



CAHIER DES CHARGES

POUR LE MARCHÉ PUBLIC DE

SERVICES

AYANT COMME OBJET

« ASSURANCE HOSPITALISATION »

PROCÉDURE OUVERTE

Cahier spécial des charges : SFPD/S2000/2025/03

Pouvoir adjudicateur

Service fédéral des Pensions



TABLE DES MATIERES

A.	DÉROGATIONS AUX RÈGLES GÉNÉRALES D'EXÉCUTION (RGE)	5
B.	CLAUSES ADMINISTRATIVES	6
1.	OBJET DU MARCHÉ.....	6
2.	POUVOIR ADJUDICATEUR.....	6
3.	CENTRALE DE MARCHÉS.....	6
3.1.	<i>Clients/souscripteurs</i>	6
4.	ACCORD-CADRE.....	7
5.	QUANTITÉS.....	7
5.1.	<i>Quantité maximale</i>	7
5.2.	<i>Quantités présumées / Estimation du marché</i>	7
5.3.	<i>Estimations des clients</i>	7
6.	LOTS.....	8
7.	DURÉE DU MARCHÉ.....	8
8.	RÉSILIATION PRÉMATURÉE DE L'ACCORD-CADRE	9
9.	MARCHÉS SUBSÉQUENTS	9
10.	DOCUMENTS APPLICABLES AU MARCHÉ	9
10.1.	<i>Législation</i>	9
10.2.	<i>Documents du marché</i>	10
11.	INTRODUCTION DES OFFRES.....	10
11.1.	<i>Droit et mode d'introduction des offres</i>	10
11.2.	<i>Modification ou retrait d'une offre déjà introduite</i>	10
12.	OFFRES.....	11
12.1.	<i>Données à mentionner dans l'offre</i>	11
12.2.	<i>Durée de validité de l'offre</i>	11
12.3.	<i>Documents à joindre à l'offre</i>	11
13.	PRIX.....	11
14.	VARIANTES ET OPTIONS.....	12
14.1.	<i>Variantes</i>	12
14.2.	<i>Options exigées</i>	12
15.	MODIFICATION EN COURS D'EXÉCUTION.....	12
15.1.	<i>Remplacement de l'adjudicataire</i>	12
15.2.	<i>Adaptation de la gamme des services</i>	13
15.3.	<i>Souscripteurs additionnels</i>	13
16.	CAUTIONNEMENT	13
16.1.	<i>Défaut de cautionnement</i>	14
16.2.	<i>Libération du cautionnement</i>	14
17.	APERÇU DE LA PROCÉDURE.....	14
18.	RÉGULARITÉ DES OFFRES	14
19.	CRITÈRES DE SÉLECTION.....	15
19.1.	<i>L'aptitude à exercer l'activité professionnelle</i>	15
19.2.	<i>Capacité économique et financière</i>	15
19.3.	<i>Capacité technique</i>	15
20.	CRITÈRES D'ATTRIBUTION.....	16
20.1.	<i>Prix (100%)</i>	16
21.	CRITÈRES D'EXCLUSION	16
22.	DOCUMENT UNIQUE DE MARCHÉ EUROPÉEN (DUME).....	18
23.	EMPLOI DES LANGUES.....	19
24.	FACTURATION DES PRIMES	19



24.1.	<i>Facturation vers les administrations – facturation électronique</i>	20
25.	CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS ET RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD - GDPR).....	20
C.	DÉFINITIONS	22
D.	DISPOSITIONS TECHNIQUES	25
1.	GARANTIES.....	25
1.1.	<i>Hospitalisation</i>	25
1.2.	<i>Pré et post-hospitalisation</i>	26
1.3.	<i>Maladies graves</i>	27
1.4.	<i>Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et soins obstétriques.</i>	28
2.	ÉTENDUE DES REMBOURSEMENTS EFFECTUÉS PAR L'ASSUREUR.....	28
3.	LE CHOIX DE LA FORMULE.....	29
4.	FRANCHISE.....	30
5.	DÉBUT ET DURÉE DE L'ASSURANCE.....	30
6.	FIN DE LA COUVERTURE (RETRAITE, DÉCÈS, ...)......	30
6.1.	<i>Les assurés principaux</i>	30
6.2.	<i>Les coassurés</i>	31
7.	LOI DU 20 JUILLET 2007 (LOI VERWILGHEN).....	31
7.1.	<i>Information devant être fournies par le souscripteur</i>	31
7.2.	<i>Conditions d'octroi</i>	32
8.	CONTRÔLE ET SUPERVISION DU CONTRAT	33
9.	EXCLUSIONS.....	33
E.	PLANS DE SOINS COMPLÉMENTAIRE (AMBULANTES + DENTAIRES)	34
1.	CONDITIONS D'AFFILIATION.....	34
2.	GARANTIES ET PLAFONDS.....	34
2.1.	<i>Généralités</i>	34
2.2.	<i>Plan pour soins dentaires</i>	34
2.3.	<i>Plan pour soins ambulatoires</i>	35
3.	PÉRIODES D'ATTENTE	36
4.	NON-REMBOURSEMENT – EXCLUSIONS.....	36
F.	DISPOSITIONS PRATIQUES	37
1.	CAMPAGNES D'INFORMATION	37
2.	LIMITES TERRITORIALES.....	37
3.	TERRORISME.....	37
4.	AFFILIATION ET DÉLAI D'ATTENTE	37
4.1.	<i>Affiliation</i>	37
4.2.	<i>Délai d'attente et maladies ou affections antérieures</i>	38
5.	PAIEMENT DE LA PRIME.....	39
6.	GESTION DES SINISTRES ET SUPPORT ADMINISTRATIF	40
6.1.	<i>Déclaration – Obligations en cas de sinistre</i>	40
6.2.	<i>Transmission des justificatifs de frais</i>	40
7.	CONTINUATION À TITRE INDIVIDUEL DE L'ASSURANCE COLLECTIVE LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE.....	41
8.	RÉVISION DE PRIX	41
8.1.	<i>Formule de base</i>	41
8.2.	<i>Formule étendue</i>	42
9.	OBLIGATIONS DU POUVOIR ADJUDICATEUR ET DES SOUSCRIPTEURS	42



