

**PENSOC**

# REGLEMENT

01 | 01 | 2023



# TABLE DE MATIÈRES

<b>1. DESCRIPTIONS</b>	<b>3</b>	<b>2. INTERVENTIONS PRÉVUES DANS LE PLAN MÉDICAL</b>	<b>9</b>
1.1. A.S.B.L. service social de la poste	3	<b>2.1. Soins curatifs</b>	<b>9</b>
1.2. Bénéficiaires	3	2.1.1. Soins ambulatoires	9
1.2.1. Membres du personnel pensionnés	3	2.1.2. Produits pharmaceutiques	9
1.2.2. Partenaires	3	2.1.3. Prestations spéciales	10
1.2.3. Enfants	3	2.1.4. Transport Médical Urgent – Ambulance, SMUR, Hélicoptère via 100/112	10
1.2.4. Orphelins	3	2.1.5. Transport dans le cadre de la dialyse rénale et le traitement de cancer	10
1.3. Perte de la qualité de bénéficiaire	3	2.1.6. Frais d'hospitalisation	11
1.3.1. Partenaires et enfants	3	<b>2.2. Maladies reconnues</b>	<b>11</b>
1.4. Paiement de la cotisation à partir du 01/01/2010	4	2.2.1. Modalités de reconnaissance	11
1.4.1. Général	4	2.2.2. Date d'effet de la reconnaissance	11
1.4.2. Dispositions transitoires	4	2.2.3. Modalités d'intervention	11
1.4.3. Nouveaux pensionnés à partir du 01/01/2010	4	2.2.4. Liste des Maladies reconnues	11
1.4.4. Restriction du droit d'intervention à partir du 01/01/2010	4	2.2.5. Interventions spécifiques prévues dans le cadre de Maladies reconnues	11
1.4.5. Perte définitive du statut de bénéficiaire – exception	4	2.2.6. Soins ambulatoires	11
1.5. Affiliation exceptionnelle possible à partir du 01/01/2018 dans le cadre de la décision unilatérale de bpost de supprimer les réquisitoires et la carte de réduction 50 %	5	2.2.7. Produits pharmaceutiques	12
1.5.1. Généralités	5	2.2.8. Frais d'Hospitalisation	12
1.5.2. Mesures transitoires	5	2.2.9. Prestations spéciales	12
1.5.3. Nouveaux pensionnés	5	<b>3. PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION 13</b>	
1.5.4. Limitation sur les interventions à partir du 01/01/2018	5	<b>3.1. Formulaires de demande 510 et 510 bis</b>	<b>13</b>
1.5.5. Perte définitive de sa qualité de bénéficiaire – exception	5	<b>3.2. Justificatifs médicaux</b>	<b>13</b>
1.6. Nomenclature	6	<b>3.3. Délai de demande d'intervention</b>	<b>13</b>
1.7. Ticket modérateur	6	<b>4. MOBILITÉ – INTERVENTION DANS LES VOYAGES VIA RAIL PASS – 10 TRAJETS UNIQUES</b>	<b>14</b>
1.8. Hôpital	6	<b>5. JOURNÉES DU PENSIONNÉ</b>	<b>14</b>
1.9. Hospitalisation	6	<b>6. GUIDE AVANTAGES</b>	<b>14</b>
1.10. Soins ambulatoires	6		
1.11. Accident	6		
1.12. Maladie	6		
1.13. Maladies graves	6		
1.14. Prothèse	6		
1.15. Appareil orthopédique	6		
1.16. Produits pharmaceutiques	7		
1.17. Intervention légale – Nomenclature INAMI et autres	7		
1.18. Maximum à facturer – MAF & interventions maladies chroniques	7		
1.19. Frais médicaux à l'étranger	7		
1.20. Règles particulières de l'intervention – Nomenclature – INAMI	7		
1.21. Délai d'introduction–péremption	8		
1.22. Sanctions en cas de fraude	8		
1.23. Conseil d'administration	8		

# 1. DESCRIPTIONS

## 1.1. A.S.B.I. service social de la poste

## 1.2. Bénéficiaires

### 1.2.1. Membres du personnel pensionnés

Les agents statutaires pensionnés, en activité à La Poste immédiatement avant leur mise à la retraite.

Les membres du personnel contractuels barémiques qui étaient en activité à bpost (La Poste) immédiatement avant leur mise à la retraite et ayant au minimum 10 ans d'ancienneté.

Les agents auxiliaires qui étaient en activité à bpost (La Poste) immédiatement avant leur mise à la retraite et ayant au minimum 10 ans d'ancienneté.

