport ne sont pas remboursés.

3. **Affiliation**

Tous les travailleurs qui ressortent sous les Sous-Commission Paritaires 140.01, 140.02 en 140.03 et qui répondent aux conditions d'affiliation définies dans la Convention collective de Travail du 13/09/2010.

4. **Début du Plan médical**

Le Plan médical entre en vigueur le 01/04/2010.

L'organisateur se réserve le droit, en cas de modification fondamentale de la législation relative à la sécurité sociale, de la loi sur les hôpitaux ou de toute autre législation susceptible d'avoir un impact considérable sur le présent règlement, de modifier les conditions.

5. **Formalités médicales – Délais d'attente – Affections préexistantes**

L'affiliation étant obligatoire pour tous les travailleurs qui entrent dans le domaine d'application de la CCT, il n'y a pas de formalités médicales ou de délais d'attente, et les affections préexistantes sont couvertes.

TRADUCTION

6. Choix du médecin et de l'établissement de soins

L'affilié est libre de choisir :

- les médecins légalement habilités à pratiquer ;
- les établissements de soins ;
- la chambre dans un établissement de soins.

7. Montant des prestations

Le remboursement par le gestionnaire est calculé comme suit :

- 7.1 Sont déduits du montant des frais encourus qui entrent dans le cadre des interventions du plan médical soins de santé :
- l'intervention légale.

REMARQUE : Si l'affilié, pour quelque raison que ce soit, ne bénéficie pas d'une intervention légale ou n'y a pas droit, un montant fictif à hauteur de l'intervention légale est déduit ;

- les remboursements de toute nature déjà perçus.

En ce qui concerne la garantie «maladies graves» reprise sous le point 2.3, un plafond de remboursement de 2500 EUR, par année d'assurance et par assuré, est d'application.

- 7.2 L'accouchement à domicile (y compris un accouchement et/ou un séjour dans une maison natale ou tout établissement assimilé) est indemnisé à titre forfaitaire, à concurrence de 620,00 EUR.
- 7.3 En cas d'hospitalisation à l'étranger, le droit à la prestation vaut lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément:

- l'hospitalisation doit présenter un caractère urgent et imprévisible, ou la mutualité doit avoir préalablement donné son accord;
- il doit y avoir une intervention légale;
- pendant les 12 mois précédant le sinistre, l'assuré ne peut pas avoir séjourné plus de 3 mois à l'étranger pour des raisons non professionnelles.

S'il n'est pas satisfait à ces trois conditions, le remboursement des frais garantis par le Plan médical sera limité à 75,00 EUR multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation pour les frais d'hospitalisation. Les frais de Pré- et Post-hospitalisation sont remboursés à hauteur de 50%. Les frais liés aux maladies graves ne donnent pas lieu à un remboursement.

La garantie « Hospitalisation à l'étranger » pris en charge par l'assisteur est décrite dans le point 8 ci-dessous.

- 7.4 A l'exception de la garantie «maladies graves» reprise sous le point 2.3 pour laquelle une franchise de 75 EUR, par année d'assurance et par assuré, est d'application, aucune franchise n'est applicable pour les interventions décrites ci-dessus.

TRADUCTION

8. Hospitalisation à l'étranger et Assistance

Pour cette garantie nous faisons appel à notre correspondant d'assistance INTER PARTNER ASSISTANCE, nommé ci-après l'assisteur. Elle est régie par les mêmes conditions générales et particulières, sous réserve des dispositions qui suivent. Cette garantie s'applique uniquement à l'étranger.

8.1. DEFINITIONS

ACCIDENT CORPOREL

L'événement soudain indépendant de la volonté de l'assuré qui entraîne une lésion corporelle constatée par une autorité médicale compétente et dont l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

ASSURES

Les personnes physiques reprises aux conditions particulières du présent contrat et qui n'ont pas séjourné, durant les 12 mois précédant le sinistre, plus de 3 mois à l'étranger.

AUTORITE MEDICALE COMPETENTE

Le praticien de l'art médical reconnu par la législation belge ou par la législation en vigueur du pays concerné.

CORRESPONDANT D'ASSISTANCE

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A., Compagnie d'Assurances agréée sous le code n° 0487 pour pratiquer les assurances touristiques (A.R. du 01.07.1979 et du 13.07.1979 - M.B. du 14.07.1979) dont le siège est établi à B-1050 Bruxelles, avenue Louise 166, RPM 0415.591.055.

