



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Circulaire n°5651 du 16/03/2016
A.P.S.S. VADE-MECUM du Relais Social

Cette circulaire remplace la circulaire n°3441 du 01/02/2011

Réseaux et niveaux concernés

Fédération Wallonie- Bruxelles

Libre subventionné
 libre confessionnel
 libre non confessionnel)

Officiel subventionné

Niveaux :

Type de circulaire

Circulaire administrative

Circulaire informative

Période de validité

A partir du 15/03/2016

Du au

Documents à renvoyer

Oui

Date limite :

Voir dates figurant dans la circulaire

Mot-clé :

Brochure A.P.S.S.

Destinataires de la circulaire

- Aux relais sociaux des établissements organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles

-

Pour information :

- Aux Directeurs(trices) des Ecoles supérieures des Arts organisées par la Fédération Wallonie-Bruxelles;

-Aux Chefs des établissements d'enseignement organisés par la Fédération Wallonie-Bruxelles;

- Aux Administrateurs(trices) des internats autonomes de la Fédération Wallonie-Bruxelles;

- Aux Administrateurs(trices) des homes d'accueil de l'enseignement spécialisé de la Fédération Wallonie-Bruxelles;

- Aux Directeurs(trices) des Centres de dépaysement et de plein air, du centre d'autoformation et de formation continuée à Huy, centre technique et pédagogique à Frameries, centre des Technologies agronomiques à Stée et centre technique Horticole à Gembloux;

- Aux Directeurs(trices) des Centres psycho-médico-sociaux organisés par la Fédération Wallonie-Bruxelles;

- A Mesdames et Messieurs les Recteurs des Universités;

- Aux Directeurs(trices)-Président@s des Hautes Ecoles organisées par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

-

Signataire

Ministre /
Administration :

Personnes de contact

Service ou Association : Association pour la Promotion du Service Social Enseignement Organisé

Nom et prénom	Téléphone	Email
BOSSON Miguel	02/500.48.52	miguel.bosson@cfwb.be

Service ou Association :

Nom et prénom	Téléphone	Email



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES
PERSONNELS DE
L'ENSEIGNEMENT

L'ASSOCIATION POUR LA PROMOTION
DU SERVICE SOCIAL DU MINISTRE DE LA
FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES POUR
L'ENSEIGNEMENT ET LES CENTRES P.M.S. DE
LA FEDERATION WALLONIE-BRUXELLES
A.S.B.L.

VADE-MECUM
DU RELAIS SOCIAL

PERSONNES RESSOURCES :

M^r MARCEL ROQUELLE - PRESIDENT - 068/65.86.25

M^r BOSSON MIGUEL - SECRETAIRE -TRESORIER - 02/500.48.52

ADRESSE :

A.S.B.L. A.P.S.S.

Bur. 1.08

Rue du Meiboom n°18

1000 BRUXELLES



Avant-propos

Depuis sa création, le service social du Ministère de la Communauté française (devenu entre-temps service social du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles) déploie ses activités en collaboration avec l'A.S.B.L. « Association pour la promotion du service social » qui lui apporte son aide dans divers domaines.

C'est ainsi qu'il a été créé, au sein de l'association, un fonds d'aide sociale permettant de consentir, dans des délais très brefs, aux membres du personnel des établissements d'enseignement et des centres psycho-médico-sociaux organisés par la Fédération Wallonie-Bruxelles, confrontés à une situation pécuniaire momentanément difficile, une avance sur traitement remboursable à court terme.

Celle-ci est égale au traitement d'activité non liquidé pour le mois concerné.

C'est encore dans le but d'accorder des avantages d'ordre social indéniables à tous les membres du personnel des établissements d'enseignement et des centres psycho-médico-sociaux du réseau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, y compris ceux admis à la retraite, que l'association a, depuis le 1er octobre 1985, conclu en leur faveur un contrat d'assurance collective «soins de santé» avec la «Société mutuelle des administrations publiques» (la société Ethias), sise rue des Croisiers 24 à 4000 Liège, le nombre sans cesse croissant d'affiliés au contrat d'assurance précité témoignant d'ailleurs de l'intérêt incontestable que ce contrat représente pour tous.

Nous terminerons ce bref aperçu des activités déployées par l'«Association pour la promotion du service social» en signalant que l'association dispose d'un fonds de roulement dont les crédits sont utilisés en vue de faciliter l'action du service social et de garantir la réalisation rapide de certaines de ses activités.

La présente brochure est destinée à aider les relais sociaux dans l'accomplissement de leur mission et à éclairer les membres du personnel sur les activités de l'association dont ils peuvent être bénéficiaires.

Le Président,

ROQUELLE Marcel.

Le Vice-Président,

DELSINNE André.



CHAPITRE I

Les bénéficiaires de l'Association pour la promotion du Service Social

Les bénéficiaires de l'association pour la promotion du service social sont les membres du personnel des établissements d'enseignement, des centres psycho-médico-sociaux et des autres établissements organisés par la Fédération Wallonie-Bruxelles, relevant de la Direction générale des Personnels de l'Enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, quelle que soit leur qualité (définitif, stagiaire, temporaire prioritaire, temporaire, contractuel) et à quelque catégorie qu'ils appartiennent. Les membres du personnel admis à la retraite peuvent toutefois bénéficier de l'assurance soins de santé.

Sont également bénéficiaires :

- Les membres de la famille du personnel habitant sous le même toit.
- Les membres du personnel non soumis à un régime statutaire, pour autant que leur employeur soit la Fédération Wallonie-Bruxelles et que leur traitement soit liquidé à charge de crédits inscrits au budget du département pour les rémunérations du personnel.

Sont exclus du bénéfice de l'action de l'association pour la promotion du service social, les membres du personnel qui sont :

- En non-activité en raison du prononcé à leur égard d'une suspension disciplinaire ;
- En non-activité en raison d'une mise en non-activité disciplinaire;
- En disponibilité pour mission spéciale;
- En disponibilité pour convenances personnelles.

Dans le cadre de la réglementation de l'association pour la promotion du service social, la famille comprend :

- L'époux, l'épouse, le cohabitant ou la cohabitante ;
- Les enfants à leur charge (sont considérés comme enfants à charge, les enfants dont le nom est repris dans la composition de ménage des membres du personnel assistés, ainsi que ceux qui, conformément à la législation en matière d'impôts sur les revenus, sont considérés comme à charge).

Toutefois, si une situation familiale particulièrement grave le justifie, l'aide de l'association pour la promotion du service social peut être étendue à tout membre de la famille habitant sous le même toit et dont le membre du personnel est l'unique soutien.

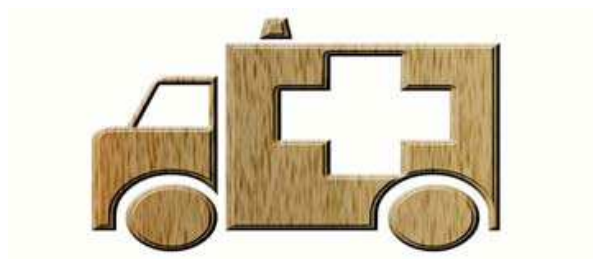
CHAPITRE II

Les activités de l'association pour la promotion du service social



Quelle que soit l'activité considérée, tout membre du personnel qui sollicite l'intervention de l'association pour la promotion du service social, est tenu d'introduire une demande écrite, soit directement, soit par l'intermédiaire du relais social désigné par l'établissement où il est en fonction si le membre du personnel le souhaite (l'aide du relais social est toujours facultative).

1. Assurance soins de santé-hospitalisation. (voir chapitre III)
2. Avances. (voir chapitre IV)
3. Pour mémoire, gestion du fonds de roulement en faveur du service social.



CHAPITRE III

Assurance collective soins de santé - hospitalisation

Objet de l'assurance et montants couverts:

Cette assurance garantit, en cas d'hospitalisation ou de maladie grave, le complément de remboursement des frais faisant l'objet d'une intervention légale et restant à charge des assurés, après déduction de celle-ci ..