Les conjoints survivants des membres du personnel pensionnés décédés, à charge du membre du personnel pensionné au moment de son décès.

### 1.2.2. Partenaires

Le partenaire cohabitant du membre de personnel pensionné, marié ou légalement enregistré avec le bénéficiaire, considéré comme fiscalement à charge selon les données de calcul du salaire dont dispose l'employeur au moment de la mise à la retraite. Le revenu net de l'ayant-droit ne peut excéder € 350,00 par mois.

### 1.2.3. Enfants

- Tout enfants légal, adopté, légitime ou naturel du membre du personnel pensionné bénéficiant des allocations familiales au moment de la mise à la retraite.
- Tout enfant du partenaire bénéficiaire (voir 1.2.2) qui cohabite avec le membre du personnel pensionné au moment de la mise à la retraite et qui bénéficie des allocations familiales. Le partenaire bénéficiaire est donc fiscalement à charge du membre du personnel au moment de la mise à la retraite.
- Tout enfant cohabitant désigné par des instances judiciaires au membre du personnel pensionné et/ou au partenaire bénéficiaire fiscalement à charge qui bénéficie des allocations familiales au moment de la mise à la retraite.

### 1.2.4. Orphelins

Tout enfant légal, adopté, légitime ou naturel du membre du personnel pensionné décédé qui était inscrit en tant que bénéficiaire et qui bénéficie des allocations d'orphelins majorées.

## 1.3. Perte de la qualité de bénéficiaire

### 1.3.1. Partenaires et enfants

Ceux-ci perdent leur qualité de bénéficiaire au plus tard le premier du mois suivant:

- la fin de la cohabitation pour les enfants inscrits du partenaire bénéficiaire ainsi que des enfants confiés par une décision judiciaire
- la perte du droit aux allocations familiales ou aux allocations d'orphelins majorées
- leur 25e anniversaire pour les enfants étudiants
- leur 21e anniversaire pour les enfants handicapés qui, à partir de ce moment, reçoivent une allocation de remplacement de revenu en tant que handicapés
- la perte de la qualité du statut «fiscalement à charge»
- le début d'activités professionnelles l'ouverture du droit aux allocations de chômage ou autre

## **1.4. Paiement de la cotisation à partir du 01/01/2010**

### **1.4.1. Général**

Les bénéficiaires: pensionnés, veuves et orphelins, décrits ci-dessus, doivent s'acquitter d'une cotisation de solidarité déterminée annuellement par le Conseil d'Administration. Par cette obligation de paiement, nous souhaitons atteindre les objectifs suivants:

- obtenir l'accord d'adhésion formel des bénéficiaires
- obtenir l'accord principal des bénéficiaires quant à la gestion de leurs données personnelles et médicales en respectant les dispositions légales
- obtenir l'accord des bénéficiaires avec le principe de solidarité en respect des statuts de l'asbl

Les montants sont indivisibles et fixés par année civile et ne sont, en règle générale jamais remboursés. Les cotisations sont perçues dans une perspective de solidarité entre les membres.

### **1.4.2. Dispositions transitoires**

Les bénéficiaires décrits ci-dessus sont priés de payer la cotisation afin de pouvoir bénéficier des prestations à partir du 01/01/2010. Un mailing est envoyé aux personnes ayant introduits dans les 3 dernières années une demande d'intervention.

Le Conseil d'Administration est d'avis que les membres, au moins durant l'année 2010, aient la possibilité de se mettre en ordre avec la cotisation.

### **1.4.3. Nouveaux pensionnés à partir du 01/01/2010**

Les nouveaux pensionnés doivent, comme décrits ci-dessus payer un montant au prorata des mois restants de l'année. Ces personnes devront, sur base de la liste des pensionnés, être sélectionnés et invités à adhérer et à payer la cotisation. Les pensionnés qui n'acceptent pas l'offre dans les 6 mois perdent leur qualité de bénéficiaire à partir de la date de la pension.

### **1.4.4. Restriction du droit d'intervention à partir du 01/01/2010**

Les bénéficiaires n'ayant pas encore payé leur cotisation pour l'année de référence ou, pour les nouveaux pensionnés, pour les mois restants de l'année à compter de la date de la pension, ne recevront aucune intervention pour frais médicaux ou l'obtention du guide avantages. Seuls les membres en ordre de cotisation au moment de l'envoi du mailing seront invités à la journée annuelle des familles.

