



POUVOIR ADJUDICATEUR

SERVICE FEDERAL DES PENSIONS
ESPLANADE DE L'EUROPE 1
1060 BRUXELLES



Procédure ouverte

CAHIER SPECIAL DES CHARGES N° SFP/S2100/2021/01

Assurance hospitalisation

Avril 2021



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
A. DÉROGATIONS AUX RÈGLES GÉNÉRALES D'EXÉCUTION.....	6
B. CLAUSES ADMINISTRATIVES.....	6
1. Objet du marché.....	6
2. Pouvoir adjudicateur.....	6
3. Centrale de marchés.....	6
4. Accord-cadre.....	6
5. Lots.....	7
6. Durée du marché.....	7
7. Description des services à fournir.....	7
8. Documents applicables au marché.....	7
8.1. Législation.....	7
8.2. Documents du marché.....	8
9. Introduction des offres.....	8
9.1. Droit et mode d'introduction des offres.....	8
9.2. Modification ou retrait d'une offre déjà introduite.....	9
10. Offres.....	9
10.1. Données à mentionner dans l'offre.....	9
10.2. Durée de validité de l'offre.....	9
10.3. Documents à joindre à l'offre.....	9
11. Prix.....	9
12. Variantes et options.....	10
12.1. Variantes.....	10
12.2. Options.....	10
12.2.1. Option obligatoire lot 3.....	Erreur ! Signet non défini.
13. Cautionnement.....	10
13.1. Défaut de cautionnement.....	10
13.2. Libération du cautionnement.....	11
14. Aperçu de la procédure.....	11
15. Régularité des offres.....	11
16. Critères de sélection.....	11



16.1.	L'aptitude à exercer l'activité professionnelle	11
16.2.	Capacité économique et financière.....	11
16.3.	Capacité technique.....	12
17.	Critères d'attribution	12
18.	Critères d'exclusion	12
19.	Document Unique de Marché Européen (DUME)	14
20.	Estimation quantités	15
20.1.	Lot 2.....	15
20.1.1.	Total des administrations locales et provinciales	15
20.1.2.	L'administration provinciale ou locale prend (partiellement) la prime des assurés intégralement à sa charge	15
20.1.3.	L'administration provinciale ou locale ne prend pas à sa charge la prime des assurés	16
21.	Emploi des langues	17
22.	Facturation des Primes.....	17
23.	Confidentialité des informations et Règlement général sur la protection des données (RGPD - GDPR)	18
C.	DÉFINITIONS.....	19
D.	DISPOSITIONS TECHNIQUES LOT 2	22
1.	Garanties.....	22
1.1.	Hospitalisation	22
1.1.1.	Dans la mesure où ceux-ci donnent lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI.....	22
1.1.2.	Qu'une intervention légale soit accordée ou non	23
1.2.	Pré et post-hospitalisation	23
1.2.1.	Dans la mesure où ceux-ci donnent lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI.....	23
1.2.2.	Qu'une intervention légale soit accordée ou non	24
1.3.	Maladies graves	24
1.3.1.	Dans la mesure où ceux-ci donnent lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI.....	24
1.3.2.	Qu'une intervention légale soit accordée ou non	24
1.4.	Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et soins obstétriques.	25
2.	Etendue des remboursements effectués par l'assureur	25
3.	La choix de la formule	26
3.1.	Choix de la formule.....	26
4.	Franchise	26



5.	Début et durée de l'assurance	27
6.	Fin de la couverture (retraite, décès, ...)	27
6.1.	Les assurés principaux	27
6.2.	Les coassurés	27
7.	Contrôle et supervision du contrat	28
7.1.	Lot 2	28
E.	AUTRES DISPOSITIONS TECHNIQUES	29
1.	Campagnes d'information	29
2.	Limites territoriales	29
3.	Terrorisme	29
4.	Exclusions	29
5.	Affiliation et délai d'attente	30
5.1.	Affiliation	30
5.2.	Délai d'attente et maladies ou affections antérieures	30
5.2.1.	Les assurés principaux dont la prime est entièrement prise en charge par le pouvoir adjudicateur ou souscripteur et leurs coassurés.	30
5.2.2.	Les assurés principaux dont la prime n'est pas ou n'est que partiellement prise en charge par le pouvoir adjudicateur ou souscripteurs et leurs coassurés	31
5.2.3.	Passage d'assuré principal à coassuré	32
5.2.4.	Veuves et veufs	32
5.2.5.	Maladies ou affections antérieures	32
6.	Paiement de la prime	32
7.	Gestion des sinistres et support administratif	32
7.1.	Déclaration – Obligations en cas de sinistre	32
7.2.	Transmission des justificatifs de frais	33
8.	Continuation à titre individuel de l'assurance collective liée à l'activité professionnelle	33
9.	Révision de prix	34
9.1.	Formule de base	34
9.2.	Formule étendue	34
10.	Obligations du pouvoir adjudicateur et des souscripteurs	35
11.	Obligations de l'assuré	35
12.	Obligations de l'adjudicataire	35
12.1.	Durant la phase de démarrage du nouveau contrat :	35
12.2.	Durant la période du contrat :	36
13.	Documents et statistiques	37



13.1. Annuellement	37
13.2. Mensuellement	37
13.3. Sur demande.....	37
13.4. Fin du contrat	37
14. Pénalités	37
15. Continuité des dossiers ouverts (reprise à la date du 1.1.2022).....	38
F. Annexes	38



A. DÉROGATIONS AUX RÈGLES GÉNÉRALES D'EXÉCUTION

Ce cahier spécial des charges déroge aux articles suivants des règles générales d'exécution (RGE) :

- Art. 25 et 33 relatifs au cautionnement
- Art. 70 relatif au paiement

B. CLAUSES ADMINISTRATIVES

1. Objet du marché

L'objet de ce marché est la fourniture d'une assurance hospitalisation collective.

Le service a pour objet :

- les frais d'hospitalisation, ainsi que des soins ambulatoires qui y sont liés ;
- les frais relatifs à certaines maladies graves

conformément aux spécifications du présent cahier spécial des charges.

Ce marché de services est attribué selon la procédure ouverte.

2. Pouvoir adjudicateur

Le pouvoir adjudicateur ou le preneur d'assurance est le Service Fédéral des Pensions.

Toutes les informations pratiques concernant le marché peuvent être obtenues à l'adresse électronique suivante : SFPD-procurement@sfpd.fgov.be.

3. Centrale de marchés

Pour le lot 2, le Service Fédéral des Pensions agit comme centrale d'achat conformément à l'article 47 (loi du 17 juin 2016).

Les administrations ou souscripteurs qui peuvent souscrire à ce contrat sont listés en annexe (Lot 2 – Liste des administrations et souscripteurs).

En ce qui concerne le lot 3, le Service Fédéral des Pensions et l'Office National de Sécurité Sociale agissent conjointement en tant que pouvoir adjudicateur conformément à l'article 48 (loi du 17 juin 2016).

Etant donné que le contrat conclu par le pouvoir adjudicateur est au profit des différents services de l'Etat, le terme "pouvoir adjudicateur", "Service Fédéral des Pensions" ou "SFP" doit être compris comme incluant les administrations ou souscripteurs susmentionnés, plus particulièrement en ce qui concerne les dispositions relatives aux paiements, aux contrôles, aux amendes pour retard et aux mesures officielles.

4. Accord-cadre

Le présent accord-cadre (ci-dessous « marché ») définit le cadre légal, financier, technique qui régit les relations entre les clients et l'adjudicataire pendant sa durée de validité.



Chaque lot ne sera attribué qu'à un seul adjudicataire. Toutefois, plusieurs lots peuvent être attribués à un même soumissionnaire.

5. Lots

Ce marché est divisé en trois lots :

- Lot 1 : relatif au personnel, aux coassurés et aux pensionnés du Service Fédéral des Pensions (ci-après SFP) ;
- Lot 2 : relatif au personnel, aux coassurés et aux pensionnés des administrations provinciales ou locales ;
- Lot 3 : relatif au personnel, aux coassurés et aux pensionnés de l'Office National de Sécurité Sociale (ci-après ONSS).

Le soumissionnaire est libre de présenter une offre pour le lot 1, 2, 3 ou tous les lots.

6. Durée du marché

Une durée différente est utilisée pour les différentes lots :

- Lot 1 : 1/01/2022 – 31/12/2023
- Lot 2 : 01/01/2022 – 31/12/2025
- Lot 3 : 01/01/2022 – 31/12/2023 avec possibilité de prolonger deux fois pour une période d 1 an (soit au maximum jusqu'au 31/12/2025)
La prolongation du marché doit être expressément notifiée à l'adjudicataire au moins 3 mois à l'avance.

7. Description des services à fournir

Voir dispositions techniques.

8. Documents applicables au marché

8.1. Législation

Il s'agit notamment de :

- Loi du 17 juin 2016 relative aux marchés publics ;
- Loi du 17 juin 2013 relative à la motivation, à l'information et aux voies de recours en matière de marchés publics et de certains marchés de travaux, de fournitures et de services ;
- Arrêté royal du 18 avril 2017 relatif aux marchés publics dans les secteurs traditionnels ;
- Arrêté royal du 14 janvier 2013 - Arrêté royal établissant les règles générales d'exécution des marchés publics;
- Toutes les modifications des lois et arrêtés royaux visés ci-dessus qui sont applicables à la date de publication de l'avis de marché.