EVACUATION SANITAIRE

Le transport vers un centre de soins belge ou étranger, d'un assuré malade ou blessé accompagné de personnel médical (médecin et/ou infirmier).

Une évacuation sanitaire ne s'envisage qu'en cas d'urgence médicale avec impossibilité de traitement adapté sur place.

INCIDENT MEDICAL

La maladie ou l'accident corporel survenant à l'assuré.

MALADIE

La dégradation de l'état de santé physique ou mentale constatée par une autorité médicale comportant des symptômes objectifs ; cette dégradation ne peut être imputable à un accident.

RAPATRIEMENT

Retour des assurés au domicile légal en Belgique.

FRAIS D'HOTEL

Il s'agit des frais de chambre et de petit déjeuner.

TRADUCTION

8.2. ASSISTANCE AUX PERSONNES

Notion d'incident médical

Les prestations d'assistance en cas d'incident médical sont accordées suite à maladie ou accident survenu à l'assuré.

8.2.1. Frais de sauvetage

L'assisteur rembourse les frais de recherche et de sauvetage suite à un incident médical exposés en vue de sauvegarder la vie ou l'intégrité physique d'un assuré à concurrence de la contre-valeur de 5.000,00 EUR par sinistre à condition que le sauvetage résulte d'une décision prise par les autorités locales compétentes ou des organismes officiels de secours.

L'événement doit impérativement être signalé à l'Assisteur dès sa survenance et une attestation des autorités locales ou organismes de secours doit lui être transmise.

8.2.2. Assistance médicale

En cas d'incident médical survenant à un assuré, l'équipe médicale de l'assisteur se met, dès le premier appel, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'assuré.

A la demande de l'assuré, l'assisteur organise la communication entre le médecin traitant à l'étranger et le médecin de famille.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est assumée par les autorités locales.

8.2.3. Envoi d'un médecin sur place

Suite à un incident médical et si l'équipe médicale de l'assisteur l'estime nécessaire, l'assisteur mandate un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'assuré afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

8.2.4. Rapatriement ou transport suite à un incident médical

Si l'assuré est hospitalisé suite d'un incident médical et que l'équipe médicale de l'assisteur juge nécessaire de le transporter vers un centre médical mieux équipé, plus spécialisé, ou plus proche de son domicile en Belgique, l'assisteur organise et prend en charge le rapatriement ou le transport sanitaire de l'assuré malade ou blessé, sous surveillance médicale si nécessaire, et selon la gravité du cas par :

- chemin de fer (1ère classe);
- véhicule sanitaire léger;
- ambulance;
- avion de ligne régulière, classe économique avec aménagement spécial si nécessaire;
- avion sanitaire;

jusque dans un service hospitalier proche du domicile de l'assuré en Belgique ou, si l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'à son domicile.

Si l'événement survient en dehors de l'Europe et des pays riverains de la Mer Méditerranée, le transport se fait par avion de ligne uniquement.

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par le médecin de l'assisteur en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux.

Le médecin de l'assisteur doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport.

TRADUCTION

L'assistant peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsque l'assistant a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre dès son retour son titre de transport non utilisé.

8.2.5. Remboursement des frais médicaux suite à un incident médical à l'étranger

L'assistant prend en charge, les frais consécutifs à des soins reçus à l'étranger, à la suite d'un incident médical après épuisement des prestations garanties par tout tiers-payeur.

Cette garantie comprend :

- les honoraires médicaux et chirurgicaux;
- les médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien local;
- les frais d'hospitalisation pour autant que l'assuré soit jugé intransportable par les médecins de l'assistant;
- les frais de transport en ambulance ordonné par un médecin pour un trajet local.

Ne sont pas remboursés :

- les interventions à caractère esthétique;
- les frais médicaux exposés en Belgique, même s'ils sont la conséquence d'un accident ou d'une maladie survenus à l'étranger;
- les frais de médecine préventive et les cures thermales;
- les traitements qui ne sont pas reconnus par la sécurité sociale belge;
- l'achat et la réparation de prothèses en général y compris lunettes, verres de contact, etc..., à l'exception des prothèses nécessitées par l'hospitalisation à l'étranger;
- le besoin d'assistance qui est survenu alors que l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique punissable ou dans un état analogue résultant de produits autres que des boissons alcoolisées ou accomplit un acte notoirement téméraire, un pari ou un défi;
- les frais résultant de toute demande d'assistance non formulée au moment des faits, à l'exception des frais médicaux exposés à l'étranger.