### **1.4.5. Perte définitive du statut de bénéficiaire – exception**

Dans les cas suivants, il ne sera plus possible de devenir bénéficiaire à partir du 01/01/2010 ou plus tard selon le cas

- les bénéficiaires qui nous informent de ne pas souhaiter devenir membre de l'ASBL
- les bénéficiaires qui n'ont pas positivement réagi à notre demande de la cotisation pour 2010
- les bénéficiaires nouveaux pensionnés à partir du 01/01/2010, qui n'ont pas répondu à notre demande d'adhésion et de paiement de la cotisation dans les 6 mois à compter de la date de la pension
- les bénéficiaires n'ayant pas payé de cotisation pendant au moins 12 mois

#### **Exception:**

Le Conseil d'Administration peut, dans certains cas décider d'accorder l'adhésion d'un nouveau membre après motivation claire de celui-ci.

## **1.5. Affiliation exceptionnelle possible à partir du 01/01/2018 dans le cadre de la décision unilatérale de bpost de supprimer les réquisitoires et la carte de réduction 50 %**

### **1.5.1. Généralités**

Les bénéficiaires décrits dans la mention ci-dessus peuvent exceptionnellement s'affilier à Pensoc asbl si toutes les conditions déterminées par le Conseil d'Administration sont remplies.

#### **Conditions:**

- Suivant la procédure d'inscription, s'acquitter de la cotisation obligatoire (€ 30,00 pour 2018) avec effet à partir du 01/01/2018.
- La cotisation 2018 doit nous parvenir au plus tard pour 28/02/2018.

De plus, le Conseil d'Administration souhaite atteindre les objectifs suivants:

- Recevoir un réel signal de vouloir faire partie de Pensoc asbl.
- D'obtenir l'approbation de principe des bénéficiaires, pour la gestion de ses données personnelles et médicales dans le respect des dispositions légales.
- Recevoir l'approbation du membre d'adhérer au principe de solidarité déterminé par les statuts de Pensoc asbl.

La cotisation déterminée par année civile est indivisible et n'est jamais remboursée. Les fonds sont perçus dans l'esprit de solidarité entre les membres.

### **1.5.2. Mesures transitoires**

Les bénéficiaires comme décrits ci-dessus, qui sont concernés par les mesures prises et ne sont pas encore affiliés à Pensoc asbl, seront invités à payer la cotisation avant de pouvoir bénéficier des interventions et des avantages à partir du 01/01/2018. Un mailing a été envoyé aux personnes concernées.

La liste nominative a été mise à disposition par bpost. Le Conseil d'Administration est d'avis que les candidats-membres doivent payer la cotisation annuelle 2018 pour le 28/02/2018, afin de devenir membre effectif.

### **1.5.3. Nouveaux pensionnés**

Les dispositions transitoires depuis le 01/01/2010 restent en applications. Les nouveaux pensionnés, comme mentionnés ci-dessus, payent la cotisation pour les mois de l'année civile suivant leur date de la mise à la retraite. Ces personnes seront sélectionnées suivant la liste des pensions et recevront une demande d'affiliation et de paiement de la cotisation. Les pensionnés qui ne répondront pas à la demande d'affiliation dans les 6 mois suivant leur date de pension, perdront leur qualité de bénéficiaire et ne pourront plus prétendre à devenir membre.

### **1.5.4. Limitation sur les interventions à partir du 01/01/2018**

Les bénéficiaires qui n'ont pas réglé entièrement leur cotisation pour l'année de référence au plus tard pour le 28/02/2018, ou pour les nouveaux pensionnés, pour les mois qui comptent à partir de la date de leur mise à la pension, ne peuvent prétendre aux interventions pour les frais médicaux et ni au Guide Avantages. Seuls les membres en ordre de cotisation seront sélectionnés pour l'envoi de l'invitation à la «journée du pensionné».

### **1.5.5. Perte définitive de sa qualité de bénéficiaire – exception**

Dans les cas suivants, le membre perdra définitivement sa qualité de bénéficiaire à partir du 01/01/2018 ou à une date ultérieure suivant les cas. Les pensionnés nous informant ne pas souhaiter devenir membre ou ne répondant pas à notre demande d'affiliation.

- Les pensionnés qui ne règlent pas leur cotisation pour 2018.
- Les nouveaux pensionnés qui ne répondent pas à notre demande d'affiliation et de paiement de la cotisation dans les 6 mois suivants leur date de mise à la pension.
- Les membres qui ne paient pas leur cotisation durant 12 mois.