Sont également d'application la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, les modifications qui y ont été apportées et la loi du 20 juillet 2007 (introduisant dans le titre III de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre un chapitre IV dont la section iii se rapporte à la poursuite individuelle d'un

contrat d'assurance maladie collectif- l'attention des soumissionnaires est attirée tout particulièrement sur les articles suivants de cette section :

- 138bis - 8 relatif aux conditions d'octroi ;
- 138bis - 9 relatif à l'information à fournir par l'assureur ;
- 138bis - 10 relatif aux garanties ;
- 138bis - 11 relatif à la prime.

et ses arrêtés d'application.

Lorsqu'au cours de l'exécution du contrat il est fait application des dispositions légales telles que celles qui sont décrites à l'article 138bis-4 ou si des dispositions semblables entrent en vigueur, le prestataire de services est tenu de les appliquer au contrat en cours.

8.2. Documents du marché

- Le présent cahier des charges SFPD/S100/2021/01
- Formulaire d'offre
- Document Unique de Marché Européen
- Statistiques sur les sinistres et autres chiffres relatifs au contrat en cours
 - o Un soumissionnaire intéressé peut obtenir ces chiffres en soumettant une demande à l'adresse électronique suivante : SFPD-Procurement@sfpd.fgov.be
- Lot 2 : Liste des administrations ou souscripteurs

9. Introduction des offres

9.1. Droit et mode d'introduction des offres

Chaque soumissionnaire ne peut remettre qu'une offre par marché. Chaque participant à un groupement d'opérateurs économiques sans personnalité juridique est considéré comme un soumissionnaire. Les participants à un groupement d'opérateurs économiques sans personnalité juridique doivent désigner celui d'entre eux qui représentera le groupement à l'égard du pouvoir adjudicateur.

Le pouvoir adjudicateur impose l'utilisation des moyens électroniques sous peine de nullité de l'offre.

Les offres doivent être en possession du pouvoir adjudicateur avant le 31 mai 2021 à 11h30.

Les communications et les échanges d'informations entre le pouvoir adjudicateur et les opérateurs économiques, y compris la transmission et la réception électronique des offres, doivent, à tous les stades de la procédure de passation, être réalisés par des moyens de communication électroniques.

Les offres doivent être introduites par voie électronique via le site Internet e-tendering, <https://eten.publicprocurement.be>, qui garantit le respect des conditions établies à l'article 14, § 6 et 7, de la loi du 17 juin 2016.

Le pouvoir adjudicateur attire l'attention des soumissionnaires sur le fait que l'envoi d'une offre par e-mail ne répond pas aux conditions de l'article 14, § 6 et 7, de la loi du 17 juin 2016.

En introduisant son offre par voie électronique, le soumissionnaire accepte que les données de son offre soient enregistrées par le dispositif de réception.

De plus amples informations peuvent être obtenues sur le site Internet <http://www.publicprocurement.be> ou par le biais du helpdesk e-procurement.



9.2. Modification ou retrait d'une offre déjà introduite

Les modifications ou le retrait d'une offre déjà introduite doivent respecter les conditions de l'article 43 de l'AR du 18 avril 2017.

10. Offres

10.1. Données à mentionner dans l'offre

Il est fortement recommandé au soumissionnaire d'utiliser le formulaire d'offre en annexe. À défaut d'utiliser ce formulaire, il supporte l'entière responsabilité de la parfaite concordance entre les documents qu'il a utilisés et le formulaire.

L'offre est rédigée en français ou en néerlandais.

Le soumissionnaire indique clairement dans son offre quelle information est confidentielle et/ou se rapporte à des secrets techniques ou commerciaux et ne peut donc pas être divulguée par le pouvoir adjudicateur.

10.2. Durée de validité de l'offre

Les soumissionnaires restent liés par leur offre pendant un délai de 160 jours calendrier, à compter du jour qui suit celui de la date limite de réception des offres prévue dans le présent cahier des charges.

10.3. Documents à joindre à l'offre

Les soumissionnaires joignent à leur offre :

- tous les documents demandés dans le cadre des critères de sélection et d'attribution ;
- le Document unique de marché européen (DUME) ;
- extrait du casier judiciaire ;
- les statuts ainsi que tout autre document utile prouvant le mandat du (des) signataire(s).

11. Prix

Ce marché est un marché à bordereau de prix, ce qui signifie que seuls les prix unitaires sont forfaitaires.

Les prix sont indiqués en euros, hors TVA, avec maximum 2 décimales.

Le soumissionnaire est supposé inclure, aussi bien dans ses prix unitaires que dans ses prix globaux tous les coûts qui découlent de l'exécution du contrat ainsi que tous les frais et taxes qui pèsent sur les services, notamment :

- les frais administratifs et de secrétariat ;
- les frais de documentation à adresser aux intéressés relativement au contenu et conditions du contrat ;
- la production et le traitement des documents ou pièces nécessaires pour la fourniture des services, y compris l'envoi individualisé des demandes annuelles de paiement des primes.

Le soumissionnaire doit proposer, pour les 2 formules (formules de base et étendue) une prime annuelle pour chacune des catégories de personnes suivantes (sous peine de nullité de l'offre) :



12. Variantes et options

12.1. Variantes

Les variantes ne sont pas autorisées.

Le soumissionnaire est tenu de présenter une offre pour les garanties incluses dans la partie technique. Si le soumissionnaire modifie les garanties incluses dans le cahier des charges, c'est-à-dire propose une variante, l'offre sera déclarée nulle.

12.2. Options

Le soumissionnaire est libre d'ajouter des options à son offre, à condition que ces services soient liés à l'objet du marché. Ces options peuvent inclure des soins ambulatoires, dentaires ou optiques.

Le soumissionnaire est libre d'offrir des garanties supplémentaires à celles exigées. Cette option libre est offerte spontanément par le soumissionnaire et ne sera donc pas prise en compte dans la comparaison des offres.

13. Cautionnement

Le pouvoir adjudicateur agit en tant que centrale de marchés.

La finalité du marché ne consiste donc pas seulement à pourvoir à ses propres besoins mais aussi à ceux des souscripteurs tels que mentionnés au point 3 de ce cahier spécial des charges.

Dès lors, en application de l'article 25, § 2 troisième alinéa des RGE, un cautionnement global (montant forfaitaire) de 75.000,00 EUR est fixé et exigé.

L'adjudicataire constitue son cautionnement auprès de la :

- Caisse des Dépôts et Consignations (<http://caissedesdepots.be>) Rue de Commerce, 96 Bruxelles 1040 ou auprès d'un autre organisme remplissant une fonction similaire, conformément aux dispositions reprises à l'article 27 des RGE.

L'adjudicataire doit fournir la preuve de la constitution du cautionnement au service dirigeant dans les 30 jours de calendrier qui suivent la date de notification de conclusion du marché.

13.1. Défaut de cautionnement

Lorsque l'adjudicataire ne constitue pas le cautionnement dans le délai fixé dans l'article 27 des RGE, il sera mis en demeure par lettre recommandée. Cette mise en demeure vaut comme procès-verbal dans le sens de l'article 44, § 2 des RGE.

Lorsqu'il ne constitue pas le cautionnement dans un dernier délai de quinze jours de calendrier prenant cours à la date d'envoi de la lettre recommandée, le pouvoir adjudicateur peut:

- soit constituer le cautionnement d'office par prélèvement sur les sommes dues pour le marché considéré. Dans ce cas, est appliquée une pénalité fixée à quarante pourcent du montant du cautionnement à constituer;
- soit appliquer une mesure d'office. En toute hypothèse, la résiliation du marché pour ce motif exclut l'application de pénalités ou d'amendes pour retard.



13.2. Libération du cautionnement

En dérogation à l'article 33 des RGE, le cautionnement sera libéré sur demande de l'adjudicataire en deux étapes :

- Étape 1 : 50.000,00 EUR à l'issue d'un délai de 3 mois suivant la réception définitive (fin de la durée maximale du marché soit le 31/12/2025).
- Étape 2 : 25.000,00 EUR à l'issue d'un délai de 1 an suivant la réception définitive (fin de la durée maximale du marché soit le 31/12/2025).

Toute demande déposée antérieurement ne sera acceptée qu'après expiration du délai concerné. Dans la mesure où le cautionnement est libérable, le pouvoir adjudicateur délivre mainlevée dans les 15 jours qui suivent le jour de la demande.

14. Aperçu de la procédure

Le présent marché sera attribué sur base de la procédure ouverte. Cela signifie que tout soumissionnaire intéressé peut présenter une offre.

15. Régularité des offres

Les offres soumises par les soumissionnaires sont examinées pour vérifier leur régularité. Les offres substantiellement irrégulières seront éliminées.

Seules les offres régulières seront prises en compte pour les critères d'attribution.

16. Critères de sélection

Le soumissionnaire doit répondre aux critères de sélection énoncés ci-dessous :

16.1. L'aptitude à exercer l'activité professionnelle

Le soumissionnaire doit répondre au critère suivante :

- Agrément prévu aux articles 17 et 18 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance - branche 2 (maladie).

16.2. Capacité économique et financière

Le soumissionnaire doit répondre aux critères suivantes :

- Une déclaration de la banque complétée
- Une déclaration concernant le chiffre d'affaires annuel spécifique aux services d'assurance hospitalisation (professionnelle) au cours des trois dernières années;
 - Lot 1 : minimum € 3 000 000,00;
 - **Lot 2 : minimum € 30 000 000,00;**
 - Lot 3 : minimum € 3 000 000,00;
 - Lots 1 + 3 : minimum € 6 000 000,00;



- Lots 1 + 2 ou 2 + 3: minimum €30 000 000,00
- Tous les lots: minimum €30 000 000,00

16.3. Capacité technique

Le soumissionnaire doit répondre aux critères suivantes :

- Une liste d'au moins 3 polices d'assurance équivalentes (c'est-à-dire professionnelles) des 3 dernières années.
Ces références mentionnent leur date et leurs destinataires publics ou privés (nom, numéro de téléphone de la personne de contact).

