



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service Assurés actifs

Numéro de compte : C.P. IBAN : BE56 6790 0735 1788 - BIC : PCHQBEBB

Correspondants : Téléphone : email :
Serge Prumont 02/509 31 91 affiliationsattestations-om@onssrszls.fgov.be
Didier Nys 02/239 31 53

Conditions générales

Assurance complémentaire individuelle «soins de santé» (Article 57 de la loi du 17 juillet 1963)

ARTICLE 1er.- RISQUES COUVERTS

L'Office des régimes particuliers de sécurité sociale, ci-après dénommé l'Office, s'engage à rembourser aux bénéficiaires visés à l'article 3, les frais de soins de santé, de produits et de matériel pour autant que et dans la mesure où la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les lois qui l'ont modifiée ou la modifieront ainsi que les arrêtés d'exécution de la législation prévoient un remboursement et notamment :

- 1°) les soins de santé courants comprenant :
 - a) les visites et les consultations des médecins de médecine générale et des médecins spécialistes;
 - b) les soins donnés par des infirmières ;
 - c) les soins donnés par des kinésithérapeutes ;
 - d) les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification d'un médecin spécialiste ;
 - e) les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs ;
- 2°) Les accouchements ;
- 3°) les prestations requérant une qualification particulière de médecin spécialiste ou de pharmacien ;
- 4°) la fourniture de prothèses de l'œil, d'appareils auditifs, d'appareils orthopédiques et autres prothèses ;
- 5°) la fourniture de produits pharmaceutiques prescrits, comportant :
 - a) les préparations magistrales ;
 - b) les spécialités pharmaceutiques ;
- 6°) l'hospitalisation pour mise en observation et traitement ;
- 7°) les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle ;
- 8°) les prestations nécessitées par la rééducation professionnelle ;
Les frais mentionnés aux 7° et 8° ne sont remboursés que dans la mesure où l'Office a donné son accord préalable ;
- 9°) *en Belgique : les frais de voyage des malades qui doivent être hospitalisés en sanatorium pour tuberculeux pulmonaires ou qui sont traités en ambulatoire dans des centres anticancéreux ou dans des centres de dialyse rénale ;
*à l'étranger, le remboursement des frais de voyage susmentionnés est néanmoins limité à 50 euros par trajet aller et retour ;
- 10°) à concurrence d'un montant de 100 euros, le transport des malades, lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'impossibilité médicalement reconnue de se déplacer par les moyens normaux de transport en commun et doit être transféré dans un établissement médical ou hospitalier, ou lors du retour de cet établissement au domicile ;
- 11°) les soins exigés dans le cadre des soins à domicile ;
- 12°) la fourniture de sang et de dérivés sanguins ;

L'Office rembourse en outre :

- les vaccins ;
- les antipaludiques ou antipaludéens.

ARTICLE 2. - RISQUES EXCLUS

Ne sont pas couverts par le présent contrat :

- 1) les frais de soins qui trouvent leur source dans :
 - a) un accident survenu à l'occasion de la pratique d'un sport dangereux (bobsleigh, ski hors piste, saut à ski, skeleton, hockey sur glace, rugby, football américain, sports de combat ou de défense (boxe, catch, luttres libres dans toutes les formes, karaté...), ascension de montagnes ou de glaciers le long de chemins inexplorés ou par le biais d'une exploration, expéditions spéléologiques ou sous-marines, rafting, chasse aux carnivores ou gros gibier, équitation lorsqu'il s'agit de saut d'obstacles, steeple-chase, dressage, exercices d'équilibriste et d'acrobate (ceux-ci sont toutefois couverts lorsqu'ils font partie d'un programme de gymnastique ou de fitness en général) ; la présente liste est indicative) ou d'un exercice violent pratiqué au cours ou en vue d'une compétition ou exhibition ;
 - b) un accident du travail ou accident sur le chemin du travail ;
 - c) un accident survenu à la suite de travaux effectués à titre onéreux pour le compte d'un tiers.
- 2) les examens médicaux d'aptitude et de contrôle imposés par un tiers aux bénéficiaires du présent contrat.
- 3) les produits pharmaceutiques et fournitures destinés à être utilisés par un bénéficiaire visé à l'article 3 lors de périodes pendant lesquelles il n'est pas couvert par l'assurance.

ARTICLE 3. - BENEFICIAIRES

- a) le souscripteur qui participe à la sécurité sociale d'outre-mer organisée par la loi du 17 juillet 1963 ;
- b) le conjoint non divorcé du souscripteur ;
- c) la personne cohabitant depuis au moins six mois avec ce dernier. Son inscription en qualité de personne à charge n'est pas possible lorsque le conjoint du souscripteur est à charge ou lorsque le conjoint vit sous le toit du souscripteur ;
- d) les enfants dont la filiation (y compris la filiation adoptive) à l'égard des bénéficiaires visés aux a), b) et c) est établie et qui sont réellement à leur charge ;
- e) les petits-enfants qui sont réellement à charge du souscripteur ou du bénéficiaire visé aux b) ou c).