10.	OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ.....	42
11.	OBLIGATIONS DE L'ADJUDICATAIRE	43
11.1.	<i>Durant la phase de démarrage du nouveau contrat :</i>	43
11.2.	<i>Durant la période du contrat :</i>	44
12.	STATISTIQUES, RAPPORTS ET INFORMATIONS	44
12.1.	<i>Pour les clients/souscripteurs</i>	44
12.2.	<i>Pour le service dirigeant</i>	45
12.3.	<i>Pour les affiliés</i>	45
12.4.	<i>Fin du contrat</i>	45
13.	PÉNALITÉS.....	46
13.1.	<i>En ce qui concerne le service dirigeant</i>	46
13.2.	<i>En ce qui concerne le client qui commande</i>	46
14.	CONTINUITÉ DES DOSSIERS OUVERTS (REPRISE À LA DATE DU 1.1.2026)	46
G.	ANNEXES	47

A. DÉROGATIONS AUX RÈGLES GÉNÉRALES D'EXÉCUTION (RGE)

Concernant l'accord-cadre :

En plus des dispositions telles que prévues à l'art. 7 alinéa 1er des RGE et en application de l'art. 6 §5 des RGE, les dispositions suivantes sont déclarées explicitement applicables à l'exécution de l'accord-cadre lui-même :

- art. 11 ;
- art. 39 ;
- art. 25 jusqu'à et y compris art. 49 ;
- art. 50-51 ;
- art. 155.

Les dispositions suivantes des RGE qui sont applicables à l'exécution de l'accord-cadre, sont explicitement exclues :

- art. 11 relatif au fonctionnaire dirigeant : limitation de la responsabilité du fonctionnaire dirigeant : le point de contact de l'adjudicataire pour l'exécution de l'accord-cadre n'est pas le fonctionnaire dirigeant mais le service dirigeant (voir point B.2.) ;
- art. 39 relatif au contrôle et à la supervision de l'exécution de l'accord-cadre : le service dirigeant est en charge du contrôle et de la supervision de l'exécution de l'accord-cadre (voir point B.2.).

Concernant les marchés subséquents :

En application de l'art. 7 alinéa 2 des RGE, l'art. 9 §4 des RGE n'est pas d'application pour les marchés subséquents.

Pour les marchés subséquents, le présent cahier spécial des charges déroge aux articles suivants des RGE :

- art. 70 relatif au paiement – voir point F.5. ;
- art. 45 et 72 relatifs aux pénalités – voir point F.13 ;
- art. 38/7 sur la révision des prix : l'autorisation d'une éventuelle révision des prix des contrats subséquents en cours relève de la responsabilité du service dirigeant (voir point B.2.) et non du souscripteur séparément - voir point F.8.

Etant donné que le marché est conclu au bénéfice de différents services publics, et pas pour le pouvoir adjudicateur, les dénominations « souscripteurs » et « client », se substituent pour l'exécution du marché à la notion de « pouvoir adjudicateur » dans les RGE, pour tout ce qui se rapporte aux commandes de ces clients et plus particulièrement dans les dispositions concernant les paiements, réceptions et amendes pour retard.

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.

Il s'agit d'un marché à bordereau de prix (art. 2, 4° du AR de 18 avril 2017).

2. Pouvoir adjudicateur

Le pouvoir adjudicateur 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.

Veillez transmettre vos questions via le forum sur Public Procurement. Les réponses afférentes seront mises à disposition par le biais du forum et feront partie des documents du marché.

3. Centrale de marchés

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 (Liste des administrations et souscripteurs).

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.

3.1. Clients/souscripteurs

Ces clients sont tous les services énumérés à l'annexe « Liste administrations ».

Seuls ces clients sont autorisés à conclure des marchés subséquents pendant la durée de l'accord-cadre. Un marché subséquent émanant d'un pouvoir adjudicateur non repris dans la liste des clients ne sera pas accepté.

Attention : voir exception dans le point B.15.



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.

L'accord-cadre est conclu, en application de l'article 43 §4 de la loi, avec un seul adjudicataire et les marchés fondés sur l'accord-cadre (ci-après nommés « marchés subséquents ») sont attribués conformément aux conditions fixées dans l'accord-cadre.

5. Quantités

Le marché est, dans sa globalité et par la durée totale de six ans estimé à \pm 171.000.000,00 EUR. Un chiffre d'affaire supérieur ou inférieur à cette estimation ne peut donner lieu à aucune indemnité.

5.1. Quantité maximale

Sur la base de l'obligation d'assurer en permanence une concurrence loyale entre les opérateurs, le pouvoir adjudicateur contrôlera les marchés subséquents passés sur la base de cet accord-cadre. Dès que le nombre maximum de **85.000 assurés principaux** est atteint, l'accord-cadre est résilié conformément au point B.8.

5.2. Quantités présumées / Estimation du marché

Les informations données ci-dessous sont purement indicatives. Elles sont données à titre indicatif et ne constituent pas un engagement du pouvoir adjudicateur sur les quantités présumées. Des quantités/montants supérieurs ou inférieurs ne donnent droit à aucune indemnité. Vous trouverez de plus amples informations sur les différentes statistiques dans l'annexe « Statistiques ».