Attention : Possibilité pour chaque famille d'opter pour la «Formule de base» ou la «Formule étendue»

Assurance hospitalisation

Remboursement de tous les frais de santé donnant lieu à intervention légale et encourus pendant le séjour dans un hôpital jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.

MODALITE 1 (formule étendue)

AVEC REMBOURSEMENT

Des suppléments relatifs aux frais de séjour et aux honoraires médicaux et paramédicaux pour chambre particulière choisie pour convenance personnelle.

Franchise annuelle de 74,37 euros, sauf en cas de maladie grave.

MODALITE 2 (formule de base)

SANS REMBOURSEMENT

Des suppléments relatifs aux frais de séjour et aux honoraires médicaux et paramédicaux pour chambre particulière choisie pour convenance personnelle.

Pas de franchise.

L'AssurCard :

Cette carte électronique nominative est envoyée automatiquement par Ethias à chaque affilié. Elle vous permet de bénéficier du «système du tiers payant ».

Attention :

Le fait que vous bénéficiez du système du tiers-payant, ne signifie pas que votre hospitalisation soit couverte par votre police collective.

Les garanties du contrat qui vous lient à Ethias restent entièrement d'application.

Règlement des sinistres : Toute admission à l'hôpital doit être communiquée à Ethias dès que possible.

A. En cas d'hospitalisation dans un hôpital équipé d'une borne Assur-Card, Ethias et AssurCard vous simplifient la vie !

AssurCard est une carte électronique nominative qui vous permet de bénéficier, dans la grande majorité des cas, du système de tiers payant.

L'avantage du système de tiers payant:

- Vous n'avez plus d'acompte à déboursier quand vous entrez à l'hôpital ;
- Vous ne devez plus régler la facture à la sortie et attendre qu'Ethias vous rembourse. C'est Ethias qui paie la facture directement à l'hôpital.

Autre avantage d'AssurCard

Vous ne devez plus déclarer votre hospitalisation par écrit à Ethias. Elle est enregistrée automatiquement.

Cependant, il se peut que vous ne puissiez avoir recours au système de tiers payant. Cela ne vous empêchera pas d'être remboursé(e) ultérieurement de vos frais d'hospitalisation et ce, pour autant que votre cas soit pris en charge par le contrat collectif.

Quand et comment utiliser AssurCard ?

C'est très simple ... vous êtes guidé(e) pas à pas : Avant de vous présenter au guichet d'admission de l'hôpital, rendez-vous au terminal AssurCard pour déclarer votre hospitalisation. Vous trouverez ce terminal à proximité des guichets d'admission des hôpitaux ayant adhéré au système AssurCard .

1. Introduisez votre carte dans le terminal.
2. Le système vérifie vos données personnelles. Si vous n'êtes pas assurée(e), un message vous en informe.
3. Dans tous les autres cas, vous êtes invité(e) à répondre à quelques questions qui s'affichent à l'écran d'une manière simple et conviviale.
4. A la fin de la procédure, un message vous informe si vous pouvez ou non bénéficier du système de tiers payant.
5. Rendez-vous au guichet d'admission de l'hôpital et présentez votre AssurCard.

Votre atout

Pas de déclaration à envoyer ni d'acompte ou de facture à régler.

B. En cas d'hospitalisation dans un hôpital qui n'est pas équipé d'une borne AssurCard.

Dans ce cas, l'acompte et la facture de votre hospitalisation devront être réglés directement à l'hôpital. Ce qui ne veut pas dire que votre hospitalisation ne soit pas couverte par votre contrat. Dans ces cas spécifiques, vous devez compléter le formulaire papier de « déclaration pour intervention soins de santé » et faire compléter par un médecin le certificat médical figurant au dos de ce document. Ce formulaire doit être transmis le plus rapidement possible à Ethias qui procédera à l'ouverture de votre dossier.

Vous transmettez ensuite à Ethias les justificatifs de frais encourus (original de la facture d'hospitalisation, tickets de pharmacie, attestations de soins donnés, ...). Les prestations de cette assurance ne sont accordées que sous réserve du droit, pour Ethias, de faire contrôler, à tout moment, par un médecin agréé par elle, l'état de santé de l'assuré. Le médecin choisi par l'assuré remet à l'assuré qui en fait la demande les certificats médicaux nécessaires à l'exécution du contrat.

Ethias vous envoie ensuite un accusé de réception, vous attribuant un numéro de dossier, à rappeler dans toute correspondance ultérieure. Pour de plus amples renseignements à ce sujet, un numéro gratuit est mis à votre disposition par Ethias: 0800/12.711. Vous pouvez également consulter le site d'Ethias sur internet (www.ethias.be).

C. Paiements.

Dans l'hypothèse où l'hôpital n'est pas équipé d'une borne AssurCard, toutes les factures relatives à votre hospitalisation (honoraires des médecins, prestations techniques médicales, frais pharmaceutiques et autres liés à l'existence de la maladie, etc...) doivent être acquittées par vous-mêmes. Il vous appartient de solliciter également le remboursement des frais susvisés suivant le régime INAMI auprès de votre mutuelle.

Pour les montants des primes, taxes incluses, qui sont appliqués à partir du 1^{er} janvier 2014 et indiquant les différences entre la formule de base et la formule étendue.

	Modalité 1	Modalité 2
Assurés entre 0 et 20 ans inclus	100,47 euros	32,86 euros
Assurés entre 21 et 49 ans inclus	255,18 euros	131,33 euros
Assurés entre 50 et 64 ans inclus	468,50 euros	131,33 euros
Assurés entre 65 et 69 ans inclus	803,24 euros	262,65 euros
Assurés à partir de 70 ans	1204,85 euros	393,98 euros

Ces primes s'entendent toutes taxes au 1^{er} janvier 2014 comprises (cotisation INAMI de 10% et taxe d'abonnement de 9,25%)

Remarques

1. Les enfants habitant toujours sous le même toit que leurs parents, mais qui ne sont plus à leur charge, ne sont plus bénéficiaires. A titre exceptionnel, ils peuvent continuer à bénéficier de la présente assurance collective s'ils y étaient affiliés auparavant et si le membre du personnel continue à y adhérer. Ils devront alors payer l'entièreté de la prime annuelle, selon la formule choisie.
2. N'oubliez pas d'informer par écrit Ethias de ce changement de situation familiale.

Modalités de paiement

La facturation de votre prime vous est adressée directement par Ethias : le choix vous est laissé de la payer annuellement, semestriellement ou trimestriellement (c'est-à-dire en une, deux ou quatre fois) et ce, sans supplément de prix.

Remboursements après intervention de votre mutuelle

Ethias vous rembourse:

- Les frais de séjour à l'hôpital en fonction de la formule choisie.
- Les honoraires médicaux et prestations paramédicales, en fonction de la formule choisie.

- Les frais pharmaceutiques en rapport avec l'affection.
- La totalité des frais ambulatoires (après intervention de la mutuelle) encourus

Soit deux mois avant et six mois après dans le cas d'une hospitalisation.

Soit tout au long de l'année dans le cas de maladie grave.

Sur base:

- Soit de la facture de l'hôpital (acquittée ou non).
- Soit de l'attestation de remboursement mutuelle pour les frais médicaux hors hospitalisation.

AssurCard

Si l'utilisation de votre «Assurcard » est possible :

- Les informations décrites ci-dessus ne sont pas applicables.
- Les frais non couverts par le contrat (par exemple, frais de téléphone) sont déduits par Ethias des frais ambulatoires liés à votre hospitalisation.

Attention : la facturation des frais varie selon les hôpitaux et en fonction du ou des médecins conventionné(s) choisi(s)
Renseignez-vous! En effet, certains médecins peuvent être conventionnés certains jours de la semaine et non conventionnés à d'autres, voire même à certaines heures de la journée. A signaler que les hôpitaux peuvent fournir, sur demande, la liste des médecins conventionnés travaillant en leur établissement.

Primes réellement payées par les affiliés.