Les références doivent répondre aux conditions suivantes :

- Lot 1 : minimum 3 polices d'assurances avec 3 500 affiliés par police ;
 - Lot 2 : minimum 3 polices d'assurances avec au total 150 000 affiliés (dont 1 police pour un minimum de 50 000 affiliés) ;
 - Lot 3 : minimum 3 polices d'assurances avec 3 500 affiliés par police ;
 - Lots 1 + 3 : minimum 3 polices d'assurances avec 7 000 affiliés par police (ou 4 polices différentes pour un minimum de 3 500 affiliés par police) ;
 - Lots 1 + 2 ou 2 + 3 : minimum 3 polices d'assurances avec 150 000 affiliés par police (dont 1 police pour un minimum de 50 000 affiliés) ;
 - Tous les lots : minimum 3 polices d'assurances avec 150 000 affiliés par police (dont 1 police pour un minimum de 50 000 affiliés).
- Une déclaration mentionnant l'effectif annuel moyen et l'importance de son cadre des trois dernières années dans le régime hospitalisation.

17. Critères d'attribution

Le prix est le seul critère d'attribution.

Les prix indiqués dans le formulaire d'appel d'offres seront multipliés par les quantités par lot énumérées au point **20. Estimation** quantités.

Le prix total obtenu pour chaque lot sera comparé.

Le prix total le plus bas se verra attribuer le nombre maximum de points. Les autres prix se verront attribuer des points au prorata du prix le plus bas.

Le marché sera attribué au soumissionnaire ayant obtenu le score final le plus élevé, après que le pouvoir adjudicateur ait vérifié l'exactitude du document uniforme de marché européen, l'extrait du casier judiciaire et que le soumissionnaire ne se trouve pas dans une situation d'exclusion.

18. Critères d'exclusion

Le soumissionnaire est tenu de joindre un Document unique de marché européen (DUME) complété à son offre, conformément à l'art. 73 de la loi du 17 juin 2016. Au moyen de ce DUME, le soumissionnaire atteste qu'il ne se trouve pas dans un des cas d'exclusion visés aux articles 67 à 69 de la loi du 17 juin 2016.

En ce qui concerne les motifs d'exclusion obligatoires relatifs aux dettes fiscales et sociales, le pouvoir adjudicateur demandera les renseignements ou documents par voie électronique. Le pouvoir adjudicateur peut toutefois demander aux soumissionnaires, à tout moment de la procédure, de fournir

tout ou partie des documents justificatifs si cela est nécessaire pour assurer le bon déroulement de la procédure (art. 73, § 3, de la loi du 17 juin 2016).

Par ailleurs, le pouvoir adjudicateur est également tenu de vérifier si le soumissionnaire répond aux autres motifs d'exclusion obligatoires. Par conséquent, le pouvoir adjudicateur exige que les soumissionnaires joignent à leur offre un extrait de casier judiciaire ou, à défaut, un document équivalent délivré par l'autorité judiciaire ou administrative compétente du pays d'origine ou d'établissement de l'opérateur économique et dont il résulte que ces conditions sont remplies.

À l'exception des motifs d'exclusion relatifs aux dettes fiscales et sociales, le soumissionnaire qui répond à l'un des motifs d'exclusion obligatoires ou facultatifs peut prouver qu'il a pris des mesures correctrices afin de démontrer sa fiabilité. À cette fin, le soumissionnaire prouve d'initiative qu'il a versé ou entrepris de verser une indemnité en réparation de tout préjudice causé par l'infraction pénale ou la faute, qu'il a clarifié totalement les faits et circonstances en collaborant activement avec les autorités chargées de l'enquête et qu'il a pris des mesures concrètes de nature technique et organisationnelle et en matière de personnel propres à prévenir une nouvelle infraction pénale ou une nouvelle faute.

Motifs d'exclusion obligatoires :

1° participation à une organisation criminelle ;

2° corruption ;

3° fraude ;

4° infractions terroristes, infractions liées aux activités terroristes ou incitation à commettre une telle infraction ou complicité ou tentative d'une telle infraction ;

5° blanchiment de capitaux ou financement du terrorisme ;

6° travail des enfants et autres formes de traite des êtres humains ;

7° occupation de ressortissants de pays tiers en séjour illégal.

Les exclusions de la participation aux marchés publics mentionnées aux points 1 à 6 s'appliquent pour une période de 5 ans à compter de la date du jugement. L'exclusion de la participation aux marchés publics mentionnée au point 7 s'applique pour une période de 5 ans à partir de la fin de l'infraction.

Est exclu de la présente procédure le soumissionnaire qui ne satisfait pas à ses obligations de paiement de dettes fiscales et de cotisations de sécurité sociale. Néanmoins, le soumissionnaire qui se trouve dans les conditions suivantes peut participer :

a) s'il ne dispose pas d'une dette supérieure à 3 000 euros ou

b) s'il a obtenu, pour cette dette, un délai de paiement qu'il respecte strictement.

Lorsque la dette est supérieure à 3 000 euros, le soumissionnaire démontre, sous peine d'exclusion, qu'il détient à l'égard d'un pouvoir adjudicateur ou d'une entreprise publique, une ou des créances certaines, exigibles et libres de tout engagement à l'égard de tiers pour un montant au moins égal à sa dette diminuée de 3 000 euros.

Lorsque l'attestation en possession du pouvoir adjudicateur ne démontre pas que le soumissionnaire est en règle avec ses obligations fiscales et sociales, il en informera le soumissionnaire. À compter du lendemain de la notification de la constatation, le soumissionnaire dispose d'un délai unique de 5 jours ouvrables pour fournir la preuve de sa régularisation. Il ne peut faire usage qu'une seule fois de cette régularisation.



Motifs d'exclusion facultatifs :

Conformément à l'art. 69 de la loi du 17 juin 2016, le pouvoir adjudicateur peut, à n'importe quel stade de la procédure de passation, exclure de la participation à cette procédure tout candidat ou soumissionnaire dans les cas suivants :

1° lorsque le pouvoir adjudicateur peut démontrer, par tout moyen approprié, que le soumissionnaire a manqué aux obligations applicables dans les domaines du droit environnemental, social et du travail ;

2° lorsque le candidat ou le soumissionnaire est en état de faillite, de liquidation, de cessation d'activités, de réorganisation judiciaire ou a fait l'aveu de sa faillite ou fait l'objet d'une procédure de liquidation ou de réorganisation judiciaire, ou dans toute situation analogue résultant d'une procédure de même nature existant dans d'autres réglementations nationales ;

3° lorsque le pouvoir adjudicateur peut démontrer par tout moyen approprié que le candidat ou le soumissionnaire a commis une faute professionnelle grave qui remet en cause son intégrité ;

4° lorsque le pouvoir adjudicateur dispose d'éléments suffisamment plausibles pour conclure que le candidat ou le soumissionnaire a commis des actes, conclu des conventions ou procédé à des ententes en vue de fausser la concurrence ;

5° lorsqu'il ne peut être remédié à un conflit d'intérêts au sens de l'article 6 par d'autres mesures moins intrusives ;

6° lorsqu'il ne peut être remédié à une distorsion de la concurrence résultant de la participation préalable des candidats ou soumissionnaires à la préparation de la procédure de passation, visée à l'article 52, par d'autres mesures moins intrusives ;

7° lorsque des défaillances importantes ou persistantes du soumissionnaire ont été constatées lors de l'exécution d'une obligation essentielle qui lui incombait dans le cadre d'un marché public antérieur, d'un marché antérieur passé avec un adjudicateur ou d'une concession antérieure, lorsque ces défaillances ont donné lieu à des mesures d'office, des dommages et intérêts ou à une autre sanction comparable ;

8° le soumissionnaire s'est rendu gravement coupable de fausse déclaration en fournissant les renseignements exigés pour la vérification de l'absence de motifs d'exclusion ou la satisfaction des critères de sélection, a caché ces informations ou n'est pas en mesure de présenter les documents justificatifs requis en vertu de l'article 73 ;

9° le candidat ou le soumissionnaire a entrepris d'influer indûment sur le processus décisionnel du pouvoir adjudicateur ou d'obtenir des informations confidentielles susceptibles de lui donner un avantage indu lors de la procédure de passation, ou a fourni par négligence des informations trompeuses susceptibles d'avoir une influence déterminante sur les décisions d'exclusion, de sélection ou d'attribution.

19. Document Unique de Marché Européen (DUME)

Un DUME correctement rempli doit être joint à l'offre (voir l'article 73 de la loi du 17 juin 2016 relative aux marchés publics et l'article 38 de l'A.R. du 18 avril 2017).

Conformément à l'article 76 de l'A.R. précité, le non-ajout d'un DUME constitue une irrégularité substantielle. Par conséquent, l'offre sera déclarée nulle.

