



*Leliëgaarde 22
1731 Zellik*

BROCHURE d' INFORMATION

ASSURANCE D'HOSPITALISATION

Police n°. M025

Table des matières

Qui souscrit le plan soins de santé? p.1

Qui est affilié? p.1

Quels frais sont remboursés? p.1-3

Comment déclarer une hospitalisation? p.3-4

Qui souscrit le plan soins de santé?

Le Conseil d'Administration du Fonds Social de Garantie a conclu une assurance d'hospitalisation à partir du **01/07/2003** pour les ouvriers et à partir du **01/07/2015** pour les employés. Le prime est à charge du Fonds Social.

Qui est affilié?

1. Les travailleurs qui sont, pendant au moins 5 jours consécutifs, au service d'un employeur du secteur de la Confection et de l'Habillement (CP 109 ou CP 215).
2. Les employés en prépension jusqu'au 30 juin qui suit leur prépension.
3. Les employés en crédit temps partiel ou plein temps.
4. *Les membres de la famille peuvent s'affilier à leurs frais. Veuillez à cet effet remplir le formulaire « membres de famille » sur notre site et l'envoyer au Fonds Social par mail : Ingrid@swfkleding.be*

Quels frais sont remboursés ?

1. Vous pouvez choisir votre médecin, l'hôpital et type de chambre. Il n'a pas de franchise.

2. Description des garanties du plan

2.1. La garantie Hospitalisation

Le plan prévoit le remboursement **illimité (pas de plafond annuel)** des frais médicaux en cas d'**hospitalisation** (l'admission dans un hôpital est nécessaire, l'hospitalisation de jour est assimilée) suite à une maladie, un accident, une grossesse ou un accouchement, en vue de subir un traitement curatif nécessaire au rétablissement de la santé.

Le plan prévoit le remboursement des frais :

- de séjour, d'honoraires médicaux, d'examens, de traitements et de médicaments;
- de prothèses et d'appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale.

Les prestations suivantes sont également couvertes :

- les **accouchements à domicile** (forfait de 620,00 EUR y compris pour les **soins post-nataux**);
- le **rooming-in**, c'est à dire les frais de séjour de la mère ou du père auprès d'un enfant hospitalisé;
- les **prestations médicales non remboursées par la mutuelle** pour autant qu'elles soient reprises dans la nomenclature INAMI;
- les frais de **soins palliatifs à l'hôpital**;
- les **frais de transport** approprié vers l'hôpital (y compris le transport par hélicoptère);
- les **frais de séjour du donneur** en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu chez l'assuré;
- le **test de la mort subite**;
- les **frais de morgue** repris sur la facture d'hospitalisation;
- les traitements suite à la pratique de **sports non-rémunérés**;
- les **soins dentaires opératoires** dont la nécessité médicale est constatée (ceci est fixé sur base d'un dossier médical). Tous les autres soins dentaires ne sont pas remboursés.

2.2. La garantie soins ambulatoires “Pré- et post-hospitalisation”

Les frais de médecine ambulatoire en relation directe avec la cause de l'hospitalisation et occasionnés dans un délai d'un mois avant à trois mois après l'hospitalisation sont également remboursés (**frais pré- et post-hospitalisation**).

Le plan prévoit le remboursement des prestations frais:

- de **soins ambulatoires** (les prestations médicales, la kinésithérapie, les soins infirmiers,...);
- de **médicaments** prescrits pour la période décrite ci-dessus;
- de **prothèses et d'appareils orthopédiques**, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale;
- les **prestations non remboursées par la mutuelle** pour autant qu'elles soient reprises dans la nomenclature INAMI;

2.3. La garantie “Maladies Graves”

Le plan prévoit en outre le remboursement **illimité** des frais de **médecine ambulatoire** occasionnés par une des **maladies graves** suivantes (aucune admission à l'hôpital n'est nécessaire) :

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

Le plan prévoit le remboursement des mêmes prestations que celles reprises au point 2. (garantie soins ambulatoires “Pré- et post-hospitalisation”).

2.4. Conditions particulières pour les frontaliers

En ce qui concerne ce personnel, les dispositions suivantes sont d'application :

- le personnel «frontalier» est assimilé au personnel domicilié en Belgique.
- la notion de domicile légal en Belgique est étendue au domicile légal de leur pays.
- Toutefois, en cas de non-intervention légale, l'intervention de Fortis Employee Benefits est limitée à 3 fois l'intervention légale belge.

Comment déclarer une hospitalisation ?

Il est conseillé lors d'une hospitalisation d'envoyer un dossier complet à la compagnie d'assurance dans un délai de 30 jours

De préférence en ligne:

<https://www.aginsurance.be/Hospitalization/fr/Pages/remboursement-frais-medicaux.aspx>

Ou par courrier:

AG Insurance
Departement Health Care
Emile Jacqmainlaan 53
1000 Brussel

Ou par téléphone: 02/664.11.77

En quoi consiste un dossier "complet" ?

Déclaration de sinistre

(Demande de remboursement des frais médicaux = pas obligatoire)

Factures

Relevé de remboursement de la mutuelle

1. **Remplir le document "déclaration de sinistre" (formulaire standard de AG Insurance)**

Numéro contrat: M025

Employeur : Fonds Social de Garantie Habillement et Confection
Leliegarde 22
1731 Zellik

Affilié(e): membre du personnel

Décompte des frais médicaux par bénéficiaire des soins

Ce décompte ne doit pas obligatoirement être complété.

Veillez joindre à la présente déclaration les pièces justificatives mentionnant les montants payés, les codes médicaux et les dates des diverses prestations, ainsi que le relevé de remboursement établi par votre mutuelle.

Veillez en tout cas faire une photocopie de tous vos factures et documents avant de les envoyer à la compagnie d'assurance.

2. *Si vous désirez de plus amples renseignements?*

Pour des informations concernant une hospitalisation, veuillez contacter la compagnie d'assurance AG Insurance au n°: 02/664.11.77 ou par e-mail: servicecentersector@aginsurance.be. Veuillez toujours mentionner le n° du contrat M025.