Ethias se charge de faire parvenir directement l'avis de paiement aux adhérents.

La prime annuelle globale du membre du personnel varie selon les tranches d'âge précisées ci-avant.

Attention : Toute affiliation doit nécessairement être envoyée PAR ECRIT à l'A.P.S.S. qui se charge de tous les contacts avec Ethias.

Stage d'attente : à ne pas confondre avec les états préexistants (voir ci-après)

Le stage d'attente général après adhésion est de trois mois (pas de stage en cas d'accident), et de douze mois pour les accouchements et grossesses.

En ce qui concerne les nouveau-nés ou nouveaux conjoints, ceux-ci peuvent bénéficier de cette assurance, sans stage, dès leur entrée dans la famille, à la condition que la demande de leur adhésion parvienne chez Ethias endéans le mois de l'événement.

États préexistants

L'assurance n'intervient pas en principe pour des prestations résultant d'une affection existant avant la date d'adhésion, si celle-ci ne pouvait pas être ignorée de l'assuré, même si aucun diagnostic n'a été posé ! Cependant, certaines rechutes ou aggravations peuvent être prises en considération après la première année s'il n'y a pas eu de traitement médical de ladite affection pendant cette période.

Ceci n'est pas un stage d'attente, mais bien le refus éventuel de prise en charge d'une affection latente.

Attention

1. C'est le membre du personnel qui ouvre le droit à l'affiliation à l'assurance hospitalisation: il doit donc obligatoirement être lui-même affilié pour que ses conjoint/cohabitant et ou enfant(s) puissent y être inscrits.
2. Les bénéficiaires affiliés à une assurance hospitalisation à titre individuel peuvent souscrire à la présente assurance collective sans stage d'attente.
3. Exception : pour pouvoir bénéficier de l'assurance hospitalisation, les membres du personnel doivent y adhérer avant l'âge de 65 ans, de même que les membres bénéficiaires de leur famille.

Votre attention est attirée sur le fait que le montant de la prime annuelle concernant les enfants à charge est dorénavant limité à l'âge de 20 ans ; au-delà, ils seront considérés comme adultes.

Qui peut adhérer à cette assurance collective?

Peuvent y adhérer, pour autant qu'elles n'aient pas atteint l'âge de 65 ans le jour de leur adhésion, les personnes suivantes :

- Les membres du personnel exerçant à quelque titre que ce soit (définitif, stagiaire, temporaire, contractuel ou autre) une fonction dans les établissements d'enseignement et les centres psycho-médico-sociaux organisés par la Fédération Wallonie-Bruxelles (ex - État), relevant du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles et dont les traitements sont liquidés à charge de crédits inscrits au budget de ce département pour la rémunération du personnel,
- Les personnes faisant partie du ménage du membre du personnel, à savoir son conjoint ou son (sa) cohabitant(e) ainsi que leurs enfants et ascendants.
- Les enfants du membre du personnel qui ne font pas partie de son ménage mais pour lesquels celui-ci est tenu au versement d'une pension alimentaire.
- Les anciens membres du personnel aujourd'hui admis à la retraite et bénéficiaires d'une pension à charge du Trésor public en raison de leur nomination à titre définitif dans l'enseignement ou les centres psycho-médico-sociaux organisés par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

De quoi s'agit-il ?

L'assurance hospitalisation protège les adhérents plus particulièrement en cas de problèmes de santé qui nécessitent une hospitalisation ainsi que lors de certaines maladies graves soignées en dehors d'un séjour en milieu hospitalier.

L'intérêt pour « celui qui en bénéficie »

Si le membre du personnel doit être hospitalisé, l'argent ne sera plus un obstacle pour choisir librement soit une chambre commune, soit une chambre particulière, selon les modalités prévues par le contrat collectif.

En bref, l'assurance hospitalisation est « un plus » pour la qualité de vie de celui qui en bénéficie.

Modalités d'adhésion au contrat collectif « soins de santé – hospitalisation ».

Depuis le 1er janvier 2009, deux modalités d'adhésion au contrat collectif précité sont possibles:

Modalité 1

Cette modalité reprend intégralement les garanties dont les affiliés bénéficiaient jusqu'au 31 décembre 2013. Il est intervenu, au 1er janvier 2014, une modification au niveau des garanties offertes. Celles-ci figurent dans le document Ethias : précisions complémentaires (page 17 – 27).

Modalité 2

Cette modalité se différencie de la modalité 1 par le fait qu'elle ne garantit en aucun cas :

- Les suppléments relatifs aux frais de séjour en chambre à un lit pour convenance personnelle.
- Les honoraires et suppléments d'honoraires liés à l'occupation d'une chambre à un lit pour convenance personnelle.

Pour les hospitalisations en chambre commune ou à deux lits, les garanties de la modalité 2 sont entièrement identiques à celles prévues par la modalité 1.

Il y a lieu de noter que :

- Le choix de la modalité doit être identique pour tous les membres du ménage assurés.
- Le passage de la modalité 2 à la modalité 1 implique l'application des dispositions relatives au délai d'attente et aux affections préexistantes.

Quels sont les avantages de cette assurance collective soins de santé?

En cas d'hospitalisation consécutive à un accident, une maladie, une grossesse ou un accouchement, l'assurance vous remboursera les frais d'hospitalisation, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, des établissements médico-pédagogiques, des établissements destinés au simple hébergement des personnes âgées, convalescentes ou d'enfants et des maisons de repos.

Vous serez également remboursés :

Les frais de transport appropriés et justifiés par l'urgence de l'état de santé de l'assuré.

Les frais d'appareils orthopédiques, de prothèse (à l'exclusion de celles revêtant un caractère esthétique), de lunettes prescrites par un oculiste, les soins et traitements dentaires occasionnés durant le séjour en milieu hospitalier en rapport direct avec l'hospitalisation et pour autant qu'il y ait intervention légale.

De plus, elle vous remboursera une série de frais liés à l'hospitalisation et que vous aurez supportés deux mois avant votre séjour en clinique et six mois après celui-ci. Par exemple, des frais d'examens médicaux, de soins de kinésithérapie, de médicaments, etc. En cas de survenance d'une des maladies visées en page 20 du document Ethias : précisions complémentaires, l'assurance est étendue au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques exposés hors milieu hospitalier et sans limite de temps.

Toutefois, les prestations reprises ci-dessus ne sont pas accordées à l'assuré si l'affection (ou l'invalidité résultant d'un accident) pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance existait avant la date d'adhésion.

Cependant, les prestations seront accordées si, au cours de l'année qui précède l'hospitalisation ou la maladie grave justifiant la demande de l'intervention, l'assuré n'a pas subi de traitement médical résultant de la cause préexistante.

Quelles sont les exclusions principales?

Outre les exclusions traditionnelles (telles que la guerre, les risques nucléaires et l'acte intentionnel), les interventions de l'assurance ne sont pas accordées pour les soins résultant

- De traitements esthétiques (sauf chirurgie plastique réparatrice en cas d'accident ou de rajeunissement) ;
- De la pratique, en tant que professionnel, d'un sport quelconque et des sports d'hiver pratiqués en compétition;
- De la participation à une compétition sportive entraînant l'usage d'un moyen de locomotion.

Cette assurance hospitalisation soins de santé vous rembourse-t-elle tous les frais sans limite?

PRESQUE ...

Cette assurance vous rembourse les frais restants à votre charge après intervention légale de votre mutuelle et/ou de toute autre garantie s'appliquant au même risque. En outre, les interventions sont accordées pour chaque prestation, jusqu'à concurrence du **triple du montant prévu au barème des remboursements de l'INAMI.**

Pour quel montant ?

Pour les frais liés à l'hospitalisation et pour les frais de traitement de maladies graves (cancer, sida, etc.), depuis le 1er janvier 2004, plus aucun plafond n'a été fixé.

Dans l'assurance hospitalisation soins de santé, y-a-t-il une franchise ?

Non, sauf si vous avez choisi la modalité 1. Toutefois elle est supprimée en cas de maladie grave.