Le pouvoir adjudicateur a élaboré un DUME que les soumissionnaires sont tenus de compléter. Les soumissionnaires sont tenus de compléter le DUME préparé par le pouvoir adjudicateur via le site Internet :



<https://dume.publicprocurement.be/>

- 1) Sélectionnez la langue.
- 2) Cochez la case : Je suis un opérateur économique.
- 3) Cochez la case : Importer une demande / réponse DUME.
Utilisez le fichier XML joint à l'annonce → ESPD_request_fr ou ESPD_request_nl.
Ce fichier doit être téléchargé. Une fois importé sur la plate-forme DUME, il sera reconnu par le système et converti dans le DUME préparé par le pouvoir adjudicateur.
- 4) Sélectionnez le pays → Suivant.
- 5) Complétez toutes les informations nécessaires dans la « Partie II : Informations concernant l'opérateur économique » → Suivant.
- 6) Partie III : cochez ce qui est d'application et complétez le cas échéant → Suivant.
- 7) Partie IV : Critères de sélection : cochez « Oui » → Suivant.
- 8) Partie V + Partie VI : compléter les déclarations.
- 9) Cliquez sur l'aperçu en-dessous.
- 10) Cliquez ensuite sur « Télécharger au format » → sélectionnez PDF.
Joignez ce fichier PDF à l'offre.

20. Estimation quantités

Tous les chiffres mentionnés ci-dessous sont donnés à titre indicatif. Les quantités en plus ou en moins ne donnent droit à aucune compensation.

20.1. Lot 2

20.1.1. Total des administrations locales et provinciales

Par catégorie d'âge	Nombre
0 à 20 ans	24 538
21 à 49 ans	45 201
50 à 66 ans	37 453
67 ans et plus	21 955
Total	129 147

20.1.2. L'administration provinciale ou locale prend (partiellement) la prime des assurés intégralement à sa charge

	Formule de base	Formule étendue	Total
Membre de personnel	31 559	28 100	59 659
Membre de famille	8 561	9 450	18 011



Total	40 120	37 550	77 670
--------------	--------	--------	---------------

Ajout

Membre de personnel	Formule de base	Formule étendue	Total
0 à 20 ans	11	10	21
21 à 49 ans	12 941	11 522	24 463
50 à 66 ans	13 595	12 105	25 701
67 ans et plus	5 012	4 463	9 475
Total	31 559	28 100	59 659

Membre de famille	Formule de base	Formule étendue	Total
0 à 20 ans	4 036	4 455	8 490
21 à 49 ans	2 304	2 543	4 847
50 à 66 ans	1 311	1 447	2 758
67 ans et plus	911	1 005	1 916
Total	8 561	9 450	18 011

20.1.3. L'administration provinciale ou locale ne prend pas à sa charge la prime des assurés

	Formule de base	Formule étendue	Total
Membre de personnel	3 946	4 930	8 876
Membre de famille	16 859	25 742	42 601
Total	20 805	30 672	51 477

Ajout

Membre de personnel	Formule de base	Formule étendue	Total
0 à 20 ans	1	2	3
21 à 49 ans	1 618	2 022	3 640
50 à 66 ans	1 700	2 124	3 824
67 ans et plus	627	783	1 410



Total	3 946	4 930	8 876
--------------	-------	-------	--------------

Membre de famille	Formule de base	Formule étendue	Total
0 à 20 ans	7 947	12 134	20 081
21 à 49 ans	4 537	6 927	11 464
50 à 66 ans	2 582	3 942	6 523
67 ans et plus	1 794	2 739	4 532
Total	16 859	25 742	42 601

21. Emploi des langues

La correspondance relative à l'exécution globale du marché sera rédigée dans la langue de l'offre qui aura été retenue.

Toutefois, la correspondance avec les personnes affiliées sera rédigée dans la langue de chaque personne.

22. Facturation des Primes

En cas de non-paiement de la prime individuelle par l'assuré, celle-ci ne peut être réclamée au service public concerné (souscripteur), ni à son service social ni au service dirigeant.

Les souscripteurs sont directement et exclusivement responsables du paiement de ce qui leur est facturé. Le pouvoir adjudicateur n'est, par conséquent, redevable ni du principal ni des intérêts éventuels.

Le paiement est exécuté dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception des factures correctement établies et expédiées au client payeur.

En cas de non-paiement de la prime par les souscripteurs dans les délais prévus, la couverture peut, seulement, être suspendue, sous réserve de l'application de la procédure visée dans les règles générales d'exécution (RGE). Une suspension éventuelle touchera, seulement, les assurés principaux et secondaires dont l'affiliation à ce contrat peut être mise en relation avec le souscripteur non payeur.

La suspension de la prestation de services est interrompue dès paiement de la prime due.

Les assurés principaux

La prime globale est payée par le pouvoir adjudicateur ou un souscripteur, le solde est facturé directement au pouvoir adjudicateur ou au souscripteur.

Si le pouvoir adjudicateur ne prend pas ou ne prend pas entièrement la prime à sa charge, la facturation de la totalité de la prime ou le solde (différence entre la prime totale et l'intervention) est alors respectivement adressée individuellement au pouvoir adjudicateur ou au souscripteur et aux assurés concernés.



Remarque : les montants de prime applicables aux assurés principaux de la catégorie « de 50 à 66 ans inclus » restent d'application pour les assurés principaux toujours en service actif auprès le pouvoir adjudicateur ou souscripteur au-delà de 66 ans.

Les coassurés

L'assureur perçoit la prime directement auprès des coassurés, pour autant que ces derniers soient tenus d'assumer la totalité de la prime.

La partie de la prime qui, le cas échéant, serait prise en charge par le pouvoir adjudicateur ou le souscripteur, est directement facturée à ce dernier.

À la demande du pouvoir adjudicateur ou du souscripteur, il peut être convenu que la facturation pour les assurés principaux et les coassurés se fera par l'intermédiaire d'une l'administration affiliée.

23. Confidentialité des informations et Règlement général sur la protection des données (RGPD - GDPR)

Toutes les informations reçues par l'adjudicataire dans le cadre de cette procédure sont strictement confidentielles et en particulier les statistique sur les sinistres.

Le soumissionnaire et le contractant traiteront donc toutes les informations comme confidentielles et ne les utiliseront que pour la préparation de leur offre et, s'ils sont sélectionnés comme contractant, pour l'exécution du contrat.

Les informations obtenues ne peuvent être reproduites, publiées ou divulguées à des tiers de quelque manière que ce soit, sauf accord exprès préalable et écrit du pouvoir adjudicateur.

Toutes les données personnelles échangées par l'autorité contractante et le contractant doivent être conformes aux dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD - GDPR).

Le soumissionnaire et ses sous-traitants s'engagent à n'utiliser les données personnelles obtenues dans le cadre du présent contrat que pour l'exécution ou le respect d'une obligation légale ou avec le consentement exprès du SFP, ONSS ou le souscripteur concerné.



C. DÉFINITIONS

- 1 Le "preneur d'assurance" : Le Service fédéral des Pensions, qui souscrit l'assurance collective pour le compte des assurés définis ci-après.
- 2 Les "assurés principaux" : les membres du personnel statutaires et les membres du personnel contractuels au service de l'administration provinciale ou locale et, le cas échéant, ses mandataires, qui s'affilient avant l'âge de 66 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent cette limite d'âge).

Ces membres du personnel assurés peuvent, sur une base volontaire, bénéficier gratuitement de cette assurance pour autant que l'administration porte leur prime à charge de son budget.

- 3 Les "coassurés"
 - 3.1 Les membres du personnel assurés principaux mis à la retraite à partir du 1er janvier 2022 pour autant qu'au moment de leur mise à la retraite, ils consentent à ce que leur assurance se poursuive de manière ininterrompue.
 - 3.2 L'époux/épouse ou partenaire assimilé des assurés principaux domicilié(e) chez l'assuré principal, affilié(e) à l'assurance avant l'âge de 66 ans.
 - 3.3 Les enfants des personnes mentionnées ci-avant auxquels s'applique la législation relative aux allocations familiales ou qui, ne bénéficiant plus de ces allocations familiales, restent fiscalement à charge desdites personnes ou sont domiciliés sous le toit du titulaire ; les petits-enfants des personnes mentionnées ci-avant qui sont à leur charge ou qui, s'ils ne le sont plus, restent domiciliés sous le toit du titulaire (personne ouvrant le droit à l'affiliation) ; les enfants placés sous la tutelle légale des personnes ci-avant.
 - 3.4 Les enfants de parents divorcés ou séparés légalement et qui sont à charge à condition que l'assuré principal soit tenu de payer une pension alimentaires ou dans le cas de coparentalité ;
 - 3.5 Les assurés déjà pensionnés au 1er janvier 2022 qui, à cette date, étaient affiliés à l'assurance collective actuelle de l'administration provinciale ou locale, ainsi que leur conjoint(e) ou partenaire et leurs enfants inscrits à leur domicile.

Il est précisé qu'en cas de décès d'une personne affiliée à la présente police, qui s'était ouvert le droit à l'affiliation, le conjoint ou cohabitant et les enfants habitant sous le même toit pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat aussi longtemps que le coassuré : époux/épouse ou partenaire assimilé survivant ne se remarie pas ou ne conclut pas un engagement similaire.

Il est également précisé que l'affiliation à la présente police est facultative et que le foyer formé par une personne visée au point 2 ci-avant et les membres de sa famille sera tenu de choisir une seule et même formule quant à l'application de la franchise et quant au type de chambre.