Conditions de prise en charge des frais médicaux

- A. L'hospitalisation à l'étranger présente un caractère urgent et imprévisible ou un accord a été conclu au préalable avec la mutualité.
- B. Ces prises en charge et/ou ces remboursements viennent en complément des remboursements et/ou prises en charge obtenus par l'assuré ou ses ayants-droit auprès de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié.
- C. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement se fait selon le barème légal. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement suivant le barème privé ne se font que lorsque les circonstances ou l'état médical du patient l'imposent et moyennant l'accord préalable du service médical de l'assistant.
- D. Lorsque l'assuré ne bénéficie pas des interventions légales (petits et/ou gros risques) auprès de sa Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance, l'assistant n'intervient en remboursement, qu'à concurrence de 50%.

Modalités de paiement des frais médicaux

En cas d'hospitalisation à l'étranger l'assistant fait l'avance des frais médicaux. Dans ce cas l'assuré s'engage dans un délai de deux mois suivant la réception des factures, à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre) et à reverser à l'assistant le montant des sommes ainsi obtenues.

TRADUCTION

Si l'assuré a pris lui-même les frais en charge, le paiement complémentaire de ces frais est effectué par l'assisteur à l'assuré à son retour en Belgique, après recours aux organisateurs prévus au paragraphe précédent, sur présentation de toutes pièces justificatives originales.

8.2.6. Envoi de médicaments, prothèses et lunettes

Lorsque, suite à un incident médical, l'assuré se trouve dépourvu de médicaments, prothèses ou lunettes indispensables dont le semblable ou l'équivalent ne peut être trouvé sur place mais bien en Belgique, l'assisteur organise et prend en charge leur recherche, leur expédition et leur mise à disposition sur prescription d'une autorité médicale compétente et après accord de son service médical.

Leurs frais d'achat, majorés des frais éventuels de dédouanement, sont à charge de l'assuré, sauf si ces frais sont compris dans la garantie du contrat tel que prévu au point **8.2.5.** ci-dessus.

8.2.7. Frais de rapatriement des autres assurés en cas d'évacuation sanitaire ou décès d'un assuré à l'étranger

En cas d'évacuation sanitaire ou de décès d'un assuré à l'étranger, l'assisteur organise et prend en charge, jusqu'à leur domicile en Belgique, le retour anticipé des autres assurés. Ce retour se fera par train 1ère classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne économique (distance du domicile supérieure à 1000 km).

Cette garantie s'applique pour autant que les autres assurés ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour et rentrer en Belgique par leurs propres moyens ou avec l'aide d'un chauffeur de remplacement.

L'assisteur peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et l'assisteur a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre dès son retour son titre de transport non utilisé.

8.2.8. Visite à un assuré hospitalisé à l'étranger

Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger suite à un incident médical et que les médecins mandatés par l'assisteur déconseillent son transport avant 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit le voyage (aller/retour) d'un membre de sa famille ou d'un proche résidant en Belgique pour se rendre auprès de l'assuré malade ou blessé. Les frais d'hôtel sur place de cette personne seront pris en charge par l'Assisteur, à concurrence de 65,00 EUR maximum par jour, pendant 10 jours maximum, et moyennant présentation des justificatifs originaux.
- soit les frais de prolongation de séjour d'une personne accompagnant l'assuré, à concurrence du même montant et sous les mêmes conditions.

8.2.9. Rapatriement funéraire au cours d'un voyage

En cas de décès d'un assuré à l'étranger et si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation en Belgique, l'assisteur organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge :

- les frais de traitement funéraire;
- les frais de mise en bière sur place;
- les frais de cercueil à concurrence de 620,00 EUR maximum;
- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation en Belgique.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation en Belgique ne sont pas pris en charge par l'assisteur.

TRADUCTION

Dans le cas où la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation sur place à l'étranger, l'assistant organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées. En outre, elle organise et prend en charge le voyage (aller/retour) d'un membre de la famille ou d'un proche résidant en Belgique pour se rendre sur le lieu de l'inhumation ou de crémation. Ce voyage se fait par train 1ère classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne (distance du domicile supérieure à 1000 km).

En cas de crémation sur place à l'étranger avec cérémonie en Belgique, l'assistant prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers la Belgique.

L'intervention de l'assistant est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le rapatriement de la dépouille mortelle vers la Belgique.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de l'assistant.

L'assistant peut demander le titre de transport initial de l'assuré si ce dernier n'a pu être utilisé.