De combien ?

74,37 euros par an et par affilié.

Si vous êtes hospitalisé plusieurs fois sur l'année civile, la franchise de 74,37 euros ne vous est applicable qu'une fois.

Vous aurez donc tout intérêt à déclarer chaque hospitalisation, quelle que soit la modicité des frais.

Quand débutent les garanties ?

Au plus tôt, à la réception de la demande d'adhésion par l'A.S.B.L. « AP.S.S. »

Quelles sont les formalités à accomplir pour s'affilier?

Adressez-vous à votre relais social, celui-ci vous invitera à compléter la formule d'adhésion intitulée « proposition » et l'envoyer à :

ASBL Association pour la promotion du service social (Bureau 1.08)

Rue du Meiboom, 18 à 1000 Bruxelles (tél: 02/500.48.52).

Que se passe-t-il si vous avez déjà une assurance hospitalisation soins de santé auprès d'Ethias?

Indiquez-le sur la formule d'adhésion en rappelant le numéro de votre police et en mentionnant votre numéro de compte financier auquel Ethias vous remboursera le prorata de prime.

Que se passe-t-il si vous avez une assurance hospitalisation soins de santé à votre mutuelle ou dans une compagnie d'assurance autre qu'Ethias ?

Renvoyer à Ethias la formule d'adhésion complétée en indiquant la date de cessation de la garantie. Vous bénéficierez, dès le lendemain, de la garantie d'Ethias, sans délai de stage.

N'omettez pas, dès à présent, de prévenir votre assureur de votre intention de résiliation, dans les plus brefs délais.

Que doit faire le relais social ?

Vérifier si le membre du personnel a signé et daté la proposition.

Si rien n'a éventuellement été indiqué pour la «DATE D'EFFET DE LA GARANTIE» (elle sera alors déterminée par l'APSS). Si rien n'a éventuellement été indiqué pour « Sceau et signature de l'asbl » (à savoir que cette rubrique est réservée à l'APSS).

Informez le membre du personnel que le remboursement de la franchise éventuelle de 74,37 euros peut être obtenu intégralement en introduisant une demande auprès du service social.

Quelles démarches administratives à accomplir dans les plus brefs délais, en cas d'hospitalisation, pour tout affilié à l'assurance collective ?

- Remplissez lisiblement la déclaration pour intervention « soins de santé ». N'oubliez pas d'indiquer votre numéro de compte financier et votre numéro de police individuel.
- Envoyez cette demande d'intervention à Ethias, Rue des Croisiers 24 à 4000 Liège, le plus tôt possible, même si le verso ne peut être complété immédiatement. En retour, Ethias vous communiquera votre numéro de dossier.
- Adressez à Ethias la facture originale d'hospitalisation. Pour les autres frais, joignez les justificatifs, après remboursement de votre mutuelle ou de tout autre intervenant, en rappelant votre numéro de dossier.

Quelques détails pratiques ayant trait aux modalités de fonctionnement de l'assurance collective :

Lorsqu' Ethias est en possession de la demande d'adhésion, elle en accuse réception au membre du personnel en lui confirmant la date d'effet des garanties et en lui transmettant une copie des conditions générales du contrat.

- La facturation des primes s'effectue directement par Ethias auprès de l'assuré.
- La date d'échéance est fixée au 1 janvier. En cas d'adhésion en cours d'année, il sera perçu le prorata de prime restant à courir jusqu'au 31 décembre suivant.
- Les documents d'information, ainsi que les formules d'adhésion peuvent être obtenus auprès de l'APSS ou auprès du relais social du membre du personnel intéressé.

Document ETHIAS : précisions complémentaires

PRÉCISIONS UTILES

ASSURANCE COLLECTIVE SOINS DE SANTÉ

ASBL Association pour la promotion du Service social
du Ministère de la Communauté française
Polices n° 4.046.274 & 4.046.275

The logo for ethias, featuring the word "ethias" in a lowercase, sans-serif font. The letter "h" is stylized with a vertical stroke that extends upwards and slightly to the right, resembling a brushstroke or a pen nib.

OBJET DE L'ASSURANCE

Cette assurance garantit en cas d'hospitalisation ou de maladie grave, le complément de remboursement des frais restant à charge des assurés après déduction des interventions légales (mutualité, ...).

Par conséquent, ladite assurance a pour objet de protéger les personnes ou ménages qui sont confrontés à des dépenses importantes suite à une hospitalisation ou maladie grave.

QUI PEUT BÉNÉFICIER DE CETTE ASSURANCE ?

- a) Tout membre actif du preneur d'assurance ainsi que son conjoint ou la personne vivant maritalement avec lui et leurs enfants domiciliés sous le même toit ;
- b) tout membre retraité du preneur d'assurance ainsi que son conjoint ou la personne vivant maritalement avec lui et leurs enfants domiciliés sous le même toit, pour autant que leur adhésion ait eu lieu avant l'âge de 65 ans.

AFFILIATION

Une année d'assurance débute le 1er janvier et se termine le 31 décembre d'une même année.

Les modifications dans la composition du ménage (naissance, mariage, ...) survenues après l'affiliation à la police devront être déclarées dans les trente jours après l'événement au moyen d'un nouveau formulaire d'adhésion dûment complété. C'est uniquement si cette condition a été remplie que les modifications de garanties entreront en vigueur à la date de l'événement, sans stage - sauf en cas d'accouchement - (voir point 3 ci-après).

ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

1. CHAMP D'APPLICATION

A. En cas d'hospitalisation (voir définition à la fin de cet article) :

1. En cas d'hospitalisation, à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, Ethias rembourse, à concurrence des limites définies au chapitre "garanties" (voir ci-après), les frais de soins de santé, pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale dans le cadre des prestations reprises à la nomenclature de l'INAMI et soient encourus pendant le séjour dans un hôpital reconnu ou dans une institution de soins palliatifs reconnue.

Sur base des conditions susmentionnées, sont ainsi remboursés :

- a) les frais de séjour, en ce compris les suppléments relatifs aux chambres à un ou deux lits;
 - b) les coûts des prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires;
 - c) les coûts des prestations paramédicales;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux;
 - 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 thérapeutiques ainsi que d'appareils orthopédiques, lunettes, appareils auditifs, prothèses médicales et membres artificiels, dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'hospitalisation et sont en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation. Les prothèses de nature purement esthétiques ne sont pas remboursées;
 - h) le test de la mort subite.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts :
 - a) les frais non remboursables de viscérosynthèse et de matériel d'endoprothèse;
 - b) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale;
 - c) les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI;

- d) les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acuponcture;
- e) les frais :
 - ~ de transport approprié urgent vers l'hôpital;
 - ~ de transport approprié en cas d'hospitalisation, justifié pour raisons médicales;
 - ~ du service mobile d'urgence (SMUR);
- f) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré;
- g) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant de moins de 18 ans (rooming-in);
- h) les frais de morgue pris en compte sur la facture de l'hôpital.

B. Pré- et posthospitalisation

1. Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 60 jours avant l'hospitalisation et de 180 jours après l'hospitalisation, en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation et donnant lieu à une intervention légale de prestations reprises dans la nomenclature de l' INAMI.

Sont couverts pendant cette période :

- a) les frais de 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 de remèdes médicaux prescrits par un médecin;
 - d) les frais de prothèses médicales;
 - e) les frais de membres artificiels.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts :
 - a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature INAMI;
 - b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acuponcture;
 - c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical.

C. En cas de "maladie grave"

1. En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeld-Jacob, brucellose, épilepsie, syndrome de Treacher-Collins et dystrophie musculaire progressive, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier, donnant lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature INAMI et en rapport direct avec la maladie :
 - a) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie;
 - b) les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires;
 - c) les frais de prestations paramédicales;
 - d) les frais de location de matériel divers;
 - e) les médicaments.
2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non, sont également couverts :
 - a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature INAMI;
 - b) les frais de transport;
 - c) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acuponcture;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques, bandage, matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical;
 - e) tous les autres frais pour lesquels Ethias a marqué préalablement son accord.

D. Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et frais postérieurs à un accouchement

Cette assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à un accouchement à domicile et à un accouchement en polyclinique. Dans ces cas, les garanties du chapitre "pré et post hospitalisation" telles que mentionnées au point 1 B ci-dessus sont également d'application.

En outre, la garantie s'étend, dans les limites prévues dans les conditions spéciales, aux frais postérieurs à un accouchement facturés par un établissement de soins postnatals reconnu, relatif à des soins dispensés à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille par une aide qualifiée.

E. Ophtalmologie extramurale

Cette assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à l'opération de la cataracte avec implant monofocal ou bifocal pratiquée au cabinet d'un ophtalmologue qui répond à toutes les conditions légales afin de pouvoir procéder à ce type d'intervention.

Définitions

- a) **"hôpital"** : un établissement public ou un établissement privé reconnu légalement comme hôpital, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, 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.
- b) **"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 "one day clinic", pour autant que les conditions suivantes soient réunies :
- la salle d'opération ou la salle de plâtre 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 des prestations dans le cadre des mini- et maxi- forfaits ainsi que dans le cadre des forfaits A, B, C, D repris dans l'accord national entre les établissements hospitaliers et le service de soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

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 qu'Ethias ait marqué son accord par écrit avant le début du traitement.

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

2. HAUTEUR DE LA GARANTIE

Attention : deux modalités de couverture sont possibles.

Il est expressément convenu que le passage d'une formule de garantie à l'autre n'est possible que pour l'ensemble des membres du ménage à l'échéance annuelle moyennant demande expresse trois mois au moins avant celle-ci. Le passage de la modalité 2 à la modalité 1 implique l'application des dispositions relatives aux délais d'attente et aux affections préexistantes dont question aux points 3 et 4 ci-dessous.

A. Pour chaque prestation accordée au point 1 ci-dessus, la garantie d'Ethias est accordée jusqu'à concurrence :

- a) **modalité 1** : du triple du montant de l'intervention légale ;
- b) **modalité 2** : du triple du montant de l'intervention légale en ce qui concerne les hospitalisations en chambre commune ou à deux lits.

Il est précisé que dans le cadre de cette modalité, ne sont en aucun cas garantis :

- les suppléments relatifs au séjours en chambre à un lit pour convenance personnelle ;
- les honoraires et suppléments d'honoraires liés à l'occupation d'une chambre à un lit pour convenance personnelle.

B. Pour les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale (points 1.A.2, 1.B.2 et 1.C.2) sont d'application :

- a) une intervention à concurrence de 2 500,00 euros par assuré et par année calendrier pour l'ensemble des frais non remboursables de viscérosynthèse et de matériel d'endoprothèse, de matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale et de frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI;

- b) une intervention de 50% pour les frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, d'ostéopathie ou de chiropraxie si aucune intervention légale n'est accordée pour ces prestations.
- C. Le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant hospitalisé âgé de moins de 18 ans est limité à 25,00 euros par nuit.
- D. L'intervention dans les frais de séjour d'un donneur est accordée à concurrence de 1 250,00 euros.
- E. Les frais de transport liés aux maladies graves (point 1.C.2.b.) sont remboursés à concurrence d'un plafond global de 250,00 euros par personne et par année calendrier.
- F. Pour les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention d'Ethias n'est octroyée que pour des périodes de séjour cumulées ne dépassant pas deux ans, à compter à partir du premier jour qui donne droit à un remboursement.
- G. L'intervention pour les frais visés au dernier paragraphe du point 1. D. ci-dessus est accordée pendant une période maximum de douze jours après la fin de l'hospitalisation ou l'accouchement à domicile et à concurrence de maximum 500,00 euros.
- H. En ce qui concerne la chirurgie ophtalmologique extramurale, quel que soit le type de l'implant, l'intervention de la mutuelle et les honoraires à charge du patient, Ethias prend en charge une somme maximale de 600,00 euros par personne et par intervention.
- I. La franchise est fixée à 74,37 euros par assuré et par année calendrier.

Cette franchise n'est d'application que si l'assuré choisit une chambre à un lit pour convenance personnelle.
Aucune franchise n'est d'application dans le cas d'une maladie grave tel que défini au point 1.C. ci-avant.
Dans le cas où la franchise est d'application pour une hospitalisation ininterrompue ayant lieu à cheval sur deux années calendrier consécutives, Ethias n'appliquera la franchise qu'une seule fois.
Lorsque plusieurs membres d'une même famille assurée par le présent contrat sont hospitalisés en même temps suite à un accident, Ethias appliquera une seule fois la franchise pour tous les membres de la famille et non séparément pour chaque membre.

3. DÉLAI D'ATTENTE

- A. Le délai d'attente est la période prenant cours à l'affiliation et pendant laquelle Ethias n'est redevable d'aucune intervention. Le délai d'attente général est de trois mois.
- B. Ce délai est toutefois supprimé pour :
 - a) les accidents;
 - b) les maladies infectieuses aiguës suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, paludisme, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos;
 - c) le conjoint en cas de mariage et le nouveau-né en cas de naissance, d'une personne déjà assurée, pour autant que l'affiliation se fasse dans le mois qui suit la date de l'événement.
- C. Pour les frais liés à une grossesse ou un accouchement et sans préjudice de l'application du délai d'attente de trois mois prévu au point A., l'intervention d'Ethias est subordonnée à la condition que la grossesse ait débuté postérieurement à la date de la prise d'effet de la garantie à l'égard de la personne qui en est bénéficiaire.
- D. Par dérogation aux points A. et C., aucun délai d'attente n'est d'application pour les personnes qui bénéficiaient d'une assurance antérieure garantissant des avantages similaires pour autant qu'il se soit écoulé une période de trois mois depuis l'affiliation de ces personnes à cette assurance et qu'il n'y ait pas d'interruption de couverture entre les deux contrats. En outre, si la demande d'intervention porte sur des frais liés à une grossesse ou un accouchement, les prestations résultant du présent contrat ne seront octroyées que pour autant que la grossesse ait débuté postérieurement à l'affiliation de la bénéficiaire à l'assurance antérieure.

Que faire si on dispose déjà d'une assurance de ce type?

Les personnes ou ménages qui disposeraient déjà d'un contrat d'assurance prévoyant des garanties similaires auprès d'Ethias, d'un autre assureur ou de leur mutuelle pourront après l'expiration de la police en cours - résiliable annuellement - passer à l'assurance collective sans application de stages.

Toutefois, il ne peut y avoir interruption d'assurance.

Il suffit de joindre une copie de la police existante au formulaire d'adhésion à la présente assurance et d'effectuer les démarches nécessaires à la résiliation de l'assurance en cours.

4. AFFECTIONS PRÉEXISTANTES

Que se passe-t-il si au moment de l'affiliation à l'assurance, on souffre d'une maladie ou invalidité préexistante?

Les prestations prévues au point 1 (champ d'application) ne sont pas accordées aux assurés si l'affection (ou l'invalidité résultant d'un accident) pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance existait avant la date d'adhésion à la présente police, même si les premières manifestations de l'affection n'ont pas permis de poser un diagnostic précis ou n'est pas couverte par un contrat d'assurance en cours.

L'aggravation de la maladie ou de l'affection est toutefois prise en considération lorsque l'assuré s'est affilié à la police depuis plus d'un an et n'a fait l'objet durant cette période d'aucun traitement médical résultant de la maladie ou de l'affection préexistante. La maladie ou l'affection découverte après trois ans d'affiliation à la police d'assurance, même si cette maladie ou affection existait avant la conclusion de cette police, est couverte.