Les bénéficiaires visés aux b), c), d), et e) peuvent perdre leur qualité d'ayants droit lorsqu'ils peuvent prétendre au remboursement des frais de soins de santé en vertu de dispositions légales ou réglementaires belges ou étrangères.

Les bénéficiaires visés aux b), c), d) et e) conservent leur droit au remboursement conformément au présent contrat si le bénéficiaire visé au a) choisit de continuer à verser la prime du présent contrat pendant une période durant laquelle il bénéficie de l'assurance indemnité pour maladie et de l'assurance invalidité du chapitre IV de la loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'outre-mer. Si le bénéficiaire visé au a) choisit de ne pas continuer à verser cette prime, ses frais ainsi que ceux des autres bénéficiaires seront remboursés conformément aux dispositions du chapitre V de la loi du 17 juillet 1963 (barèmes de l'I.N.A.M.I.).

Les bénéficiaires visés aux b) et c) perdent également leur qualité d'ayants droit lorsqu'ils perçoivent un revenu supérieur au montant autorisé pour être considéré comme personne à charge conformément à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, sans préjudice aux droits acquis au 31 décembre 2005.

Ces personnes sont désignées ci-après par le terme "famille du souscripteur".

Les enfants et petits-enfants désignés ci-dessus sont en droit de bénéficier du remboursement des frais de soins de santé jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis.

Le bénéfice du contrat est maintenu jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis aux enfants et petits-enfants qui suivent des cours d'enseignement moyen, supérieur, professionnel ou technique de plein exercice, ou sont en stage non rémunéré ou sous contrat d'apprentissage, ces cours ou stages devant se tenir pendant le jour.

Le bénéfice du remboursement des frais de soins de santé est maintenu durant la période de vacances qui suit la fin de l'année scolaire.

Il peut être maintenu en faveur d'un enfant ou petit-enfant qui interrompt ou termine ses études, pendant le stage d'attente des allocations de chômage.

Il est maintenu sans limite d'âge en faveur des enfants ou petits-enfants qui, en raison de leur état physique ou mental, sont incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Ces personnes doivent être nommément désignées par le souscripteur comme prévu à l'article 6.

ARTICLE 4. - PERIODES D'ASSURANCE

Les interventions de l'Office dans les frais de soins de santé déterminés par l'article 1er sont accordées aux bénéficiaires lorsque des cotisations sont versées dans le régime général de la sécurité sociale d'outre-mer et dans le cadre du présent contrat, exception faite des périodes durant lesquelles l'assurance maladie-invalidité est d'application, périodes pendant lesquelles le souscripteur peut choisir de ne continuer à verser des cotisations que dans le cadre du présent contrat.

ARTICLE 5. - REMBOURSEMENTS

- 1) Les frais ne donnent lieu à remboursement que s'ils sont dispensés sur prescription médicale.
- 2) L'Office procède au remboursement, en euro, des frais de soins sur production des pièces justificatives détaillées dûment acquittées, accompagnées d'un relevé récapitulatif des documents envoyés portant le numéro d'affiliation du souscripteur.
- 3) Lorsque les frais sont exposés dans un pays situé hors de la zone euro, l'Office procède au remboursement en euro de la contre-valeur des sommes dues en exécution du présent contrat, au cours officiel du change pratiqué le premier du mois précédant celui du remboursement.

Lorsque le paiement est effectué hors de Belgique, les frais de change et/ou de transfert sont à charge du destinataire.

L'Office peut procéder au contrôle approfondi des frais qui lui sont transmis et suspend le remboursement de ces frais durant ce contrôle.

- 4) Les frais de soins résultant d'une maladie ou d'un accident dont un tiers pourrait être tenu pour responsable ne seront remboursés par l'Office que si le bénéficiaire le subroge dans ses droits contre le tiers responsable, dans la mesure des remboursements qui lui sont accordés.
- 5) L'Office se réserve le droit de décliner son intervention, de la limiter ou d'exiger du souscripteur le remboursement des interventions liquidées indûment en cas de surfacturation manifeste ou de fraude avérée.

ARTICLE 6. - RENSEIGNEMENTS A FOURNIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

- a) Le souscripteur communique à l'Office, lors de la souscription du contrat, la composition de la famille telle qu'elle est définie à l'article 3, avec mention des données d'état civil, et son pays d'activité.

Le souscripteur communique ces renseignements au moyen des formulaires mis à sa disposition par l'Office.