8.3. Notification d'une hospitalisation à l'étranger

En cas d'hospitalisation à l'étranger, la notification doit être faite dans les 24 heures au numéro de téléphone +32 (2) 552 52 43 (24h/24h) de INTER PARTNER ASSISTANCE.

9. Que convient-il de faire en cas de sinistre ?

Tout affilié au Plan médical peut, en cas d'hospitalisation en Belgique, faire appel au système de tiers-payant organisé par le "Service Center" Medi-Assistance

Le tiers-payant en cas d'hospitalisation peut être demandé via le numéro mentionné sur la carte Medi-Assistance ou via le site web du gestionnaire (www.agemployeebenefits.be).

L'assuré peut en outre demander des conseils concernant :

- 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'affilié et bénéficiaire de Medi-Assistance, l'affilié reçoit une carte Medi-Assistance. Cette carte reprend beaucoup d'informations utiles, telles que le numéro de téléphone du service center que l'affilié peut appeler. Sur la base des données mentionnées sur sa carte, la personne de contact lui fournira toutes les informations concernant ses garanties (ou celles de la personne pour laquelle il appelle). Il pourra également confirmer si le gestionnaire prend en charge les frais d'hospitalisation et octroie le système de tiers-payant. Le service center envoie une confirmation à l'affilié. L'hôpital reçoit aussi une copie de la lettre. Le dossier administratif peut ainsi être établi. A l'arrivée à l'hôpital, l'affilié remet à l'accueil la lettre de confirmation signée. L'hôpital envoie la facture au gestionnaire qui la règle directement, et l'affilié ne doit pas payer d'acompte à l'hôpital. Seul le paiement de la franchise contractuelle peut être réclamé à l'entrée à l'hôpital. Si c'est le cas, il en sera fait mention dans la lettre de confirmation.

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

La procédure ne change pas en cas d'hospitalisation d'urgence. L'affilié lui-même, un proche ou un membre du personnel de l'hôpital, prend contact avec le service center Medi-Assistance du gestionnaire, pendant le séjour à l'hôpital. Si les conditions sont remplies, Medi-Assistance envoie la lettre de confirmation à l'hôpital via e-mail ou fax, avec confirmation du remboursement et du tiers-payant. Cela se fera le premier jour ouvrable suivant la demande.

TRADUCTION

Si la procédure de tiers-payant ne s'applique pas, les dispositions suivantes sont appliquées à la totalité des garanties de la convention. Le gestionnaire doit être informé du sinistre, au moyen des formulaires prévus à cet effet. L'affilié doit introduire la déclaration dans les trente jours suivant l'événement ou aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire.

Le gestionnaire se réserve le droit de refuser l'intervention ou de la limiter si la déclaration est faite en dehors de ce délai. Le gestionnaire n'utilisera pas ce droit si la déclaration a été introduite aussi rapidement que cela peut raisonnablement se faire, compte tenu des circonstances.

Le gestionnaire peut contrôler à tout moment l'exactitude des déclarations et des réponses données à ses demandes d'information.

10. Modalités de remboursement

Le remboursement est effectué une fois par mois, après réception des notes de frais et des autres documents nécessaires à son calcul. Le gestionnaire peut réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

Les pièces justificatives doivent être en possession du gestionnaire dans un délai de 3 ans à dater de la prestation médicale.

Le gestionnaire se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention si ce délai n'est pas respecté.

Les pièces justificatives présentées sont la propriété du gestionnaire.

L'organisateur et l'affilié ne peuvent renoncer totalement ou partiellement au recours contre les tiers responsables d'une maladie ou d'un accident.

Par le fait même que le remboursement est dû ou déjà effectué par le gestionnaire, celui-ci se substitue à l'affilié aux fins d'exercer un recours contre les tiers responsables ou contre un hôpital ou prestataire de soins si le prix facturé dépasse les limites normales du raisonnable.

11. Quels sont les risques non couverts ?

Les risques non couverts sont liés à des fautes graves :

11.1. Ces risques sont ceux :

- résultant d'un fait intentionnel ou d'une tentative de suicide de l'affilié, ou d'un acte notoirement téméraire de l'affilié, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;

- résultant de la participation volontaire de l'affilié à un crime ou un délit ;

- résultant directement ou indirectement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de l'usage abusif de médicaments ;

- survenant lorsque l'affilié est en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues, sauf s'il apporte la preuve qu'il n'existe aucun lien de causalité entre ces états et la maladie ou l'accident.

