

Plan médical des Ouvriers du Transport et de la Logistique Règlement

Valable à partir du 01/01/2013

1. Définitions

1.1 *Règlement Plan médical*

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

1.2 *Organisateur*

Fonds Social Transport et Logistique,
Boulevard de Smet de Naeyer 115
1090 Bruxelles

1.3 *Gestionnaire*

AG Insurance 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 « Fortis Employee Benefits ».

1.4 *CCT*

La convention collective de travail du 27/10/2008 et du 25/09/2009 relative à l'assurance Hospitalisation sectorielle pour les ouvriers employés dans les entreprises de transport routier de marchandises pour le compte de tiers et du traitement de marchandises pour le compte de tiers et portant constatation des cotisations forfaitaires au Fonds Social Transport et Logistique, en vue de financer cette assurance Hospitalisation sectorielle.

1.5 *Affilié*

L'ouvrier / ouvrière ressortissant aux sous-commissions paritaires 140.04 et 140.09, indiqué dans la catégorie ONSS 083, et comme stipulé dans la CCT du 27 octobre 2008 et celle du 25/09/2009 relative à l'assurance Hospitalisation sectorielle pour les ouvriers employés dans les entreprises de transport routier de marchandises.

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.

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.

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.

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'examen, 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.

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.

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.

Les frais de transport ne sont pas remboursés.

3. **Affiliation**

Est affilié(e) au Plan médical : l'ouvrier/ouvrière

- ressortissant aux sous-commissions paritaires 140.04 et 140.09, indiqué dans la catégorie ONSS 083 et comme stipulé dans la CCT ;
- et pour autant qu'il/elle soit en service depuis au moins 6 mois consécutifs sans interruption auprès d'un ou plusieurs employeurs visés à l'article 1 de la CCT.

Il est mis un terme à l'affiliation dans les 6 mois suivant le moment où il/elle ne répond plus aux conditions d'affiliation susmentionnées à la suite de son départ, d'une interruption complète de carrière ou d'un crédit-temps, sauf s'il/elle est de nouveau employé(e) ou reprend le travail **pendant cette période de 6 mois** en tant qu'ouvrier/ouvrière ressortissant aux sous-commissions paritaires 140.04 et 140.09, indiqué dans la catégorie ONSS 083 et comme stipulé dans la CCT. Dans ce dernier cas, la couverture est maintenue, et aucune condition d'ancienneté supplémentaire n'est imposée dans le cadre de la réembauche ou de la reprise du travail.

4. **Début du Plan médical**

Le Plan médical entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010 et remplace celui entré en vigueur au 1^{er} janvier 2009.

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.

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 1 : pour les affiliés domiciliés dans un pays autre que la Belgique, il sera tenu compte, en cas d'hospitalisation dans ce pays, de l'intervention légale en vigueur dans ce pays, avec comme minimum l'intervention légale belge pour la même prestation. Si la prestation médicale ou l'hospitalisation dans le pays où l'affilié a son domicile, ne donne pas lieu à une intervention légale, la prestation sera remboursée à condition que des prestations similaires soient reconnues par la Sécurité sociale belge (INAMI). Dans ce cas, il sera tenu compte d'un montant fictif à concurrence de l'intervention légale pour la même prestation en Belgique.

REMARQUE 2 : 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 belge est déduit ;

- les remboursements de toute nature déjà perçus.

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 (c'est-à-dire dans un pays autre dans lequel l'affilié est domicilié), 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 description de la garantie « Hospitalisation à l'étranger », prise en charge par le Chargé d'assistance, figure au point 8. « Hospitalisation à l'étranger et Assistance ».

7.4 Une franchise est déduite du total des frais ainsi calculés. Elle s'élève à 175,00 EUR par affilié et par année pour les interventions décrites aux points 2.1 et 2.2.

Cette franchise s'applique uniquement en cas d'hospitalisation dans une chambre individuelle.

Dans le cas particulier d'une hospitalisation ininterrompue qui commence dans les 15 jours précédant la fin de l'année d'assurance et qui se termine dans les 30 premiers jours de la nouvelle année d'assurance, le gestionnaire n'appliquera qu'une seule fois une franchise de 175 EUR en cas d'hospitalisation dans une chambre individuelle.

Aucune franchise n'est applicable pour les interventions décrites au point 2.3.