5. EXCLUSIONS

Aucune intervention n'est due pour les prestations résultant :

- a) d'un traitement esthétique et de cures de rajeunissement. Les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge;
- b) de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré (à la condition que le lien causal soit établi) :
 1. en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, de narcotiques, ou de stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que l'assuré fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers.
 2. par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
- c) de traitement de stérilisation et de contraception, excepté pour des raisons médicales impérieuses;
- d) d'insémination artificielle, de fécondation in vitro et de cures thermales;
- e) d'un événement de guerre, que l'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire; de 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;
- f) d'exercice rémunéré d'un sport;
- g) 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;
- h) de sinistres résultant de l'utilisation d'énergie nucléaire qui tombe sous l'application de la convention de Paris (loi du 22 juillet 1985) ou toute autre disposition légale qui remplacerait, modifierait ou compléterait cette loi ;
- i) de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide;
- j) 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.

6. PRÉCISIONS QUANT AU RISQUE GARANTI

- a) Limites territoriales : il n'y a aucune limite territoriale, cette assurance est d'application dans le monde entier;
- b) Terrorisme : la présente police couvre les dommages résultant d'un acte de terrorisme, conformément à la loi du 1er avril 2007 (M.B. du 15 mai 2007). Dans ce cadre, Ethias a adhéré à l'a.s.b.l. TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Tant le principe que les modalités d'indemnisation d'un sinistre résultant d'un acte de terrorisme sont déterminés par un Comité distinct des entreprises d'assurance qui est instauré par l'article 5 de la loi du 1er avril 2007.

7. RÈGLEMENT DES SINISTRES

Toute admission à l'hôpital doit être communiquée à Ethias dès que possible.

A. En cas d'hospitalisation dans un hôpital équipé d'une borne AssurCard

Ethias et AssurCard vous simplifient la vie !

AssurCard est une carte électronique nominative qui vous permet de bénéficier, dans la grande majorité des cas, du système de tiers payant.

L'avantage du système de tiers payant :

- vous n'avez plus d'acompte à déboursier quand vous entrez à l'hôpital ;
- vous ne devez plus régler la facture à la sortie et attendre qu'Ethias vous rembourse. C'est Ethias qui paie la facture directement à l'hôpital.

Autre avantage d'AssurCard :

Vous ne devez plus déclarer votre hospitalisation par écrit à Ethias. Elle est enregistrée automatiquement.

Cependant, il se peut que vous ne puissiez avoir recours au système de tiers payant. Cela ne vous empêchera pas d'être remboursé(-e) ultérieurement de vos frais d'hospitalisation et ce, pour autant que votre cas soit pris en charge par le contrat collectif.

Quand et comment utiliser AssurCard ?

C'est très simple... vous êtes guidé(-e) pas à pas.

- avant de vous présenter au guichet d'admission de l'hôpital, rendez-vous au terminal AssurCard pour déclarer votre hospitalisation. Vous trouverez ce terminal à proximité des guichets d'admission des hôpitaux ayant adhéré au système AssurCard ;
- introduisez votre carte dans le terminal :
 1. le système vérifie vos données personnelles ;
 2. si vous n'êtes pas assuré(-e), un message vous en informe ;
 3. dans tous les autres cas, vous êtes invité(-e) à répondre à quelques questions qui s'affichent à l'écran d'une manière simple et conviviale ;
 4. à la fin de la procédure, un message vous informe si vous pouvez ou non bénéficier du système de tiers payant ;
 5. rendez vous au guichet d'admission de l'hôpital et présentez votre AssurCard.

Votre atout ?

Pas de déclaration à nous envoyer ni d'acompte ou de facture à régler.

B. En cas d'hospitalisation dans un hôpital qui n'est pas équipé d'une borne AssurCard

Dans ce cas, l'acompte et la facture de votre hospitalisation devront être réglés directement à l'hôpital. Ce qui ne veut pas dire que votre hospitalisation ne soit pas couverte par votre contrat. Dans ces cas spécifiques, vous devez compléter le formulaire papier de « déclaration pour intervention soins de santé » et faire compléter par un médecin le certificat médical figurant au dos de ce document. Ce formulaire doit être transmis le plus rapidement à Ethias qui procédera à l'ouverture de votre dossier.

Vous transmettez ensuite à Ethias les justificatifs de frais encourus (original de la facture d'hospitalisation, tickets de pharmacie, attestations de soins donnés,...).

Les prestations de cette assurance ne sont accordées que sous réserve du droit, pour Ethias, de faire contrôler, à tout moment, par un médecin agréé par elle, l'état de santé de l'assuré. Le médecin choisi par l'assuré remet à l'assuré qui en fait la demande les certificats médicaux nécessaires à l'exécution du contrat.

Attention !

Le fait que vous bénéficiez du système de tiers payant ne signifie pas que votre hospitalisation soit couverte par votre police collective. Les garanties du contrat qui vous lient à Ethias restent entièrement d'application.

Pensez-y !

Même avec le système de tiers-payant, il se peut que certains frais d'hospitalisation ne soient pas couverts par le contrat (franchise, frais de téléphone, location de télévision,...) Dans ce cas, ils seront d'abord récupérés sur le montant des frais ambulatoires exposés avant ou après l'hospitalisation. Ensuite, si nécessaire, nous vous inviterons à nous rembourser les frais non couverts par votre contrat.

8. PRIME

Les garanties de la présente police sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle déterminée sur base des primes suivantes :

	Modalité 1	Modalité 2
• assurés entre 0 et 20 ans inclus	100,47 euros	32,86 euros
• assurés entre 21 et 49 ans inclus	255,18 euros	131,33 euros
• assurés entre 50 et 64 ans inclus	468,50 euros	131,33 euros
• assurés entre 65 et 69 ans inclus	803,24 euros	262,65 euros
• assurés à partir de 70 ans	1.204,85 euros	393,98 euros

Ces primes s'entendent toutes taxes au 1^{er} janvier 2014 comprises (cotisation INAMI de 10 % et taxe d'abonnement de 9,25 %).

Nous vous rappelons que le passage d'une formule de garantie à l'autre n'est possible que pour l'ensemble des membres du ménage à l'échéance annuelle moyennant demande expresse trois mois au moins avant celle-ci. Le passage de la modalité 2 à la modalité 1 implique l'application des dispositions relatives aux délais d'attente et aux affections préexistantes dont question aux points 3 et 4 ci-dessus.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Concernant l'assurance

Ethias, rue des Croisiers, 24 à 4000 LIÈGE

Pour tout renseignement concernant la couverture

Tél. 04 220 81 00

contrat.medicollectivites@ethias.be

En cas d'hospitalisation

Tél. 04 220 33 01

sinistre.soindesante@ethias.be

Ce texte a un caractère purement informatif et a pour but de donner un aperçu des dispositions reprises dans le contrat d'assurance collective conclu entre le souscripteur et Ethias. En cas de litige, Ethias se référera exclusivement aux conditions particulières, spéciales et générales de la police.

Note Explicative

CONTINUATION À TITRE INDIVIDUEL DE L'ASSURANCE COLLECTIVE LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

DROIT A LA POURSUITE A TITRE INDIVIDUEL DE L'ASSURANCE COLLECTIVE

Définition

Sauf en cas de non paiement de la prime et, de manière générale, en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective (par exemple, en cas de changement d'employeur, de licenciement, de retraite, etc), sans devoir, à ce moment, subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un questionnaire médical. Aucun nouveau délai d'attente ne peut être imposé. Ce droit existe aussi bien au profit de l'assuré titulaire que des membres de sa famille.

Condition

Le droit à la continuation individuelle est subordonné à la condition que l'assuré ait été affilié de manière ininterrompue à un contrat d'assurance hospitalisation durant les deux années qui ont précédé la perte du bénéfice de l'assurance collective.

Procédure et délais

Le preneur de l'assurance collective ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance collective, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement.

A dater de la réception de ce courrier, l'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour informer l'assureur de son intention de poursuivre le contrat à titre individuel. Ce délai peut être prolongé de 30 jours et ainsi porté à 60 jours, à condition pour l'assuré d'en informer l'assureur par écrit ou par voie électronique.

L'assureur doit, dans les 15 jours à compter du moment où il est informé de l'intention de l'assuré de poursuivre l'assurance à titre individuel, lui faire une offre de contrat contenant des garanties similaires. L'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour accepter cette offre.