	Primes (hors taxes)	Sinistres	
2022	8.265.467,39	8.025.796,16	97%
2023	8.337.655,66	8.738.280,25	105%
2024	8.805.348,42	6.322.132,29	72%
2025	7.931.825,52	1.669,87	0%
Total général	33.340.296,99	23.087.878,57	69%

5.3. Estimations des clients

Les informations mentionnées ci-dessous ont été communiquées par les clients mentionnés en annexe. Elles sont données seulement à titre indicatif et ne constituent aucun engagement de la part du pouvoir adjudicateur sur des quantités présumées.



Des quantités/montants supérieurs ou inférieurs ne peuvent donner lieu à aucune indemnité.

Les chiffres ne sont fournis que pour l'intervention de l'assurance hospitalisation étant donné qu'aucune intervention n'est prévue pour les plans de santé (soins dentaires/dépenses ambulatoires) et le fait que ces plans dentaires/ambulatoires n'existaient pas dans le contrat actuel.

Catégories d'âges	Assurés principaux		Coassurés	
	Formule de base	Formule étendue	Formule de base	Formule étendue
0 à 20 ans	39	16	4.547	8.557
21 à 49 ans	7.967	8.493	2.550	4.002
60 à 66 ans	6.141	7.811	1.241	2.083
67 ans et plus	3.920	6.076	1.066	1.837
Total	18.068	22.396	9.404	16.480
	40.464		25.884	
	66.348			

6. Lots

Ce marché n'est pas divisé en lots pour les raisons suivantes :

- tout le personnel doit avoir accès aux mêmes avantages et aux mêmes modalités d'exécution ; cette exigence n'est pas garantie si le marché devait être divisé en lots ;
- la coordination nécessaire à la mise en œuvre de ce marché entre les différents intervenants est compromise par la division en lots.

7. Durée du marché

La durée est : 1/01/2026 – 31/12/2031

Le pouvoir adjudicateur justifie la durée de 6 ans comme suit :

- la nature du contrat justifie une période de 6 ans et préserve le personnel de transferts trop fréquents des dossiers médicaux
- avec une durée de 6 ans, le nouvel adjudicataire peut amortir ses coûts/investissements sur une plus longue période
- une longue durée rend le contrat plus attrayant pour les nouveaux soumissionnaires potentiels, ce qui favorise le principe de concurrence



- dans le cas de tels marchés, l'impact de la campagne à mener par le service dirigeant ou l'adjudicataire pour informer les souscripteurs et le personnel est très important
- un délai suffisant doit être accordé à chaque souscripteur pour qu'il puisse informer son personnel des termes du nouveau contrat, en ce qui concerne les modalités d'affiliation, l'enregistrement et les garanties.

8. Résiliation prématurée de l'accord-cadre

Sans préjudice de l'application d'éventuelles mesures d'office, après chaque période de 12 mois à compter de la date de début de la durée de l'accord-cadre, l'accord-cadre peut être résilié par le pouvoir adjudicateur et le prestataire de services, à condition que la résiliation soit notifiée à l'autre partie par lettre recommandée au moins 12 mois avant l'expiration de la période de 12 mois en cours.

La résiliation anticipée de l'accord-cadre, soit pour cause de résiliation, soit pour cause d'atteinte du nombre maximum d'assurés principaux, met fin de plein droit à tous les droits et obligations contractuels de l'assuré, des souscripteurs, du pouvoir adjudicateur et du prestataire de services, sans toutefois donner lieu à l'apurement des créances qui pourraient rester dues. La résiliation de l'accord-cadre dans les conditions ci-dessus n'implique pas un droit à indemnisation pour l'une ou l'autre des parties.

9. Marchés subséquents

Chaque souscripteur signe avec le prestataire de services, au début du contrat, un « accord d'exécution » qui définit les spécificités liées à l'exécution du contrat et précise les dates de début et d'intervention.

Veuillez noter que « l'accord d'exécution » n'est pas une « police ». Les termes et conditions de ce contrat sont uniquement stipulés dans le cahier spécial des charges.

Tous les agents contractuels et statutaires des souscripteurs qui remplissent les conditions d'affiliation au régime d'assurance hospitalisation visé dans les points C et D sont affiliés à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat.

Le prestataire de services n'a pas le droit d'exclure les assurés principaux ou les coassurés, sauf dans les cas mentionnés dans ces annexes. Pour le calcul de la prime, une année d'assurance s'étend du 1er janvier au 31 décembre.

10. Documents applicables au marché

10.1. 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.
- Toute la législation et la réglementation relative à l'objet du marché.

10.2. Documents du marché

- Le présent cahier des charges SFPD/S2000/2025/03
- Formulaire d'offre
- Métré
- Document Unique de Marché Européen
- Statistiques sur les sinistres et autres chiffres relatifs au contrat en cours
- Liste des administrations ou souscripteurs

11. Introduction des offres

11.1. 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 28 avril 2025 à 14h**.

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 <http://www.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 : <https://bosa.service-now.com/e-procurement> ou par le biais du helpdesk du service e-Procurement.

11.2. 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.

12. Offres

12.1. Données à mentionner dans l'offre

Le soumissionnaire doit utiliser le formulaire d'offre et métré 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.

12.2. 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.