- b) Toute modification de la situation familiale du souscripteur est portée à la connaissance de l'Office (p. ex. mariage, naissance, décès,...).
- c) Tous les renseignements mentionnés ci-dessus doivent être accompagnés d'attestations justificatives et/ou d'actes ou d'extraits d'actes de l'état civil et/ou, le cas échéant et à la demande de l'Office, d'une déclaration sur l'honneur.
- d) Toute modification de la situation du souscripteur ayant un effet sur son droit de participer à la sécurité sociale d'outre-mer (p.ex. pays d'activité) est portée à la connaissance de l'Office.
- e) Les hospitalisations dont la durée prévisible excède un mois sont portées à la connaissance de l'Office.
- f) L'Office se réserve le droit de décliner son intervention, de la limiter ou d'exiger du souscripteur le remboursement des interventions liquidées indûment en raison de l'absence, de l'insuffisance, de la communication tardive des renseignements qu'il est tenu de fournir aux termes du présent article ou de fausse déclaration.

ARTICLE 7. PIECES A FOURNIR SUR DEMANDE

L'Office se réserve le droit de réclamer aux bénéficiaires et membres de leur famille les attestations et/ou actes ou extraits d'actes de l'état civil qu'il juge nécessaires.

ARTICLE 8. - COTISATIONS

- a) La cotisation mensuelle, fixée par les dispositions particulières du présent contrat, varie par référence à l'indice des prix à la consommation conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971, rattachant notamment les cotisations sociales aux variations dudit indice, et des législations qui l'ont modifiée ou la modifieront.
- b) La cotisation est versée au C.P. n° 679-0073517-88 (SWIFT ou BIC : PCHQBEBB ; IBAN : BE56 6790 0735 1788) de l'Office selon les mêmes modalités que celles prévues dans le régime général de la sécurité sociale d'outre-mer (A.R. du 15/09/1965) en un versement commun avec celles-ci. En cas de versement tardif, elles sont majorées d'un intérêt de retard calculé au taux prévu par ces dispositions.

- c) Par dérogation aux articles 1253 et suivants du code civil qui donnent le droit au débiteur de dettes différentes, quand il paie, de déclarer quelle dette il veut payer, le souscripteur donne à l'ONSS le droit d'imputer les paiements effectués sur toutes sommes dues en exécution du présent contrat.

ARTICLE 9. - STAGE

Le droit aux prestations prévues par le présent contrat ne peut être exercé qu'à l'expiration d'une période ininterrompue de 6 mois d'assurance commençant à la date à laquelle le contrat sort ses effets.

Nonobstant ce qui précède, cette période de six mois peut être réduite à concurrence des périodes continues énoncées ci-après lorsqu'elles précèdent immédiatement la date à laquelle le contrat sort ses effets :

- 1) les périodes durant lesquelles le souscripteur a eu la qualité de bénéficiaire aux termes d'un contrat d'assurance complémentaire soins de santé souscrit auprès de l'Office ;
- 2) si elle n'excède pas 2 mois, la période comprise entre la fin d'une période visée sub 1 et la date à laquelle le contrat prend cours ;
- 3) les périodes d'assujettissement à la sécurité sociale prévues par la législation d'un état membre de l'Espace économique européen et de la Suisse ;
- 4) si elle n'excède deux mois, la période comprise entre la fin de l'assujettissement à l'une des législations visées sub 3 et la date à laquelle le contrat prend cours ;
- 5) si elles n'excèdent pas un mois au total, les périodes d'interruption dans l'assujettissement aux législations visées sub 3 ;
- 6) les périodes au cours desquelles le souscripteur a suivi des cours du jour à cycle complet ;
- 7) le stage d'attente des allocations de chômage ;
- 8) les périodes durant lesquelles le souscripteur a bénéficié d'une allocation maladie-invalidité en application de l'article 35 § 1er de la loi du 17 juillet 1963 ;
- 9) si elle n'excède pas un mois, la période comprise entre la fin d'une période visée sub 8 et la date à laquelle le contrat prend cours.

ARTICLE 10. – PRESCRIPTION

L'action en paiement des prestations se prescrit à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de la date à laquelle ces prestations ont été fournies.

ARTICLE 11. - DUREE DU CONTRAT

Le contrat prend cours à la date fixée dans les conditions particulières.

Il peut être résilié moyennant préavis d'un mois au minimum, par lettre recommandée, prenant cours le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel l'envoi recommandé est déposé à la poste.

A défaut de paiement conformément aux termes de l'article 8b), l'Office peut mettre un terme au présent contrat, par lettre recommandée, moyennant préavis de quinze jours au minimum, prenant cours le lendemain du dépôt de l'envoi recommandé à la poste.

ARTICLE 12. JURIDICTIONS COMPETANTES

Les Cours et Tribunaux du Travail de Belgique sont seuls compétents pour connaître de toute contestation née de l'application du présent contrat.