Cas particulier de continuation de l'assurance par les membres de la famille

Les membres de la famille de l'assuré titulaire peuvent aussi exercer ce droit à la poursuite individuelle s'ils perdent le bénéfice de l'assurance collective pour une raison autre que la perte du bénéfice par l'assuré principal (par exemple, en cas de divorce ou de séparation ou lorsqu'un enfant quitte le foyer). Dans ce cas, le membre de la famille doit, dans un délai de 105 jours à partir du moment où il perd le bénéfice précité, informer l'assureur, par écrit ou par voie électronique, de son intention de poursuivre le contrat individuellement. L'assureur doit lui faire une offre d'assurance dans les 15 jours suivants. Le membre de la famille dispose d'un délai de 30 jours pour accepter cette offre.

PAIEMENT D'UNE PRIME COMPLEMENTAIRE

La prime relative à l'assurance individuelle, qui est conclue dans le cadre de la continuation de l'assurance collective, tiendra compte de l'âge atteint par l'assuré au moment où celui-ci poursuit le contrat à titre individuel.

Toutefois, l'assuré peut verser, au cours de l'assurance collective, un complément de prime. Dans ce cas, l'âge dont il sera tenu compte pour déterminer la prime de l'assurance conclue à titre individuel sera l'âge qu'avait l'assuré au moment où il a commencé à payer la prime complémentaire. S'il interrompt les paiements, une adaptation sera opérée en rapport avec la durée de cette interruption.

Ethias propose à l'assuré de verser ce complément en concluant le contrat « Plan Médi-Next ». Toute information au sujet de ce contrat peut être obtenue en formant le numéro 04 220 37 90.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Ethias
rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE
Tél. 04 220 31 11
Fax 04 220 30 05
www.ethias.be
info@ethias.be

ETHIAS SA rue des Croisiers 24 4000 LIÈGE www.ethias.be info@ethias.be

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).

RPM Liège TVA BE 0404.484.654 Compte Belfius Banque : BE72 0910 0078 4416 BIC : GKCCBEBB



CHAPITRE IV

Avances du fonds d'aide sociale

Ne peuvent bénéficier des avances de l'A.P.S.S. :

- **les membres du personnel admis à la retraite**
- **les membres du personnel rémunérés à charge des dotations, étant donné que l'administration n'exerce pas de droit sur les traitements qui leur sont alloués.**

Nature des avances

L'Association pour la promotion du service social accorde, sous forme d'avance sur le traitement récupérable à court terme, une aide financière aux membres du personnel qui se trouvent momentanément en situation difficile. Un retard imprévu dans la liquidation du traitement, un événement fortuit, peuvent, en effet, causer à certains membres du personnel des embarras financiers momentanés mais suffisamment sérieux que pour réclamer une solution urgente.

Qui peut bénéficier de ces avances?

Tout membre du personnel bénéficiaire de l'association pour la promotion du service social qui connaît une situation pécuniaire passagère difficile.

Comment solliciter ces avances?

Adresser une requête au Responsable de la Direction déconcentrée dont vous dépendez :

Bruxelles Capitale : Monsieur Pierre LAMBERT (pierre.lambert@cfwb.be)

Fax : 02/500.48.76

Brabant Wallon : Madame Odette ZOUNGRANA (odette.zoungrana@cfwb.be)

Fax : 067/64.47.30

Hainaut : Madame Françoise SAIM (francoise.saim@cfwb.be)

Fax : 071/32.68.99

Namur : Madame Delphine POUPE (delphine.poupe@cfwb.be)

Fax : 081/30.53.93

Liège : Madame Emmanuelle WINDELS (emmanuelle.windels@cfwb.be)

Fax : 04/364.13.12

Luxembourg : Monsieur Fabrice VERBEKE (fabrice.verbeke@cfwb.be)

Fax : 081/31.21.77

Direction de la coordination : Monsieur Jean-Luc DUVIVIER (jean-luc.duvivier@cfwb.be)

Fax : 02/413.39.35. **Pour le personnel en fonction dans les ESA**

Cette requête doit contenir les informations suivantes:

- Nom, prénom et fonction exercée par le demandeur;
- Etablissement où il exerce sa fonction;
- Relation succincte de la motivation de la requête;
- La somme liquidée sera égale au montant du traitement d'activité. Annexer à la requête deux attestations établies sur le modèle fixé.
- L'une (annexe 1) est rédigée par le chef d'établissement décrivant la situation administrative et les prestations du membre du personnel (formulaire ci-après).
- L'autre (annexe 2) doit être établie par le requérant souscrivant un engagement pour le remboursement de l'avance consentie (formulaire ci-après).

**A.S.B.L. Association pour la promotion
du service social de la Fédération Wallonie-Bruxelles**

FONDS D'AIDE SOCIALE
ATTESTATION DU CHEF DE L'ETABLISSEMENT

Je soussigné(e)

certifie que M

fonction⁽¹⁾ :

définitif (ve), stagiaire, temporaire, temporaire prioritaire⁽²⁾

est en activité de service.

La période de désignation pour les temporaires

du..... au.....⁽³⁾

Fait à....., le..... .

Signature

(1) Indiquer nom, prénom, fonction, établissement.

(2) Biffer les mentions inutiles.

(3) Uniquement pour les temporaires.

**A.S.B.L. Association pour la promotion
du service social de la Fédération Wallonie-Bruxelles**

FONDS D' AIDE SOCIALE
ATTESTATION DU REQUERANT

Je soussigné(e) :

Nom et prénoms :

Date de naissance :

Fonction :

Situation administrative : définitif (ve), stagiaire, temporaire, temporaire prioritaire⁽¹⁾

N° de matricule :

Adresse complète et n° de téléphone de l'établissement :

.....

Domicilié(e) à..... (code postal).....

Rue :

N° de compte :

Autorise le Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles à récupérer sur les prochains paiements qui me seront versés par celui-ci le montant de l'avance remboursable à court terme qui me serait consentie suite à la requête que j'ai introduite ce jour.

Je certifie sur l'honneur que mon traitement ou salaire est quitte et libre de toute charge.

Réservé à l'administration

Somme versée

Fait à, le.....

Réf :

Signature du requérant

Signature du responsable de la Direction déconcentrée

Pour accord,

(1) Biffer les mentions inutiles.



CHAPITRE V

Les statuts de l'A.S.B.L

Association pour la promotion du service social du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles, secteur enseignement et centres psycho-médico-sociaux.

A.P.S.S. - ASBL

Titre 1er Dénomination. Siège. Objet. Durée.

Article 1

L'association prend pour dénomination: «Association pour la promotion du service social du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles (secteur: enseignement et centres psycho-médico-sociaux)», en abrégé: « A.P.S.S. ».

Article 2

Le siège de l'association est situé à 1000 BRUXELLES, Rue du Meiboom n° 18 (arrondissement judiciaire de Bruxelles). Le siège pourra être transféré en tout autre endroit sur simple décision du conseil d'administration.

Article 3

L'association a pour objet de mener toutes actions et de prendre toutes mesures susceptibles de favoriser le fonctionnement et le développement du service social du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles (secteur: enseignement et centres psycho-médico-sociaux).

Article 4

L'association est constituée pour une durée illimitée. Elle peut être dissoute dans les formes et conditions prévues par la loi du 27 juin 1921 sur les associations sans but lucratif, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 2 mai 2002.

Titre 2. Associés.

Article 5

Le nombre de membres associés est fixé à 16 au maximum. L'admission de nouveaux membres associés est prononcée par le conseil d'administration. Ils sont choisis parmi les membres du personnel définitifs et/ou contractuels affectés au Secrétariat général, à l'A.G.E. et/ou parmi les membres du personnel retraités, ayant exercé leurs fonctions au sein des administrations précitées.

Article 6

La démission, la radiation ou l'exclusion des associés est réglée par l'article 12 de la loi du 27 juin 1921 précitée, tel qu'il a été modifié par la loi du 2 mai 2002.