12.3. Documents à joindre à l'offre

Les soumissionnaires joignent à leur offre :

- formulaire d'offre complété ;
- le métré complété ;
- le Document unique de marché européen (DUME) ;
- les statuts ainsi que tout autre document utile prouvant le mandat du (des) signataire(s) ;
- extrait du casier judiciaire de l'entreprise
- un extrait de casier judiciaire des membres de l'organe d'administration, de direction ou de surveillance s'ils détiennent un pouvoir de représentation, de décision ou de contrôle en son sein
- tous les documents demandés dans le cadre des critères de sélection;
- tous les documents demandés selon les critères d'attribution

13. 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 (sous peine de nullité de l'offre).

14. Variantes et options

14.1. 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.

14.2. Options exigées

Les options exigées doivent obligatoirement être proposées par le soumissionnaire dans l'offre et le formulaire d'offre. Leur identification et prix seront introduits dans les onglets du fichier Excel expressément prévu à cet effet.

Les options décrites ci-après ne peuvent pas être introduites sans l'introduction d'une offre pour l'objet principal sous peine de nullité de l'offre.

En plus de l'assurance hospitalisation, le soumissionnaire est tenu de proposer les primes d'un plan ambulatoire et d'un plan de soins dentaires pour couvrir les frais médicaux non liés à une hospitalisation.

Toutes les informations complémentaires sur les modalités techniques se trouvent au point E.

Remarques importantes :

- le souscripteur ne doit pas commander lui-même ces options mais les mettre directement à la disposition des assurés principaux et secondaires ;
- une facturation séparée doit être appliquée directement avec l'assuré principal ;
- pour ces options, il n'y a actuellement pas d'intervention des souscripteurs ;
- ces options ne feront pas partie de la facturation aux souscripteurs/clients (voir point F.5.), sauf demande spécifique du souscripteur.

15. Modification en cours d'exécution

15.1. Remplacement de l'adjudicataire

Pour autant qu'il remplisse les critères de sélection ainsi que les motifs d'exclusion repris dans les documents du marché, un nouvel adjudicataire peut remplacer l'adjudicataire initial dans les cas autres que ceux prévus à l'art. 38/3 des RGE.

Pour ce faire, l'adjudicataire introduit sa demande le plus rapidement possible par envoi recommandé, en précisant les raisons de ce remplacement, et en fournissant un inventaire détaillé de l'état des



services déjà exécutés, les coordonnées relatives au nouvel adjudicataire, ainsi que les documents et certificats auxquels le pouvoir adjudicateur n'a pas accès gratuitement.

La demande de remplacement sera analysée par le pouvoir adjudicateur et, le cas échéant, fera l'objet d'un avenant daté et signé par les trois parties. L'adjudicataire initial reste responsable vis-à-vis du pouvoir adjudicateur pour l'exécution de la partie restante du marché.

15.2. Adaptation de la gamme des services

Pendant la durée d'exécution du contrat, l'adjudicataire ne peut pas modifier les conditions, sauf en cas de changement obligatoire de la loi et avec le consentement du service dirigeant.

15.3. Souscripteurs additionnels

Les souscripteurs qui peuvent bénéficier de cet accord-cadre sont les administrations publiques affiliées au Service Social Collectif (SSC). La liste des souscripteurs a été établie sur la base de la liste administrations publiques affiliées au moment de la publication du marché.

Les quantités estimées ont également été préparées sur la base de cette liste.

Il est possible que des administrations publiques s'affilient SSC pendant la durée du marché. Afin de pouvoir leur offrir le bénéfice de l'assurance hospitalisation, ces administrations peuvent exceptionnellement s'ajouter au contrat.

Cette possibilité est soumise aux conditions suivantes :

- Une nouvelle affiliation au contrat-cadre n'est possible qu'à partir du 1er janvier de l'année concernée
- L'adjudicataire est informé au moins 3 mois à l'avance du nouvel affilié, du nombre de personnes à assurer, etc.
En d'autres termes, par exemple, au plus tard le 30/09/2027, l'adjudicataire reçoit toutes les informations nécessaires pour une adhésion au 1/01/2028.

16. 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.

16.1. 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.

16.2. 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 31/12/2031).
- 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 31/12/2031).

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.

17. 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.

18. 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.

19. Critères de sélection

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

Attention : en ce qui concerne la sélection qualitative, le soumissionnaire peut, le cas échéant, faire appel à la capacité d'autres entités, quelle que soit la nature juridique de sa relation avec ces entités, mais dans les conditions suivantes :

- La possibilité de faire appel à la capacité d'une autre entité (tiers) n'existe que pour le respect des critères économiques et financiers.
- La possibilité d'invoquer la capacité n'existe donc pas pour le critère de sélection qui évalue l'aptitude à exercer l'activité professionnelle (attestation de reconnaissance).
- Si, en remplissant le critère de capacité technique et professionnelle, le soumissionnaire s'appuie sur l'expérience professionnelle pertinente d'un tiers, alors le recours à la capacité de ce tiers ne sera permise que si ce dernier fournit effectivement les services pour lesquels cette capacité est requise.
- Le recours à d'autres sous-traitants est soumis à l'accord préalable du pouvoir adjudicateur.
- Le soumissionnaire inclut dans son offre un DUME pour chacune des entités dont la capacité est sollicitée.

19.1. 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).

19.2. Capacité économique et financière

Le soumissionnaire doit répondre aux critères suivantes :

- Une déclaration concernant le chiffre d'affaires annuel spécifique aux services d'assurance hospitalisation (professionnelle) au cours des trois dernières années : minimum € 25 000 000,00;

19.3. 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 :

- minimum 3 polices d'assurances avec au total 100 000 affiliés ;

20. Critères d'attribution

20.1. Prix (100%)

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 aux quantités présumé. A cette fin, le soumissionnaire doit remplir le métré.