11.2 Les frais suivants sont également exclus de l'intervention :

- soins ou traitements esthétiques ou soins à des fins esthétiques, avec ou sans troubles fonctionnels, sauf accord préalable du médecin-conseil du gestionnaire ;

- traitements de cure, par exemple : thermalisme, thalassothérapie, cure hygiéno-diététique ;

- l'assistance, la garde ou l'entretien de l'affilié ;

TRADUCTION

- les traitements anti-conception (comme la stérilisation)
- les traitements médicaux de fertilité (tels que l'insémination artificielle, la fécondation in vitro) ;
- les check-up, les examens de dépistage préventif.

Les traitements suivants sont uniquement remboursés avec l'accord préalable du médecin-conseil du gestionnaire et sur présentation du rapport médical mentionnant la nécessité de l'intervention, la technique utilisée et le devis :

- reconstructions mammaires, quelles qu'en soient les causes ;
- traitements de la mâchoire ou des os maxillaires ;
- chirurgie bariatrique.

12. Les événements de guerre sont-ils couverts ?

Les maladies ou accidents causés par un événement de guerre ou par une guerre civile sont exclus des garanties.

13. Les cas d'émeutes sont-ils couverts ?

La maladie ou l'accident, survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils ou de tout acte de violence collectif d'inspiration politique, idéologique ou sociale, sont exclus des interventions.

Toutefois, les interventions sont acquises si l'affilié démontre :

- soit qu'il n'y a pris aucune part active ;
- soit qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- soit qu'il est intervenu en vue du sauvetage de personnes ou de biens.

Le Plan médical couvre les sinistres causés par le terrorisme, comme prévu dans les dispositions de la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme.

14. Fin de l'affiliation et des prestations

14.1 *L'affiliation et les interventions se terminent conformément aux stipulations de la Convention Collective de Travail du 13/09/2010.*

14.2 Toutefois, si l'affilié est hospitalisé à ce moment, les frais d'hospitalisation et Post-hospitalisation encourus pendant la période de garantie seront remboursés jusqu'à maximum 180 jours après la fin de l'affiliation.

15. Étendue territoriale

Le Plan médical est effectif dans le monde entier.

TRADUCTION

16. Caducité de l'intervention

L'affilié concerné individuellement perdra le droit à toute intervention :

- si de faux certificats sont présentés, si de fausses déclarations sont faites ou si des faits qui auraient influencé la décision du gestionnaire ont été tus volontairement ;
- si, de par un retard volontaire ou par l'omission de signaler une maladie en temps voulu au gestionnaire, il n'est plus possible de vérifier avec certitude si un sinistre répond encore aux dispositions du Plan médical.

17. Protection des données à caractère personnel

L'organisateur se réserve le droit de confier la gestion du présent contrat et / ou des sinistres à un tiers. L'organisateur et le gestionnaire concluent une convention de gestion qui régit notamment et particulièrement les engagements du gestionnaire en qualité de responsable du traitement des données à caractère personnel, conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

17. Litiges

Les éventuelles contestations d'une décision communiquée par le gestionnaire doivent lui être confirmées par écrit dans les 30 jours suivant la communication. Passé ce délai, la décision sera considérée comme acceptée.

Les contestations de nature médicale seront soumises au médecin traitant de l'affilié, d'une part, et au médecin-conseil du gestionnaire, d'autre part. Si les deux médecins ne parviennent pas à un accord, ils désigneront un troisième médecin de commun accord.

A défaut d'un accord sur cette désignation, le troisième médecin sera nommé par le Président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles, sur simple demande de la partie la plus diligente. La décision du troisième médecin sera exécutée, sauf recours introduit au tribunal. Chaque partie assumera les frais et honoraires de son médecin.

Les frais de désignation et les honoraires du troisième médecin seront assumés par les deux parties, chacune pour moitié.

Sans préjudice du recours légal, les éventuelles plaintes relatives au présent contrat peuvent être adressées par écrit à:

AG Insurance Belgium s.a.
Service de l'Ombudsman
Boulevard E. Jacqmain 53,
1000 Bruxelles
E-mail : ombudsman.insurance.be@aginsurance.be

TRADUCTION

18. Législation applicable

La législation belge est applicable.

19. Élection de domicile

L'organisateur et le gestionnaire élisent de plein droit domicile à leur siège social et l'affilié au dernier domicile connu de l'organisateur et contrôlé par le gestionnaire en cas de sinistre.

20. Financement

Le Plan médical est entièrement financé par l'organisateur.

***Ceci est une traduction de la version néerlandaise du Plan Médical.
En cas de discordance, la version néerlandaise fera foi en cas de litige.***