Titre 3. Administration.

Article 7

L'association est administrée par un conseil d'administration composé de huit membres nommés par l'assemblée générale des membres associés et révocables par elle. Ils sont choisis parmi les membres associés.

La durée du mandat des administrateurs est fixée à quatre ans. Il est renouvelable.

Tout administrateur désigné pour pourvoir à une vacance survenue en cours de mandat n'est nommé que pour le temps nécessaire à l'achèvement de celui-ci.

Article 8

Le conseil d'administration procède à la désignation d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un trésorier.

Article 9

Le président du conseil d'administration convoque celui-ci chaque fois qu'il le juge nécessaire et au moins une fois par an ; il doit le convoquer dans la huitaine, lorsque trois administrateurs au moins lui en font la demande par écrit.

La présence de trois administrateurs est nécessaire pour la validité des délibérations.

Le conseil ne peut délibérer que sur les points inscrits à l'ordre du jour annexé aux convocations. Les décisions au conseil sont prises à la majorité des voix des membres présents.

Il est dressé procès-verbal des séances du conseil dans un registre tenu au siège social; les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire.

Article 10

Le conseil d'administration a les pouvoirs les plus étendus pour assurer la bonne marche de l'association. Tout ce qui n'est pas réservé à l'assemblée générale par la loi et par les présents statuts est de la compétence du conseil d'administration.

Article 11

Le conseil peut déléguer la gestion journalière de l'association, avec usage de la signature afférente à cette gestion, à un administrateur dont il fixera les pouvoirs.

Tous les actes autres que ceux qui relèvent d'une délégation sociale sont signés par le président et le secrétaire.

Titre 4. Assemblée générale

Article 12

L'assemblée générale ordinaire des membres associés se réunit chaque année au siège social dans le courant du premier semestre. La convocation se fait par écrit huit jours au moins avant la date fixée.

Une assemblée générale extraordinaire des membres associés peut être convoquée par le conseil d'administration chaque fois qu'il le juge nécessaire; elle doit l'être lorsqu'un cinquième au moins des associés en font la demande écrite au président.

Les décisions sont prises à la majorité des associés présents. En cas de parité des voix, la proposition mise au vote est rejetée. Il est tenu procès-verbal des assemblées générales dans un registre déposé au siège social. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire.

Les résolutions prises par l'assemblée générale sont communiquées par écrit aux associés dans les dix jours.

Article 13

Sont réservées à l'assemblée générale les délibérations portant sur :

- la nomination et la révocation des administrateurs, la révocation des membres associés;
- l'approbation des budgets et des comptes.

Article 14

L'année sociale commence le 1er janvier et finit le 31 décembre.

Les livres et comptes sont arrêtés à cette dernière date. Le conseil d'administration soumet tous les ans à l'approbation de l'assemblée générale ordinaire des membres associés le compte des recettes et dépenses de l'exercice écoulé, le budget de l'exercice suivant ainsi qu'un rapport sur l'activité morale et la situation financière de l'association.

L'adoption des comptes par l'assemblée générale vaut décharge pour le conseil d'administration.

Titre 5. Disposition financière.

Article 15

L'avoir social se compose:

- de dons;
- du produit des activités organisées par l'association.

Les membres associés ne paient aucune cotisation.

Article 16

Les héritiers d'un associé décédé ne peuvent faire valoir aucune prétention sur le fonds social, ni demander des comptes, ni apposer des scellés, ni faire inventaire.

Titre 6. Modifications aux statuts.

Article 17

L'assemblée générale peut modifier les statuts dans les conditions fixées par l'article 8 de la loi du 27 juin 1921 précitée, tel qu'il a été modifié par la loi du 2 mai 2002.

Titre 7. Dissolution.

Article 18

La dissolution de l'association peut être prononcée par l'assemblée générale des membres associés dans les conditions fixées par l'article 20 de la loi du 27 juin 1921 précitée, tel qu'il a été modifié par la loi du 2 mai 2002.

Article 19

En cas de dissolution soit volontaire, soit judiciaire, l'assemblée générale des membres associés nomme un ou plusieurs liquidateurs et détermine leurs pouvoirs ; après acquittement du passif de l'association, elle fixe la destination à donner au patrimoine de celle-ci, cette destination devant avoir un objet similaire à la présente.

ANNEXES

APSS (PERSONNEL ACTIF) - POLICE N° 4.046.274

À retourner à : APSS - Secteur enseignement/C.P.M.S. - Local 1.08
rue du Meiboom 18 à 1000 BRUXELLES

1 IDENTITÉ DU MEMBRE DU PERSONNEL

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance : _____ N° d'affilié : _____
si vous êtes déjà assuré(e)

Adresse : _____ N° : _____ Boîte : _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : _____ Localité : _____

N° téléphone privé : _____ N° téléphone employeur : _____

GSM : _____ E-mail : _____

Numéro de compte : _____

Fonction du candidat preneur d'assurance : _____

Temporaire Stagiaire Définitif

Employeur du candidat preneur d'assurance : _____

2 AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE À ASSURER

- Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
 Date de naissance : _____ Sexe : M F
 Lien de parenté : _____
- Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
 Date de naissance : _____ Sexe : M F
 Lien de parenté : _____
- Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
 Date de naissance : _____ Sexe : M F
 Lien de parenté : _____
- Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille
 Date de naissance : _____ Sexe : M F
 Lien de parenté : _____

3 FORMULE DE COUVERTURE DÉFINITIVE CHOISIE

Modalité 1 Modalité 2

Attention
 Il est expressément convenu que le choix de la modalité 2 est définitif. Par contre, les personnes qui ont opté pour la modalité 1 ont la faculté de passer à la modalité 2 à l'échéance annuelle moyennant demande expresse 3 mois au moins avant ladite échéance annuelle ; dans ce cas, le transfert doit concerner l'ensemble des membres de la famille assurés.

- Le proposant ou l'assuré a-t-il déjà souscrit une police d'assurance ?

 Oui

 Non

Si oui, auprès de quelle compagnie et n° de police :

Depuis le : jusqu'au :

Si vous êtes déjà assurés auprès d'Ethias, il sera mis fin à votre affiliation et la portion de prime relative à la période non courue vous sera remboursée.

Si vous êtes assuré auprès d'une autre compagnie, vous pouvez résilier ce contrat par lettre recommandée.

Toute fausse déclaration, omission ou réticence pourrait entraîner la déchéance du droit de garantie.

Date de prise d'effet souhaitée :

Ethias rassemble des données à caractère personnel vous concernant pour les finalités suivantes : évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres et toutes opérations de promotion de ses services et de fidélisation. Ces données peuvent être communiquées aux entreprises faisant partie du groupe Ethias à des fins de promotion commerciale.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant, en obtenir la rectification éventuelle et vous opposer gratuitement à leur utilisation à des fins de promotion commerciale. Vous opposez-vous à cette utilisation ?

Les données relatives à la santé sont utilisées pour l'acceptation des risques souscrits à Ethias, pour déterminer l'étendue des garanties du contrat et pour la gestion du contrat et des sinistres. Les destinataires de ces données sont les personnes chargées, au sein d'Ethias, de ces missions. Vous pouvez, à tout moment, retirer votre accord pour que ces données soient traitées par les personnes susmentionnées.

La proposition d'assurance n'engage, ni le candidat preneur d'assurance, ni Ethias à conclure le contrat. Si dans les trente jours de la réception de la proposition, Ethias n'a pas notifié au candidat preneur soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit son refus d'assurer, elle s'oblige, sous peine de dommages et intérêts, à conclure le contrat. La signature de la proposition ne fait pas courir la couverture.

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à :

- Ethias « Service 1035 » - Rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE
Fax 04 220 39 65 - gestion-des-plaintes@ethias.be
- Ombudsman des assurances - Square de Meeûs 35 - 1000 BRUXELLES
Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice. La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

J'autorise Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant.

Fait à

le

Signature du membre du personnel,

Sceau et signature de l'A.S.B.L.,