Le prix total obtenu 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 (selon la règle des trois).

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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

Le souscripteur reçoit toujours la facture pour le paiement de sa prime sur papier. L'adjudicataire ne peut envoyer la facture par courrier électronique que si l'assuré a explicitement indiqué qu'il souhaitait recevoir la facture par ce moyen.

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 67 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.

24.1. Facturation vers les administrations – facturation électronique

Conformément à l'article 1er, 1°, de l'arrêté royal du 9 mars 2022 fixant les modalités relatives à l'obligation pour les opérateurs économiques en matière de facturation électronique dans le cadre des marchés publics et des contrats de concession et à l'article 14/1 de la loi du 17 juin 2016, le soumissionnaire sélectionné est tenu d'envoyer ses factures vers les administrations par voie électronique.

Une facture qui n'a pas été reçue par voie électronique conformément aux exigences énoncées dans le présent chapitre est considérée comme non valide et non reçue.

Le pouvoir adjudicateur exige l'envoi de factures au format électronique (au format XML selon la norme PEPPOL bis).

Les factures peuvent être directement introduites via <https://digital.belgium.be/e-invoicing> ou via votre programme de comptabilité (relié au réseau PEPPOL).

La facture électronique comprend au moins les éléments clés suivants :

- 1° les identifiants de processus et de la facture ;
- 2° la période de facturation ;
- 3° les renseignements concernant l'adjudicataire ;
- 4° les renseignements concernant le pouvoir adjudicateur ;
- 5° les renseignements concernant le bénéficiaire du paiement ;
- 6° les renseignements concernant le représentant fiscal de l'adjudicataire ;
- 7° la référence du contrat ;
- 8° les détails concernant les services ;
- 9° les instructions relatives au paiement ;
- 10° les renseignements concernant les déductions ou frais supplémentaires ;
- 11° les renseignements concernant les postes figurant sur la facture ;
- 12° les montants totaux de la facture ;
- 13° la répartition par taux de TVA.

25. 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 ou le souscripteur concerné.

C. DÉFINITIONS

- 1) Le "preneur d'assurance" : les souscripteurs qui peuvent utiliser l'accord-cadre.
- 2) Les "assurés principaux" :
 - a) les membres du personnel statutaires et les membres du personnel contractuels actifs au service de l'administration provinciale ou locale affiliée au Service social collectif du Service fédéral des Pensions et, le cas échéant, ses mandataires, qui s'affilient avant l'âge de 67 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.

Les membres du personnel assurés principaux mis à la retraite à partir du 1er janvier 2026 pour autant qu'au moment de leur mise à la retraite, ils consentent à ce que leur assurance se poursuive de manière ininterrompue.

Les membres du personnel déjà pensionnés au 1er janvier 2026 qui étaient affiliés à l'assurance collective de l'administration provinciale ou locale affiliée au SSC-SFP
 - b) Les "coassurés"

L'époux/épouse ou partenaire assimilé des assurés principaux domicilié(e) chez l'assuré principal, affilié(e) à l'assurance avant l'âge de 67 ans.

L'époux/épouse ou partenaire assimilé des membres du personnel déjà pensionnés domiciliés chez l'assuré principal pensionné pour autant qu'il (elle) était déjà affiliée à l'assurance collective avant l'âge de 67 ans.

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.

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 alimentaire ou dans le cas de coparentalité ;

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.
- 3) "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.

4) "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.

5) "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 plâtre a été effectivement utilisée ou un lit d'hôpital a été effectivement utilisé à l'exclusion du séjour dans les salles d'attente, les salles d'examen et les espaces réservés aux services de consultation externe 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.

6) "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.

7) "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.

8) "La franchise" :

La partie des frais garanties restant de toute façon à charge de l'assuré.



9) "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.

10) "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.

11) Coûts ambulatoires :

Il s'agit des frais médicaux hors hospitalisation lorsque l'assuré se déplace pour se faire soigner chez le prestataire de soins, ou lorsque le prestataire de soins se déplace chez l'assuré, ainsi que tous les frais médicaux associés qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

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

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 D.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
- 12) Les traitements de fécondation in vitro



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, mécanothérapie, 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 révalidation ;



- 7) Les frais de soins médicaux du donneur qui sont directement liés à la transplantation au profit d'un assuré hospitalisé ;
- 8) Les 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, sclérodermie, 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 prescrites par le médecin;
- 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 coûts des prothèses médicales directement liées à la maladie
- 6) 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 1.000€ 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.

Les soins susmentionnés ne sont éligibles que si la mère est affiliée à ce régime d'assurance hospitalisation.

2. Etendue des remboursements effectués par l'assureur

L'assureur garanti les remboursements :

- 1) Pour chaque prestation susmentionnée visée au point D.1. donnant lieu à une intervention légale, le remboursement doit être garanti par le prestataire de services jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.
- 2) 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 plafonnée à € 2 000;
 - Les frais de transport en cas de maladies graves sont limités à un plafond global de € 300 par personne et par année civile.



- 3) 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.
- 4) L'intervention pour les frais d'accouchement à domicile s'élève à un montant forfaitaire de € 620 par accouchement ;
- 5) L'intervention pour les soins obstétriques est accordée durant une période de douze jours calendrier maximum et à concurrence de € 820 maximum.
- 6) 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.
- 7) Traitement de fertilité: FIV, ICSI et IUI
- 8) 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. Le 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;

1) Formule de base: chambre de deux personnes ou commune

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 dans le cahier des charges, après déduction éventuelle des interventions légales et extralégales.

2) Formule étendue: chambre individuelle

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.

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 2026 pour une période de 6 ans.