8. Hospitalisation à l'étranger et assistance

Les prestations d'assistance telles que décrites aux points 8.2.1. jusque 8.2.8. inclus, à l'exception du point 8.2.5. (remboursement des frais médicaux) ne sont pas applicables aux séjours professionnels à l'étranger. Les frais médicaux en cas d'incident médical dans le cadre d'un séjour professionnel à l'étranger sont directement à la charge du Plan Médical, après déduction des remboursements de toute nature déjà perçus.

8.1. DEFINITIONS

Autorité médicale compétente

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

Chargé d'assistance (à la date d'entrée en vigueur du présent plan)

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A., le Groupe européen S.A. Compagnie d'assurances agréée sous le numéro de code 0487 pour les assurances touristiques (AR des 01.07.79 et 13.07.79 M.B. et 14.07.79) dont le siège est établi à B-1050 Bruxelles, avenue Louise 166, RPM 0415.591.055.

Évacuation sanitaire

Le transport médical vers un établissement de soins en Belgique ou à l'étranger, d'un affilié malade ou blessé éventuellement accompagné de personnel médical (médecin /infirmier). Une évacuation sanitaire ne sera effectuée qu'en cas d'urgence médicale et quand le traitement adapté est impossible sur place.

Frais d'hôtel

Les frais de chambre et de petit-déjeuner.

Incident médical

Une maladie (y compris une complication de grossesse ou un accouchement) ou un accident survenant à un affilié.

Accident

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

Rapatriement

Le rapatriement de l'affilié au domicile légal.

Maladie

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

8.2. ASSISTANCE AUX PERSONNES

Les prestations d'assistance en cas d'incident médical sont acquises à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu à l'affilié.

8.2.1 Frais de recherche et de sauvetage

Suite à un incident médical, le chargé d'assistance indemnise les frais de recherche et de sauvetage exposés en vue de sauvegarder la vie ou l'intégrité physique d'un affilié à concurrence d'une valeur maximale 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. Le chargé d'assistance doit être informé expressément et sans retard de l'événement et une attestation des autorités locales et organismes de secours doit lui être transmise.

8.2.2 Assistance médicale

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

A la demande de l'affilié, le Chargé d'assistance 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 assurée par les instances locales.

8.2.3. Envoi d'un médecin sur place

Suite à un incident médical et si l'équipe médicale du Chargé d'assistance l'estime nécessaire, ce dernier mandate un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'affilié afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

8.2.4. Rapatriement ou transport suite à une maladie ou à un accident

Si l'affilié est hospitalisé à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel et si l'équipe médicale du Chargé d'assistance juge nécessaire de le transporter vers un établissement médical mieux équipé, plus spécialisé ou plus proche de son domicile, le Chargé d'assistance organise et prend en charge le rapatriement ou le transport sanitaire de l'affilié malade ou blessé, sous surveillance médicale si nécessaire, et selon la gravité du cas. Ce transport a lieu par :

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

jusqu'à l'hôpital à proximité du domicile de l'affilié ou, si l'état de l'affilié ne nécessite pas une 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 fera par avion de ligne uniquement.

La décision du transport et des moyens à mettre en œuvre est prise par le médecin du Chargé d'assistance en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux. Le médecin du Chargé d'assistance doit avoir donné son accord pour tout transport.

Le Chargé d'assistance peut également demander à l'affilié d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsque le Chargé d'assistance a pris en charge le retour, l'affilié 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

Le Chargé d'assistance prend en charge les frais consécutifs à des soins reçus à l'étranger, pour autant qu'ils découlent d'un incident médical et ce 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'affilié soit jugé intransportable par les médecins du Chargé d'assistance
- les frais de transport en ambulance ordonné par un médecin pour un trajet local.

Ne sont pas remboursés :

- les interventions et traitements à caractère esthétique;
- les frais médicaux exposés en Belgique, qu'ils soient ou non entraînés par un accident ou une maladie survenu à l'étranger;
- les frais de médecine préventive et les cures thermales;
- les traitements qui ne sont pas reconnus par la Sécurité sociale belge;
- les frais pour les lunettes, les verres de contact, les appareils médicaux et les prothèses en général, à l'exception de celles qui sont la conséquence d'une hospitalisation à l'étranger;

- les frais résultant de l'usage de stupéfiants (sauf sur prescription) ou de l'abus d'alcool, les frais dus à l'accomplissement d'un acte notoirement téméraire, un pari ou un défi;
- toute demande d'intervention non formulée au moment des faits à l'exception des frais médicaux à l'étranger.