- 4 "L'hôpital" : un établissement public ou un établissement privé reconnu légalement comme hôpital. Il ne s'agit donc pas ici d'établissements psychiatriques fermés, de services ou établissements médico-pédagogiques, de maisons de repos, d'institutions gériatriques ou de services se consacrant au simple hébergement des personnes âgées, d'institutions ou services se consacrant au simple hébergement des convalescents ou des enfants, ainsi que des établissements ayant fait l'objet d'une reconnaissance particulière en tant que maison de repos et de soins.
- 5 "Institution de soins palliatifs" : toute institution résidentielle reconnue destinée à l'hébergement de personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans l'institution, ainsi qu'un traitement palliatif nécessitant une observation, une surveillance et un suivi qui ne peut être réalisé que dans cette institution.



- 6 "L'hospitalisation" : tout séjour médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier 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 plâtrage 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 de l'hôpital ;
 - Il doit s'agir de prestations dans le cadre de maxi-forfait, de forfait d'hôpital de jour (groupes 1 à 7 inclus), des forfaits douleur chronique repris dans la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs ainsi que pour les situations suivantes d'hospitalisation de jour :
 - tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier ;
 - toute situation dans laquelle, sur prescription du médecin qui a pris le patient en charge, une surveillance médicale effective est exercée pour l'administration d'un médicament ou de sang/produits sanguins labiles par une perfusion intraveineuse. L'administration de solutions de sels ou de sucres comme pratiqué pour la perfusion de garde thérapeutique et le rinçage d'un port-cathéter ne tombe pas sous cette définition.
- Quant aux cures à suivre, une intervention n'est prévue que si le traitement est de caractère curatif, qu'il soit dispensé dans un établissement répondant aux conditions énoncées ci-avant et que si l'adjudicataire y ait consenti avant le début du traitement. La garantie est également acquise pour le traitement de la tuberculose en sanatorium et dans des maisons de repos pour tuberculeux.
- 7 "L'accident" : un événement soudain, causant une lésion corporelle et dont la cause ou une des causes est étrangère à l'organisme de l'assuré. L'accident doit être constaté par un médecin légalement habilité à exercer sa pratique, soit en Belgique, soit dans un pays où se trouve l'assuré au moment où est survenu l'accident.
- 8 "La maladie" : une affection de l'état de santé dont la cause est autre qu'un accident, et qui est reconnue par un médecin légalement habilité à exercer sa pratique, soit en Belgique, soit dans un pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.
- 9 "La franchise" : la partie des frais garanties restant de toute façon à charge de l'assuré.
- 10 "L'intervention légale" :
- Pour les frais exposés en Belgique : tout remboursement effectué en vertu de la législation belge relative à l'assurance maladie invalidité obligatoire (régime salariés), aux maladies professionnelles et aux accidents du travail;
 - Pour les frais exposés à l'étranger : tout remboursement découlant d'une convention en matière de sécurité sociale des salariés conclue avec le pays en question ou, à défaut de cette convention, un montant fictif égal au remboursement prévu par les législations belges d'application aux travailleurs salariés.



- 11 "Catégorie D" : les médicaments qui ne sont repris dans aucune des 7 catégories de remboursement¹ sont parfois appelés les médicaments de la catégorie D. Il s'agit des médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu. Par exemple, les tranquillisants ou les somnifères.

¹ <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/liste-specialites-pharmaceutiques-remboursables-categories-remboursement.aspx#.WKwfQU8zXcs>



D. DISPOSITIONS TECHNIQUES LOT 2

Le soumissionnaire doit présenter une offre conformément aux dispositions du présent cahier des charges. Comme stipulé ci-dessus, aucune variante ne peut être proposée.

Le soumissionnaire n'a pas le droit d'exclure des personnes assurées sur une base individuelle.

1. Garanties

1.1. Hospitalisation

En cas d'hospitalisation par suite de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, les frais de soins de santé seront remboursés, pour autant que ces soins aient été dispensés lors d'un séjour dans un hôpital reconnu ou dans un centre palliatif reconnu (voir aussi point 2 - Etendue des remboursements effectués par l'assureur).

1.1.1. Dans la mesure où ceux-ci donnent lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI.

Doivent être garanti :

- 1 Les frais de séjour, y compris les suppléments pour une chambre de deux personnes ou commune. Il est explicitement précisé que les suppléments relatifs au séjour en chambre d'un lit pour convenance personnelle ne sont pas pris en charge dans la formule de base. Les frais supplémentaires s'ajoutant au prix de journée ne sont pas pris en compte dans la formule de base.
- 2 Les coûts des prestations médicales, des honoraires et suppléments d'honoraires. Il est explicitement précisé que ne sont pas pris en compte dans la formule de base les suppléments d'honoraires ou les suppléments résultant d'un séjour en chambre d'un lit à la propre demande de l'assuré pour des raisons personnelles.
- 3 Les frais pour les prestations paramédicales.
- 4 Les coûts des produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres moyens médicaux.
- 5 Les frais de chirurgie et d'anesthésie.
- 6 Les frais d'utilisation d'une salle d'opération et d'une salle d'accouchement.
- 7 Les frais de soins dentaires, prothèses dentaires et prothèses thérapeutiques ainsi que des 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 l'hospitalisation. Les prothèses de nature purement esthétique ne sont pas remboursées.
- 8 Les frais médicaux du nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère suite à un accouchement (couvert), y compris les frais médicaux pour le prélèvement de cellules souches.
- 9 Le dépistage de la mort subite du nourrisson.
- 10 Les frais de soins palliatifs, y compris les médicaments.
- 11 Chirurgie plastique de recouvrement suite à une maladie ou un accident assuré



1.1.2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non

Doivent être garanti :

- 1 Les frais non remboursables de viscérosynthèse et d'endoprothèse
- 2 Le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale
- 3 Les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI;
- 4 Les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout type de produit également disponible dans le commerce non médical;
- 5 Les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture exécutée par un spécialiste agréé ;
- 6 Les frais relatifs :
 - o Au transport urgent et adapté vers l'hôpital;
 - o Au transport adapté pendant l'hospitalisation, justifié par des raisons médicales;
 - o A l'équipe médicale d'urgence (EMU).
- 7 Les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant mineur avec inclusion de la minorité prolongée (rooming-in).
- 8 Les traitements médicaux prescrits tels que: massages, électrothérapie, mécano thérapie, physiothérapie, diathermie, radiothérapie, ultrasons, etc.
- 9 Les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré.
- 10 Les frais de séjour dans une unité de soins palliatifs.
- 11 Les frais mortuaires pris en compte sur la facture de l'hôpital.

1.2. Pré et post-hospitalisation

Il s'agit des frais médicaux exposés pendant 60 jours avant et 180 jours après l'hospitalisation, directement liés à l'hospitalisation.

1.2.1. Dans la mesure où ceux-ci donnent lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI.

Doivent être garanti :

- 1 Les frais de prestations médicales dispensées suite à une visite du médecin ou une consultation d'un médecin ;
- 2 Les frais de prestations paramédicales prescrites par le médecin ;
- 3 Les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin ;
- 4 Les frais de prothèses médicales en rapport direct avec l'hospitalisation ;
- 5 Les frais de membres artificiels ;
- 6 Les frais médicaux et de soins dans les centres de revalidation ;
- 7 Les frais de soins médicaux du donneur qui sont directement liés à la transplantation au profit d'un assuré hospitalisé ;



8 Médicaments

1.2.2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non

Doivent être garanti :

- 1 Les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
- 2 Les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture exécutée par un spécialiste agréé;
- 3 Les frais de bandages et de matériel médical à l'exclusion de tout type de produit également disponible dans le commerce non médical;

1.3. Maladies graves

Pour les maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus (typhus exanthématique, paratyphus, fièvre typhoïde et paratyphoïde), encéphalite, fièvre charbonneuse, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse ou virale, rubéole, scarlatine, diabète, affections rénales requérant la dialyse, maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique, mucoviscidose, lymphogranulomatose, pancréatite, maladie d'Alzheimer, dystrophie musculaire progressive, colite ulcéreuse, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeldt-Jacob, scrofule, brucellose, sclérodémie, l'assurance couvrira également les frais de soins encourus en dehors de l'hôpital et en relation directe avec la maladie.

1.3.1. Dans la mesure où ceux-ci donnent lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI.

Doivent être garanti :

- 1 Les frais de prestations médicales, honoraires et suppléments d'honoraires ;
- 2 Les frais de prestations paramédicales ;
- 3 Les frais relatifs à des traitements spéciaux, analyses et examens, nécessités par la maladie ;
- 4 Les frais de location de tout type de matériel ;
- 5 Les médicaments.

1.3.2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non

Doivent être garanti :

- 1 Les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
- 2 Les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout type de produit également disponible dans le commerce non médical;
- 3 Les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture exécutée par un spécialiste agréé;
- 4 Les frais de transport ;
- 5 Tous les autres frais sur lesquels l'assureur aura préalablement marqué son accord ;



- 6 Les frais de perruques, de prothèses mammaires externes prescrites, limité à 500€ par prescription;

Remarque: Les frais de séjour dans une unité de soins palliatifs lorsqu'ils sont complémentaires à des prestations couvertes en vertu des points 1.1. en 1.3.

1.4. **Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et soins obstétriques.**

L'assurance doit également s'appliquer aux frais médicaux d'un accouchement à domicile pratiqué par un médecin agréé ou par un praticien obstétrique agréé par l'INAMI et d'un accouchement en polyclinique. Dès lors, en cas d'accouchement à domicile ou accouchement en polyclinique, les garanties du chapitre "pré-hospitalisation et post-hospitalisation" telles que mentionnées plus haut doivent être également acquises, en ce compris les frais médicaux pour le nouveau-né.