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

De plus, l'affiliation des membres de la famille est résiliée dès qu'ils ne satisfont plus aux critères des coassurés, les que visés à l'article 3.

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 évènement.

7. Loi du 20 juillet 2007 (loi Verwilghen)

Chaque assuré peut, en cas de perte de la couverture collective, contracter une assurance individuelle de soins de santé. Dans ce cadre, il bénéficie des avantages suivants :

- le contrat individuel n'est soumis à aucune formalité médicale ni délai d'attente ;
- aucune exclusion complémentaire des affections existantes ni restriction médicale complémentaire n'est appliquée lors de la conclusion du contrat individuel ;
- la prime à payer équivaut au tarif individuel conformément à son âge à la date de l'affiliation à une assurance individuelle ;
- les conditions générales applicables à la prolongation sont celles appliquées aux contrats individuels mais sont adaptées en tenant compte des avantages susvisés.

7.1. Information devant être fournies par le souscripteur

Dans un délai maximal de 30 jours à compter de la date de la perte de la couverture collective, le souscripteur informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique :

- de la date précise de la perte de l'assurance collective ;
- de la possibilité de prolonger l'assurance individuelle ; - des coordonnées du prestataire de services ;



- du délai de 30 jours dans lequel l'assuré principal et, le cas échéant, les assurés secondaires, peuvent exercer le droit à une prolongation individuelle : ce délai commence à courir dès la date de réception de cette lettre envoyée par le souscripteur.

7.2. Conditions d'octroi

Ces avantages sont fournis tant à l'assuré principal qu'aux éventuels coassurés si les conditions suivantes sont remplies :

- 1) Durant les deux années précédant la perte de la garantie collective, l'assuré principal doit avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrat(s) successif(s) de soins de santé contracté(s) auprès d'un assureur agréé.
- 2) La condition susvisée ne s'applique pas à l'assuré principal et aux éventuels assurés secondaires en cas de départ à la retraite, de prépension conventionnelle ou de décès, pour autant que l'affiliation ait été actée à la date à laquelle il était satisfait aux conditions d'affiliation.
- 3) Cette condition ne s'applique pas davantage aux éventuels assurés secondaires en cas de divorce ni à l'enfant qui ne satisfait plus aux conditions d'affiliation, pour autant que l'affiliation ait été actée à la date à laquelle il était satisfait aux conditions d'affiliation.
- 4) Dans les cas visés au point b, la demande doit concerner tous les assurés d'une même famille perdant l'avantage de l'assurance collective à la même date.
- 5) La demande d'assurance individuelle doit être introduite par écrit ou par voie électronique dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception des informations transmises par le souscripteur ou, en cas de faillite ou de liquidation, par le curateur ou le liquidateur, et relatives à la possibilité de contracter une prolongation individuelle. A cette fin, le prestataire de services fournira des documents spécifiques.
- 6) Le contrat individuel doit entrer en vigueur à la date à laquelle l'affiliation au contrat collectif de soins de santé est résiliée.
- 7) Un assuré secondaire qui perd l'avantage de l'assurance collective pour un motif autre que la perte de l'avantage de l'assurance par l'assuré principal, dispose d'un délai de 105 jours afin de demander la prolongation individuelle. Ce délai commence à courir à compter de la date à laquelle le membre de la famille perd l'avantage de l'assurance collective.
- 8) Le droit à la prolongation individuelle cesse en tout cas de produire ses effets, tant pour l'assuré principal que pour l'assuré secondaire, si la prolongation n'est pas demandée au prestataire de services concerné dans un délai de 105 jours à compter de la date à laquelle l'assuré principal ou l'assuré secondaire a perdu l'avantage de la couverture collective.
- 9) Le prestataire de services dispose d'un délai de 15 jours afin de formuler une offre d'assurance par écrit ou par voie électronique à l'assuré principal et, le cas échéant, à l'assuré secondaire. Dans ce cadre, le fait que le risque est déjà réalisé ne peut être invoqué.
- 10) Simultanément à son offre, le prestataire de services informe l'assuré principal et, le cas échéant, l'assuré secondaire, des conditions de couverture, et plus particulièrement des prestations couvertes, des exclusions et du délai de déclaration. De plus, le prestataire de services informe l'assuré principal et, le cas échéant, l'assuré secondaire du délai de 30 jours dont ils disposent afin d'accepter l'offre par écrit ou par voie électronique.
- 11) L'assuré principal et, le cas échéant, l'assuré secondaire disposent d'un délai de 30 jours afin d'accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir dès la date de réception de l'offre du prestataire de services. Le droit à la prolongation individuelle cesse de produire ses effets à l'échéance de ce délai.
- 12) La garantie assurée de l'assurance individuelle est équivalente à celle du contrat collectif.

8. Contrôle et supervision du contrat

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).

9. 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 :

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.

Par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.

De la stérilisation, la contraception, sauf pour des raisons médicales urgentes.

Cures thermales sauf pour des raisons médicales urgentes

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.

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.

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.

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.

De mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide.

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.



E. Plans de soins complémentaire (ambulantes + dentaires)

Les franchises, plafonds et délais d'attente indiqués ci-dessous sont des dispositions maximales et peuvent être adaptées par le prestataire de services au début du contrat après concertation avec le service dirigeant.

1. Conditions d'affiliation

L'affiliation est liée à l'assurance hospitalisation et ne concerne que les membres actifs du personnel et les personnes qui peuvent adhérer en tant qu'assuré secondaire. Les agents retraités et leurs assurés secondaires ne sont pas visés par ces régimes de soins complémentaires.