Conditions de remboursement des soins médicaux :

- A. L'hospitalisation à l'étranger doit présenter un caractère urgent et imprévisible ou un accord préalable doit avoir été conclu avec la Mutuelle.
- B. Ces prises en charge et/ou ces remboursements viennent en complément des remboursements et/ou prises en charge obtenus par l'affilié 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 s'effectuent selon le système public. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement suivant le système privé ne s'effectuent que si les données techniques ou médicales le justifient et après que le service médical du chargé d'assistance ait donné préalablement son accord à ce propos.
- D. Lorsque l'affilié ne bénéficie pas des interventions légales (petits et/ou gros risques) auprès de la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance, le Chargé d'assistance n'intervient en remboursement des frais médicaux qu'à concurrence de 50%.

Modalités de paiement des frais médicaux :

En cas d'hospitalisation à l'étranger, le Chargé d'assistance prend directement en charge les frais médicaux. Dans ce cas, l'affilié s'engage, dans un délai de 2 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 et à reverser au Chargé d'assistance le montant des sommes ainsi obtenues.

Si l'affilié a lui-même exposé les frais, ils sont remboursés par le Chargé d'assistance à son retour en Belgique, après recours à la Sécurité sociale ou à tout autre organisme de prévoyance, sur présentation de toutes pièces justificatives originales.

8.2.6. Envoi de médicaments, prothèses et lunettes

Lorsque suite à un incident médical, l'affilié se trouve dépourvu des médicaments, prothèses ou lunettes indispensables et si des médicaments, prothèses ou lunettes semblables ou identiques ne peuvent être trouvés sur place mais bien en Belgique, le Chargé d'assistance 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 prix d'achat, éventuellement majorés des frais de douane, restent à charge de l'affilié, sauf si ces frais sont compris dans la garantie du présent contrat.

8.2.7. Visite à un affilié hospitalisé à l'étranger

Lorsque l'affilié est hospitalisé à l'étranger suite à un incident médical et que les médecins mandatés par le Chargé d'assistance déconseillent son transport avant 5 jours, ce dernier 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'affilié malade ou blessé
Les frais d'hôtel sur place de cette personne, seront pris en charge par le Chargé d'assistance à concurrence de 65,00 EUR par jour, pendant 10 jours maximum, et moyennant présentation des justificatifs originaux.
- soit les frais de prolongation de séjour d'une personne accompagnant l'affilié, à concurrence du même montant et sous les mêmes conditions.

8.2.8. Rapatriement après le décès d'un affilié au cours d'un voyage

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

- le 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 en Belgique.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ne sont pas pris en charge par le Chargé d'assistance.

Dans le cas où la famille décide d'une inhumation sur place à l'étranger, le Chargé d'assistance organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées.

En outre, il 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. Ce voyage se fait par train 1^{ère} classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne classe économique (distance du domicile supérieure à 1000 km).

En cas de crémation sur place à l'étranger avec cérémonie en Belgique, le Chargé d'assistance prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers la Belgique. L'intervention du Chargé d'assistance est en tout cas limitée aux frais de rapatriement de la dépouille mortelle vers la Belgique.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif du Chargé d'assistance.

Dans ce cas, les titres de transport non utilisés peuvent également être demandés par le Chargé d'assistance qui en devient propriétaire.

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)078/15.11.70 (24h/24).

9. Que 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.

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 ;

- 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 :

- 6 mois après que l'affilié ne ressort plus aux sous-commissions paritaires 140.04 ou 140.09 et/ou n'est plus déclaré comme ouvrier dans la catégorie ONSS 083 ;
- 6 mois après la démission ou le licenciement, sans réembauche comme ouvrier déclaré dans la catégorie ONSS 083 au sein des sous-commissions paritaires 140.04 ou 140.09 au cours de cette période de 6 mois ;
- à la suite du décès ;
- 6 mois après le début de l'interruption de carrière volontaire complète ou du crédit-temps, sans reprise du travail dans cette période de 6 mois.

En cas de réembauche ou de reprise du travail dans cette période de 6 mois, comme prévu dans les alinéas 2 et 4 précités, la couverture est maintenue, et aucune condition d'ancienneté supplémentaire n'est imposée dans le cadre de la réembauche ou de la reprise du travail.

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.

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.

18. 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.

19. Législation applicable

La législation belge est applicable.

20. 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.

21. Financement

Le Plan médical est entièrement financé par l'organisateur.