Par soins obstétriques, il faut entendre les frais postérieurs à un accouchement facturés par un établissement de soins post-natals reconnu. Il s'agit des frais facturés par cet établissement pour les soins dispensés à domicile par une aide obstétricienne qualifiée, à la mère, au nouveau-né et à la famille.

L'intervention pour les soins obstétriques est limitée à douze jours calendrier.

2. **Etendue des remboursements effectués par l'assureur**

L'assureur garanti les remboursements :

- 1 Pour les frais pour lesquels aucune intervention légale n'est accordée, est d'application une intervention allant jusqu'à € 3 000 par assuré et par année civile, étant entendu que :
 - Le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant se limite à € 50 par nuit;
 - L'intervention dans les frais de séjour d'un donneur est portée à € 2 000;
 - Les frais de transport en cas de maladies graves sont limités à un plafond global de € 250 par personne et par année civile.
- 2 En cas d'hospitalisation suite à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention par assuré est acquise durant une période de 36 mois, ininterrompue ou non, débutant le premier jour donnant droit à une intervention légale.
- 3 L'intervention pour les soins obstétriques est accordée durant une période de douze jours calendrier maximum et à concurrence de € 620 maximum.
- 4 Une contribution de 50 % des coûts jusqu'à 1 250 € par personne et par année civile pour les traitements homéopathiques, d'acupuncture, d'ostéopathie ou de chiropraxie effectués par un spécialiste reconnu en la matière, si aucune contribution légale n'est prévue pour ces prestations.
- 5 La fécondation in-vitro (l'intervention pour les frais relatifs à des traitements de fécondation in vitro est accordée à concurrence de maximum € 500 par traitement, avec un maximum de 6 traitements pour autant que les deux partenaires soient affiliés au contrat depuis minimum 12 mois) **dans la formule étendue.**
- 6 L'opération extramurale de la cataracte (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, l'assureur prend en charge une somme maximale de € 600 par personne et par intervention).



3. La choix de la formule

L'assuré peut choisir entre deux formules :

1) Formule de base

Cette formule ne couvre en aucun cas les suppléments liés à l'occupation d'une chambre à un lit. Cette assurance garantit le remboursement des frais de soins de santé repris ci-dessus, après déduction éventuelle des interventions légales et extralégales.

2) Formule étendue

Les garanties sont les mêmes que celles dont question dans la formule de base, sous réserve de ce qui suit :

- a. Sont garantis à concurrence du triple du montant de l'intervention légale, tous les suppléments tant pour les frais de séjour que pour les honoraires ou suppléments d'honoraires lors d'un séjour dans une chambre d'une personne pour raisons personnelles;
- b. La franchise par assuré et par année civile s'élève à € 250 seulement pour les prestations prises en compte dans la formule étendue et dès lors non pas pour celles prises en compte dans la formule de base.
- c. Traitement de fertilité : FIV, ICSI, et IUI : l'intervention pour les frais relatifs à des traitements est accordée à concurrence de maximum € 500 par traitement, avec un maximum de 6 traitements pour autant que les deux partenaires soient affiliés au contrat depuis minimum 12 mois, en formule étendue.

3.1. Choix de la formule

L'assuré principal (qui ouvre le droit à la présente assurance) a le choix entre la formule de base et la formule étendue. Ce choix doit être le même aussi bien pour lui, que pour les membres vivant sous le même toit.

Ce choix ne peut être modifié qu'aux circonstances suivantes :

- Ayant opté pour la formule étendue, l'assuré aura quand même la faculté de passer à la formule de base à l'échéance annuelle, moyennant introduction d'une demande explicite au moins trois mois avant l'échéance annuelle. Ce changement de formule s'appliquera également, sans exception, à l'ensemble des membres du ménage assurés;
- Ayant opté pour la formule de base et voulant passer à la formule étendue, l'assuré ne pourra le faire que moyennant accord de l'assureur; à condition que l'assureur accepte le changement de formule (qui vaudra alors pour tous les membres du ménage assurés) :
 - Seront exclues les affections existantes.
 - Seront d'application les dispositions relatives au délai d'attente;

4. Franchise

La franchise est fixée à € 250 par assuré et par année civile. si l'assuré a choisi une chambre à un lit pour son hospitalisation.

Il n'y a pas franchise dans la formule étendue si l'assuré choisit volontairement une chambre commune ou si aucune chambre individuelle n'est disponible.



La franchise n'est de toute façon pas d'application en cas de maladies graves.

Lorsque la franchise s'applique pour une hospitalisation ininterrompue s'étalant sur deux années civiles consécutives, l'application de la franchise ne se fera qu'une seule fois.

Lorsque plusieurs membres d'un même ménage – affiliés à l'assurance – sont hospitalisés en même temps à la suite d'un accident, la franchise ne sera appliquée qu'une seule fois pour tous les membres du ménage et non séparément pour chaque membre du ménage.

5. Début et durée de l'assurance

L'assurance prendra effet le 1^{er} janvier 2022 pour la période suivante :

- Lot 1 : durée de 2 ans
- Lot 2 : durée de 4 ans
 - Les administrations locales et provinciales qui participent à ce contrat (voir point 3 des dispositions administratives) s'engagent pour tout la durée du contrat sauf mention contraire explicite.

6. Fin de la couverture (retraite, décès, ...)

L'assureur n'a pas le droit d'exclure sur une base individuelle certains assurés principaux ou coassurés excepté dans les cas indiqués ci-dessous :

6.1. Les assurés principaux

La couverture individuelle de l'assuré principal à la date d'échéance annuelle est résiliée par :

- 1) La résiliation volontaire du contrat sur demande écrite de l'assuré principal au moyen d'une lettre recommandée adressée au pouvoir adjudicateur ou l'adjudicataire au moins 3 mois avant l'échéance annuelle du contrat
- 2) La fin ou la rupture de la relation de travail statutaire ou du contrat de travail entre l'assuré principal et le pouvoir adjudicateur ou souscripteur;
- 3) Le décès de l'assuré principal;
- 4) Une fraude ou une tentative de fraude de la part de l'assuré principal.
- 5) Résiliation par le cessionnaire en cas de non-paiement de la prime

6.2. Les coassurés

La couverture individuelle de coassuré à la date d'échéance annuelle est résiliée par :

- 1) La résiliation volontaire du contrat sur demande écrite de l'assuré principal au moyen d'une lettre recommandée adressée au pouvoir adjudicateur ou l'adjudicataire au moins 3 mois avant l'échéance annuelle du contrat
- 2) La fin ou la rupture de la relation de travail statutaire ou du contrat de travail entre l'assuré principal et le pouvoir adjudicateur ou souscripteur, excepté en cas de passage du statut d'assuré principal à celui de coassuré lors de la mise à la retraite;
- 3) Le décès du coassuré;
- 4) Une fraude ou une tentative de fraude de la part du coassuré;



5) Résiliation par le cessionnaire en cas de non-paiement de la prime

En cas de résiliation ou de rupture, telle que susmentionnée, du contrat ou des conditions de travail (statutaire) et si les membres de la famille ne satisfont plus aux critères de assurés secondaires tels que visés dans point C « Définitions », l'assurance continue de produire ses effets, quelle que soit la date de notification de la résiliation, et la prime continue d'être due, jusqu'au 31 décembre de l'année d'assurance en cours, si l'assuré le souhaite.

Si l'assuré souhaite résilier son affiliation anticipativement, il doit adresser un courrier à l'adjudicataire dans un délai d'un mois à compter de cet événement.

7. Contrôle et supervision du contrat

7.1. Lot 2

Le contrôle et la supervision de ce lot sont exercés par Madame Marie-Françoise RAPPE, Conseillère - tél.02/529 39 73, au Service Social Collectif (pour les administrations provinciales ou locales).



E. AUTRES DISPOSITIONS TECHNIQUES

Les paragraphes suivants décrivent les dispositions techniques

1. Campagnes d'information

L'adjudicataire doit participer à une campagne d'information à l'intention des assurés.

Une brochure électronique et papier en néerlandais, français et allemand doit être fournie.

2. Limites territoriales

L'assurance est valable dans le monde entier.

Il y a toutefois des pays avec lesquels les mutualités belges n'ont conclu aucune convention de remboursement. Au cas où un assuré serait victime d'une maladie ou d'un accident dans un de ces pays, l'assureur interviendrait comme si la maladie ou l'accident était survenu en Belgique. Par conséquent, il sera tenu compte d'un remboursement fictif équivalent à celui de la mutualité (assurance maladie-invalidité - section soins de santé - régime des travailleurs salariés).

3. Terrorisme

Terrorisme: Cette police couvre également les dégâts causés par un fait de terrorisme, tel que défini et réglementé par la Loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (MB 15 mai 2007).

4. Exclusions

La garantie d'assurance ne s'étend pas aux cas d'assurance survenus à la suite :

- 1 D'un accident ou d'une maladie non contrôlable par examen médical.
- 2 D'un traitement esthétique ou de rajeunissement; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident pris en considération seront pris en charge.
- 3 De maladies ou d'accidents survenus à l'assuré :
 - 3.1 En état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que:
 - i. L'on prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ses circonstances;
 - ii. 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.
 - 3.2 Par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.
- 4 De la stérilisation, la contraception, sauf pour des raisons médicales urgentes.
- 5 Cures thermales sauf pour des raisons médicales urgentes
- 6 D'un événement de guerre, que l'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire; les 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.