L'ensemble du processus administratif concernant les plans de soins se déroule exclusivement entre le prestataire de services et le membre du personnel. Les services du personnel ou leur délégué des services sociaux ne prendront pas part au suivi ultérieur du dossier, sauf demande explicite du souscripteur.

Toute la correspondance et les contacts ont lieu sur une base individuelle.

L'affiliation de nouveaux assurés est possible pendant toute la durée du contrat, les assurés devant tenir compte des éventuels plafonds et délais d'attente et devant également être affiliés à l'assurance hospitalisation collective susmentionnée.

Lors du transfert du contrat à l'issue de ce contrat, le prestataire de services s'engage à remettre au service dirigeant une liste nominative des personnes liées à chaque entité qui avait souscrit aux plans de soins. Cette liste doit être remise au service dirigeant au moins 5 mois avant la fin du contrat.

2. Garanties et plafonds

2.1. Généralités

Remboursement de 80 % ou de 50 % du ticket modérateur pour les frais suivants avec un plafond total de 1 250 € par an et par assuré.

Si une franchise est déclarée, elle ne peut dépasser 75 € par an.

2.2. Plan pour soins dentaires

Une prime annuelle doit être déclarée pour les enfants (jusqu'à 24 ans inclus et domiciliés avec l'assuré principal), d'une part, et pour les adultes, d'autre part (qu'il s'agisse d'assurés principaux ou de coassurés), pour un régime de soins dentaires comportant les garanties suivantes, afin de rembourser les frais suivants après déduction de toute contribution légale ou extralégale (minimum 80 % du ticket modérateur).



Aucune somme forfaitaire/franchise ne peut être appliquée à ce plan.

- visites chez le dentiste pour l'extraction et l'entretien des dents ;
- radiographie ;
- traitements dentaires, orthodontiques, paradontologiques et préventifs, couronnes et prothèses dentaires

Les prestations peuvent être soumises à des plafonds de remboursement progressifs à compter de la date d'affiliation: 250 € la première année, 500 € la deuxième et 1.250 € la troisième année.

2.3. Plan pour soins ambulatoires

Une prime annuelle doit être spécifiée pour les enfants (jusqu'à 24 ans inclus et domiciliés avec l'assuré principal), d'une part et les adultes, d'autre part (qu'ils soient assurés principaux ou coassurés) pour un plan de soins ambulatoires avec les garanties suivantes pour rembourser les coûts suivants après déduction de toute contribution légale ou extra-légale (minimum 50 ou 80% du ticket modérateur) :

2.3.1. Intervention d'au moins 80% du ticket modérateur

- les coûts liés aux consultations médicales ;
- des médicaments prescrits et des pansements délivrés par un pharmacien ; - les traitements paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute, physiothérapeute, diététicienne, podologue, orthophoniste, psychologue, etc.) ;
- les examens médicaux, radiologiques ou de laboratoire ;
- les prothèses médicales (telles qu'une prothèse auditive), les appareils orthopédiques et les membres artificiels, les bandages et les attelles ;
- les frais d'opticien :
 - o les frais de lunettes (avec un maximum de 100 € pour les montures),
 - o de verres de lunettes : les prestations peuvent être soumises à des plafonds de remboursement progressifs à compter de la date d'affiliation : 250 € la première année, 500 € la deuxième et 1.250 € la troisième année,
 - o de lentilles de contact ;
- les frais dentaires :
 - o visites chez le dentiste pour l'extraction et l'entretien des dents,
 - o radiographie,
 - o les traitements dentaires, orthodontiques et paradontologiques, les couronnes et les prothèses dentaires : les prestations peuvent être soumises à des plafonds de remboursement progressifs à compter de la date d'affiliation: 250 € la première année, 500 € la deuxième et 1.250 € la troisième année.

2.3.2. Intervention d'un minimum de 50% du ticket modérateur

- ostéopathie, chiropractie, homéopathie et acupuncture ;
- les médicaments homéopathiques



3. Périodes d'attente

Pendant la période comprise entre la demande et l'affiliation effective aucune prime n'est due.

Délai d'attente général de 6 mois (ou 10 mois) à partir de l'affiliation effective.

Pour ceux qui ne se sont pas engagés dans les 3 mois suivant le début du contrat ou du recrutement, une période d'attente de 10 mois s'applique.

Pour les prestations suivantes, délai d'attente supplémentaire spécifique (donc après délai d'attente général):

- Lunettes et lentilles 2 mois
- Prothèses auditives : 6 mois
- Soins parodontaux ; prothèses, bridges, couronnes, implants : 6 mois
- Traitements orthodontiques : 16 mois

4. Non-remboursement – exclusions

Les prestations résultant de :

- tentative de suicide ou d'automutilation ;
- intoxication résultant de la consommation de drogues, de l'abus de médicaments, de la toxicomanie, de l'ivresse ;
- acte intentionnel ;
- stérilisation, traitements contraceptifs ;
- opération à caractère esthétique (à l'exception de la chirurgie plastique reconstructrice suite à une maladie ou un accident) ;
- accidents ou maladies qui ne peuvent être vérifiés par un examen médical.



F. DISPOSITIONS PRATIQUES

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. Affiliation et délai d'attente

4.1. 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.



4.2. 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.

4.2.1. 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.

4.2.2. 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.

Il n'y a pas de questionnaire ou d'examen médical.

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.

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.

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.

4.2.3. Passage d'assuré principal à coassuré

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

4.2.4. Veuves et veufs

En cas de décès de l'assuré principal **actif ou déjà pensionné**, 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.

4.2.5. 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.

5. 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 67 ans inclus" restent applicables aux assurés principaux qui sont encore actifs après l'âge de 67 ans.