- 7 De la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique de quelconque sport rémunéré.
- 8 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.
- 9 D'un sinistre consécutif à l'usage de l'énergie nucléaire tombant sous l'application de la Convention de Paris (loi du 22 juillet 1985) ou de toutes autres dispositions légales ayant remplacé, modifié ou complété cette loi.
- 10 De mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.
- 11 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.

5. Affiliation et délai d'attente

5.1. Affiliation

Le preneur d'assurance communiquera préalablement à l'assureur, la situation au 1^{er} janvier de chaque année, la liste nominative (noms, prénoms, date de naissance) des personnes à assurer.

Le preneur d'assurance communiquera également :

- 1) Les nouvelles affiliations et les démissions qui surviendraient dans le courant de l'année d'assurance. En ce qui concerne les nouveaux affiliés, ils bénéficieront des garanties de la police dès la réception de leur affiliation par l'assureur.
- 2) Les modifications dans la composition de la famille des assurés, susceptibles de modifier la prime (naissance, décès, mariage, etc.). Les modifications de prime et de garanties interviendront à la date même de l'événement pour autant que la demande soit introduite dans le mois.

Ils adhèrent au moyen du formulaire d'affiliation prévu à cet effet. Le formulaire dûment rempli doit être envoyé au service du personnel du pouvoir adjudicateur ou du souscripteur, qui le transmettra ensuite à l'assureur.

5.2. Délai d'attente et maladies ou affections antérieures

Le délai d'attente est la période débutant à la date d'affiliation pendant laquelle l'assurance n'intervient pas.

5.2.1. Les assurés principaux dont la prime est entièrement prise en charge par le pouvoir adjudicateur ou souscripteur et leurs coassurés.

Il n'y a aucun délai d'attente, questionnaire médical ou examen médical. La garantie prend effet à la date d'entrée en service pour autant que le formulaire d'adhésion ait été transmis endéans les 3 mois. Si tel n'est pas le cas, la garantie prend effet le premier jour du mois suivant le mois au cours duquel le formulaire est transmis.

Cette disposition s'applique aussi bien aux assurés principaux en service à la date de prise d'effet du présent contrat d'assurance qu'aux assurés principaux entrant en service par la suite.



5.2.2. Les assurés principaux dont la prime n'est pas ou n'est que partiellement prise en charge par le pouvoir adjudicateur ou souscripteurs et leurs coassurés

- 1 La garantie prend effet à partir du premier jour du mois suivant le mois au cours duquel ce formulaire est transmis.
- 2 Il n'y a pas de questionnaire ou d'examen médical.
- 3 Le délai d'attente général est de TROIS MOIS.

Cependant, ce délai d'attente n'est pas d'application dans les cas suivants :

- i. Pour les assurés faisant partie d'une administration provinciale ou locale venant d'adhérer à cette assurance, pour autant qu'ils confirment leur affiliation dans les trois mois suivant l'adhésion de la nouvelle administration à cette assurance collective ;
 - ii. Pour les assurés principaux nouvellement entrés en service et leur famille, pour autant que l'affiliation ait lieu endéans les trois mois suivant l'événement ;
 - iii. En cas d'accident ;
 - iv. Pour les maladies infectieuses aiguës suivantes : scarlatine, rougeole, varicelle, rubéole, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, malaria, fièvre récurrente, encéphalite, fièvre charbonneuse et tétanos ;
 - v. En cas de mariage pour le (la) conjoint(e) ou le cohabitant (à partir de la date de cohabitation) et en cas de naissance pour le nouveau-né d'une personne déjà assurée, pour autant que l'affiliation ait lieu dans les trois mois qui suivent l'événement.
- 4 Sans préjudice de l'application du délai d'attente de trois mois prévu au point 3, l'intervention de l'assureur pour les frais liés à une grossesse ou un accouchement 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.
 - 5 Par dérogation aux points 3 et 4, 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.

Remarque : procédure de transfert d'une assurance à une autre

Les personnes ou ménages qui disposeraient déjà d'un contrat d'assurance prévoyant des garanties similaires pourront après l'expiration de la police en cours passer à l'assurance collective sans application de stage. 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.



5.2.3. Passage d'assuré principal à coassuré

Le passage du statut d'assuré principal à celui de coassuré lors de la mise à la retraite a lieu sans délai d'attente, sans questionnaire médical ou sans examen médical. Lors de ce passage d'assuré principal à coassuré, il ne peut y avoir aucune interruption du présent contrat.

5.2.4. Veuves et veufs

En cas de décès de l'assuré principal ou du pensionné coassuré, les membres de son ménage déjà assurés peuvent continuer à bénéficier de la couverture du présent contrat.

Cette continuation s'effectue sans interruption de couverture pour autant que les personnes concernées introduisent leur demande par écrit auprès de l'assureur dans les trois mois suivant la première échéance annuelle suivante.

5.2.5. Maladies ou affections antérieures

- 1 Les prestations ne sont pas accordées aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie, de l'invalidité, de la grossesse ou de l'accouchement pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance, ne pouvait être ignorée de l'assuré ou de son représentant légal à la date d'affiliation à la présente police, même si les premiers symptômes n'ont pas permis de poser un diagnostic précis.
- 2 Par dérogation au point 1 ci-avant, pour les personnes dont l'affiliation à la présente police est facultative et qui bénéficiaient jusqu'à la date de leur affiliation à la présente police d'une couverture antérieure garantissant des avantages identiques, sont toutefois garantis l'affection, la maladie, l'accident, l'invalidité, la grossesse ou l'accouchement pour lesquels l'assuré était déjà couvert dans le cadre de la couverture antérieure dont il bénéficiait, pour autant que l'affiliation à la présente police ait lieu dans les trois mois suivant la première échéance annuelle de la couverture antérieure. Si ces personnes s'affilient à la présente police plus de trois mois après la première échéance annuelle de leur couverture antérieure, les dispositions reprises au point 1 ci-avant sont d'application.

6. Paiement de la prime

Les garanties de l'assurance sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle – perçue annuellement. La possibilité de payer la prime par trimestre doit être prévue, si l'assuré le demande.

Lorsqu'un assuré principal ou un coassuré atteint une limite d'âge qui le fait passer d'une catégorie à l'autre, le tarif reste inchangé jusqu'à la fin de l'année civile. Ce sera également le cas lorsqu'un assuré change de statut ("actif" à "non actif").

Remarque : les montants des primes applicables aux assurés principaux de la catégorie "50 à 66 ans inclus" restent applicables aux assurés principaux qui sont encore employés par les autorités locales ou provinciales affiliées après l'âge de 66 ans.

7. Gestion des sinistres et support administratif

7.1. Déclaration – Obligations en cas de sinistre

Dans ce cas, l'assuré doit, aussi rapidement que possible en faire la déclaration à l'assureur :

- 1) Par internet ;



- 2) Via la borne électronique (système de tiers payant électronique) pour autant que l'hôpital en soit équipé ;
- 3) Ou, dans un hôpital où il est admis n'est pas équipé d'une borne ou que le système de tiers payant électronique ne peut être octroyé, aussi rapidement que possible par écrit au moyen du document prévu à cet effet.

L'assuré doit joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement. L'assureur pourra réclamer à l'assuré toute pièce qu'elle jugerait nécessaire.

7.2. Transmission des justificatifs de frais

L'assuré envoie à l'assureur l'original de toute pièce justificative (facture d'hospitalisation, attestations de remboursement de la mutualité de l'assuré, reçus de pharmacies, etc.). Une copie ne suffit pas. Sur transmission des documents visés ci-dessus, l'assureur rembourse le montant des frais visés dans les vingt jours ouvrables, sous déduction :

- 1) Du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif identique dans le cas où, pour une raison quelconque, l'assuré ne peut prétendre à ladite intervention ;
- 2) Du montant d'autres remboursements déjà perçus et des indemnités garanties par toute autre assurance hospitalisation complémentaire ou libre auprès de la mutuelle à laquelle est affilié l'assuré ;
- 3) Du montant de la franchise contractuelle.

Si le système de tiers-payant électronique est octroyé, la facture d'hospitalisation est directement transmise à l'assureur par voie électronique.

Ce système de tiers-payant électronique est un système d'avances. Il ne signifie pas que la facture réglée par l'assureur à l'hôpital est définitivement à charge de l'assureur.

Il se peut que certains frais ne soient pas inclus dans la garantie d'assurance (par exemple, à titre non exhaustif, les frais de téléphone, de location d'une télévision, la franchise). L'assureur peut réclamer directement à l'assuré le montant des frais non couverts. L'assuré s'engage à rembourser la note de frais communiquée par l'assureur dans les vingt jours ouvrables de sa réception. A défaut de remboursement dans ce délai, l'assureur peut engager une procédure contre l'assuré. Il est précisé que le défaut de remboursement des sommes dues à l'assureur peut entraîner la suppression du système de tiers-payant.

L'assureur peut aussi récupérer par compensation le montant des frais qu'elle a réglés à l'hôpital et qui ne sont pas compris dans la garantie d'assurance, en les déduisant de tout remboursement ultérieur dû à l'assuré à quelque titre que ce soit.

8. Continuation à titre individuel de l'assurance collective liée à l'activité professionnelle

Sauf en cas de non-paiement de la prime et, de manière générale, en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective (sous certaine condition²) a le droit de poursuivre cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective (par exemple, en cas de

² Application de la Loi du 20 juillet 2007 modifiant en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juillet 1992, sur le contrat d'assurance terrestre.



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 (voir aussi partie Administratif - Législation).

9. Révision de prix

Les primes sont fixes pendant les deux premières années du contrat.