Le souscripteur reçoit toujours la facture pour le paiement de sa prime sur papier. L'adjudicataire ne peut envoyer la facture par courrier électronique que si l'assuré a explicitement indiqué qu'il souhaitait recevoir la facture par ce moyen.

6. Gestion des sinistres et support administratif

6.1. 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.

6.2. 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.

7. 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 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.

8. Révision de prix

Les primes sont fixes pendant les deux premières années du contrat (2026 et 2027).

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

La notification de l'ajustement des taux et des nouveaux prix doit être soumise par mail pour approbation avant le 31 août au pouvoir adjudicateur par SFPD-procurement@sfpd.fgov.be.

A compter du mois de janvier 2028, 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.

8.1. Formule de base

$$P_n = P_0 \times (MI2(n-1) / MI2_0)$$

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

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.



Po: le montant de la prime en 2026

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

MI2o: indice médical global chambre double et commune de l'année 2026

8.2. Formule étendue

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

Où

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

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

Po: le montant de la prime en 2026

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

MI2o: indice médical global chambre particulière de l'année 2026

9. 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.

10. Obligations de l'assuré

L'assuré :

- paie annuellement (ou trimestriellement) 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.).

11. 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.

11.1. 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 ;
- 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 relatives aux conditions contractuelles, aux possibilités d'affiliation, à la cessibilité des contrats et polices, aux paiements des factures et sinistres ;
- 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.

11.2. 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 F.12;
- 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.

12. Statistiques, rapports et informations

12.1. Pour les clients/souscripteurs

L'adjudicataire s'engage à transmettre au service dirigeant, pour approbation, de préférence par courriel, toutes listes de prix et tous folders publicitaires que lui-même ou son sous-traitant a l'intention de publier et de distribuer aux clients et qui se rapporteraient ou feraient référence au marché.

Ces documents ne pourront être publiés ou distribués aux clients qu'après avoir reçu l'approbation du service dirigeant. La mention de cette approbation devra figurer explicitement sur ces documents.

L'adjudicataire transmet un rapport statistique trimestriel aux souscripteurs, fournissant un aperçu des assurés par catégorie, un aperçu des interventions financières ainsi qu'un aperçu de la facturation relative au personnel dudit souscripteur. Ces informations doivent être transmises sur un support de données électronique (feuille de calcul compatible avec Windows ou d'autres systèmes d'exploitation, au besoin).

L'adjudicataire transmet aux souscripteurs, sur demande : la liste avec nom, prénom, matricule, adresse, formule, moyen de paiement (trimestrielle/annuelle), numéro de police, dénomination du service employeur (SPF,...) et montant (ou tout autre élément permettant au souscripteur d'identifier ses agents).

De plus, le prestataire de services s'engage à transmettre à la fin du marché aux souscripteurs (clients) et au nouveau prestataire de services toutes les informations se rapportant au contrat d'assurance collectif afin que le transfert de l'assurance au futur prestataire de services 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, ...

12.2. Pour le service dirigeant

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

12.2.1. Annuellement

- avant le 1er mars de chaque année, une estimation globale des sinistres et des primes de l'année précédente (pour la première fois en 2026) ;
- 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 souscripteur/client, entre autres, le nombre d'assurés par catégorie, un aperçu des primes reçues et un aperçu détaillé des dommages payés.

12.2.2. Fin du contrat

- 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.

12.2.3. Sur demande

- un examen détaillé avec la mention du nombre de personnes assurées par catégorie et par souscripteur + les statistiques des sinistres
 - o l'adjudicataire fournit les informations ci-dessus sur demande dans un délai de 14 jours calendrier.
Une pénalité de € 50 par jour calendrier de retard commencé est applicable. Cette pénalité sera déduite de la cautionnement global.

12.3. Pour les affiliés

L'adjudicataire s'engage à fournir une copie des informations et des brochures disponibles aux clients qui en font la demande.

12.4. 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 nouvel 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,

13. Pénalités

13.1. En ce qui concerne le service dirigeant

Etant donné qu'il n'est pas possible de déterminer le montant total du marché au début du contrat, et pour les mêmes raisons que celles mentionnées au point B.16, il est dérogé aux articles 45 et 72 des RGE en ce qui concerne les sanctions pour les manquements aux obligations prévues dans ce cahier spécial des charges vis-à-vis du pouvoir adjudicateur, du souscripteur ou des parties affiliées (voir par exemple le point F.12, ...).

Si aucune justification de ces manquements n'a été acceptée ou fournie dans le délai requis, ils seront sanctionnés de plein droit par une indemnité forfaitaire de 50,00 € par jour calendaire d'inexécution. Comme, en principe, l'adjudicataire n'a pas de sommes dues au service dirigeant, le montant de ces pénalités sera déduit du cautionnement.

13.2. En ce qui concerne le client qui commande

En ce qui concerne les manquements à l'obligation prévue dans le présent cahier spécial des charges vis-à-vis du souscripteur, les dispositions prévues dans les RGE s'appliquent intégralement, pour autant qu'il n'y soit pas dérogé par ailleurs dans le présent cahier spécial des charges et à condition que ces pénalités soient imposées par le client donneur d'ordre et calculées sur le montant de la commande.

14. Continuité des dossiers ouverts (reprise à la date du 1.1.2026)

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 2026, et qui sont bien couvertes sur la base de la police collective actuelle.



G. Annexes

- 1) Formulaire d'offre
- 2) Document Unique de Marché Européen
- 3) Métré
- 4) Statistiques sur les sinistres
- 5) Liste des administrations et souscripteurs

Approuvé,

Vincent Mahieu,
Administrateur général adjoint