Ils pourront ensuite être révisés par l'assureur avec effet au 1er janvier de chacune des deux années suivantes.

La notification de l'ajustement des taux et des nouveaux prix doit être soumise par écrit pour approbation avant le 31 août au pouvoir adjudicateur ou à l'abonné.

A compter du mois de janvier 2024, les primes seront adaptées au 1er janvier de chaque année sur la base des indices globaux médicaux « Garantie de la chambre particulière » et « Garantie de la chambre de deux personnes et de la chambre commune ». Ces indices spécifiques sont calculés par le SPF Économie selon les modalités visées dans l'arrêté royal du 1er février 2010 fixant les indices spécifiques visés à l'article 138bis, 4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

9.1. Formule de base

$$P_n = P_o \times (MI2(n-1) / MI2o)$$

Où

n: l'année pour laquelle la révision de la prime est calculée

P_n: le montant de la prime au cours de l'année n

P_o: le montant de la prime en 2022

MI2 (n-1): indice médical global chambre double et commune de l'année n-1

MI2_o: indice médical global chambre double et commune de l'année 2022

9.2. Formule étendue

$$P_n = P_o \times (MI2(n-1) / MI2o)$$

Où

n: l'année pour laquelle la révision de la prime est calculée

P_n: le montant de la prime au cours de l'année n

P_o: le montant de la prime en 2022

MI2 (n-1): indice médical global chambre particulière de l'année n-1



MI2o: indice médical global chambre particulière de l'année 2022

10. Obligations du pouvoir adjudicateur et des souscripteurs

Le pouvoir adjudicateur ou le souscripteur :

- informe le prestataire de services sur la politique d'intervention existante au sein de l'organisation, à savoir la part de la prime que le souscripteur prend en charge et celle qui est à charge directement des assurés ;
- désigne une personne de contact fixe au sein de l'administration (par pouvoir adjudicateur ou souscripteur) qui assurera le rôle d'intermédiaire et qui est responsable du suivi et de l'exécution du contrat ;
- informe les membres de son personnel, y compris les nouveaux recrutés, de l'existence du contrat, afin de leur donner la possibilité effective d'y adhérer en mettant les documents nécessaires (brochures d'information, formulaires d'affiliation, ...) à leur disposition ;
- peut, à la demande de l'assuré, intervenir en qualité d'intermédiaire entre l'assuré et le prestataire de services en cas de litiges ou de conflits ;
- fournit au prestataire de services, sur demande de l'assuré ou d'initiative, les renseignements nécessaires à l'inscription de nouveaux assurés, lors de changements de composition de famille ou de situation professionnelle (naissances, mariage, ...) ;
- paie annuellement la part de la prime qu'il prend en charge.

11. Obligations de l'assuré

L'assuré :

- paie annuellement sa part de la prime;
- doit prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir et limiter les conséquences des sinistres;
- si l'assuré est préalablement informé d'une intervention, l'hospitalisation prévue doit être notifiée au helpdesk du prestataire de services ;
- doit, si le système du tiers-payant n'est pas appliqué (notamment car l'hôpital n'accepte pas le système du tiers-payant), informer le prestataire de services le plus rapidement possible d'une hospitalisation dans un établissement de soins, d'une intervention chirurgicale et/ou d'un accident par le biais des formulaires réservés à cet effet. Il joint à ce document toute pièce utile, déclaration ou rapport comme preuve de la réalité et de l'importance de l'événement ;
- fait parvenir au prestataire de services toutes les pièces originales (factures d'hôpitaux, remboursements de la caisse d'assurance maladie, reçus de pharmacie, etc.).

12. Obligations de l'adjudicataire

L'adjudicataire est responsable du fait de ses sous-traitants. Toutes les obligations imposées à l'adjudicataire valent également pour ses sous-traitants.

12.1. Durant la phase de démarrage du nouveau contrat :

L'adjudicataire:

- signe avec le souscripteur un « plan d'exécution » décrivant la collaboration concrète et les processus y afférents (répartition des tâches du service du personnel, du service social, du prestataire de services) ;



- désigne une personne de contact spécifique pour les responsables du contrat des souscripteurs et à laquelle il convient de s'adresser pour des questions autres que celles destinées au helpdesk ou si d'autres questions ou problèmes doivent être résolus durant l'exécution du contrat ;
- élabore, pour chaque service souscripteur, avec le responsable du contrat au sein du service concerné un plan d'information et de communication détaillé. Les coûts afférents à l'élaboration concrète de ce plan (établissement des brochures et documents d'information, organisation de sessions d'information, ...) et au support ultérieur d'une campagne d'information sont à la charge du prestataire de services ;
- s'engage à fournir une documentation comportant les tarifs et les conditions du contrat à tout client potentiel pouvant conclure un contrat d'assurance en vertu du présent cahier spécial des charges ; - crée un helpdesk auquel les assurés et les assurés potentiels peuvent s'adresser en permanence (durant les heures de bureau) et dans leur propre langue (néerlandais, français, allemand) pour obtenir des informations diverses relatives aux conditions contractuelles, aux possibilités d'affiliation, à la cessibilité des contrats et polices, aux paiements des factures et aux sinistres ;
- communique à chaque souscripteur une liste des personnes de contact du helpdesk pour ce contrat ainsi que leurs coordonnées (nom, n° de téléphone, adresses électroniques,...) ;
- remet à tous les assurés les cartes individuelles permettant l'application du système du « tiers-payant ». Une description précise et complète du système ainsi qu'une liste des hôpitaux où ce système est appliqué devra être distribué à tous les souscripteurs et assurés ;
- s'engage à prendre à sa charge les dossiers de dommages en cours.

12.2. Durant la période du contrat :

Toutes les prestations de services doivent pouvoir être offertes tant en néerlandais qu'en français et allemand.

L' adjudicataire:

- fournit les documents demandés au point 20;
- informe les assurés et les assurés potentiels sur les conditions contractuelles ainsi que sur les possibilités de payer la prime par trimestre;
- met le helpdesk à la disposition des assurés pendant la durée entière du contrat ;
- gère les relations avec les assurés considérés individuellement ;
- ne peut refuser de couvrir les assurés sauf si ces derniers ont frauduleusement manqué à leurs obligations ;
- signale immédiatement tous les problèmes éventuels d'affiliation ou d'exécution aux intéressés et au souscripteur ;
- facture annuellement aux assurés principaux et secondaires leur part de la prime ;
- envoie annuellement à chaque souscripteur une facture globale de leur part de la prime, les factures partielles complémentaires pour les nouveaux affiliés, accompagnées d'une note descriptive à des fins de contrôle, ainsi que les statistiques utiles afférentes au contrat ;
- rembourse les frais d'hospitalisation aux hôpitaux ou aux assurés individuels le plus rapidement possible et en tout cas dans **un délai de 20 jours ouvrables** ;
- soumet au service dirigeant les problèmes importants relatifs à l'interprétation ou aux litiges.



13. Documents et statistiques

L'adjudicataire s'engage à transmettre les données suivantes au service dirigeant dans un ou plusieurs fichier(s) électronique(s) :

13.1. Annuellement

- 1) Avant le 1 mars chaque année, une statistique globale des dommages et des primes de l'année précédente (première fois en 2023) ;
- 2) Annuellement et au plus tard fin juin de chaque année, un rapport comprenant les statistiques, les tendances et les informations permettant de suivre et d'évaluer le contrat.
Ces informations doivent être transmises sur un support électronique (feuille de calcul compatible avec MS Windows). Ce rapport mentionne par service, entre autres, le nombre d'assurés par catégorie, un aperçu des primes reçues et un aperçu détaillé des dommages payés.

13.2. Mensuellement

- 1) Un aperçu des paiements des souscripteurs

13.3. Sur demande

- 1) Un examen détaillé avec la mention du nombre de personnes assurées par catégorie (formule de base, formule étendue et par catégorie d'âge.

13.4. Fin du contrat

- 1) Un rapport d'évaluation quant au déroulement du contrat, ses caractéristiques et ses particularités. Ce rapport contient, entre autres, un aperçu, par année contractuelle, de la population par service et par catégorie et un aperçu de la charge du dommage.

De plus, le l'adjudicataire s'engage à transmettre au pouvoir adjudicateur et au nouveau adjudicataire toutes les informations se rapportant au contrat d'assurance collectif afin que le transfert de l'assurance au futur adjudicataire se déroule sans heurts et, ceci sur support électronique (feuille de calcul compatible avec Windows ou d'autres systèmes d'exploitation selon le besoin). Cette information contient, entre autres, tous les noms et adresses des assurés principaux et des assurés secondaires y affiliés,

14. Pénalités

Les pénalités conformément aux règles d'exécution générales (REG) sont d'application.



15. Continuité des dossiers ouverts (reprise à la date du 1.1.2022)

Le soumissionnaire auquel le marché sera attribué est tenu de reprendre les dossiers ouverts sur la base de l'assurance collective hospitalisation actuelle et d'assurer la continuité des garanties dont bénéficient les assurés principaux et coassurés à la suite d'une hospitalisation, d'une affection ou d'une maladie survenue avant le 1^{er} janvier 2022, et qui sont bien couvertes sur la base de la police collective actuelle.

F. Annexes

- 1 Formulaire d'offre
- 2 Document Unique de Marché Européen
- 3 Statistiques sur les sinistres (sur demande : voir point 7.2. de la partie Administrative)
- 4 Lot 2 – Liste des administrations et souscripteurs

Approuvé,

Sarah SCAILLET,
Administratrice générale