#### **Exception:**

Le Conseil d'Administration peut dans certains cas décider d'accepter un membre moyennant une lettre de motivation clairement établie.

## **1.6. Nomenclature**

Liste des descriptions et tarifs de remboursement des prestations médicales reconnues, telle qu'établie par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité – INAMI – A.R. en date du 14 septembre 1984 et ses modifications ultérieures.

## **1.7. Ticket modérateur**

Montant à charge du patient. Il est obtenu en soustrayant le montant du remboursement de l'INAMI (mutuelle) de l'honoraire officiel prévu par la nomenclature (voir 1.6) de l'INAMI. Lorsque le prestataire de soins demande un honoraire inférieur, nous en tenons compte.

## **1.8. Hôpital**

Institution légalement reconnue comme hôpital en Belgique et où sont utilisés des moyens diagnostiques et thérapeutiques éprouvés scientifiquement.

Il ne s'agit pas ici d'institutions médico-pédagogiques, d'institutions pour le simple

hébergement de personnes âgées, en revalidation ou d'enfants, de maisons de repos, d'hôpitaux ou parties d'hôpital ayant reçu un «agrément spécial comme maison de repos et de soins».

## **1.9. Hospitalisation**

Séjour médicalement nécessaire dans un établissement hospitalier pour lequel des frais de séjour sont portés en compte. Cela comprend tant le séjour d'au moins une nuit que le concept d'hospitalisation de jour, c-à-d qu'il y a écart par rapport aux critères d'hospitalisation d'au moins une nuit pour autant que l'hôpital facture un forfait pour l'utilisation d'une chambre.

## **1.10. Soins ambulatoires**

Soins ambulatoires donnés sans qu'il y ait hospitalisation ( voir 1.9).

## **1.11. Accident**

Événement soudain et anormal, dont la cause ou l'une des causes se situe hors de l'organisme du bénéficiaire et qui atteint son intégrité.

## **1.12. Maladie**

Atteinte à la santé du bénéficiaire qui montre des symptômes objectifs et qui est à attribuer à une autre cause qu'un accident (1.11).

## **1.13. Maladies graves**

Tuberculose - diabète - cancer - sclérose multiple - paralysie infantile - poliomyélite - affections cérébrales - maladies du cerveau (neurologie, épilepsie, affections psychiatriques) - affections cardiovasculaires - affections rhumatismales (rhumatisme et orthopédie) - gastro-entérologie et affections uro-génitales (système stomacal et intestinal, vésicule biliaire, pancréas, gland thyroïde, reins) - affections génétiques - H.I.V. virus - affections des voies respiratoires - maladies neurologiques.

Le médecin-conseil peut reconnaître d'autres maladies ne figurant pas à la présente liste.

## **1.14. Prothèse**

Partie du corps artificielle remplaçant en tout ou en partie un organe ou un membre. (excepté prothèses dentaires)

## **1.15. Appareil orthopédique**

Appareil destiné à corriger des malformations physiques.

### **1.16. Produits pharmaceutiques**

Tout produit répondant aux trois conditions suivantes:

- vendu exclusivement en pharmacie
- prescrit exclusivement par un médecin
- enregistré en tant que tel par le Ministère compétent pour la santé publique

Sont exclus les médicaments de la catégorie 'D' et tous les autres produits non remboursables par l'INAMI.

### **1.17. Intervention légale – Nomenclature INAMI et autres**

Pour le calcul de l'intervention, il est tenu compte des tickets modérateurs légaux qui restent à charge du patient conformément à la liste des remboursements de l'INAMI. Il est également tenu compte de toutes les autres interventions dont bénéficie le patient:

- législation concernant l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, y compris l'intervention dans le cadre du MAF et des maladies chroniques
- avantages fournis par les «assurances complémentaires» organisées par les mutualités respectives
- législation concernant les accidents de travail
- législation concernant les maladies professionnelles
- avantages accordés dans le cadre du Vlaams Fonds (fonds flamand) pour les handicapés avantages prévus dans le cadre d'un fonds extralégal ou d'une assurance intervenant dans les frais médicaux (hospitalisation et/ou soins médicaux, assurance soins dentaires, ...)
- toutes les autres interventions belges et étrangères dans les soins médicaux non décrites ci-dessus

### **1.18. Maximum à facturer – MAF & interventions maladies chroniques**

Maximum à facturer – MAF

Le montant de l'honoraire pour les soins de santé qui n'est pas remboursé par l'INAMI (mutuelle). Une partie, le ticket modérateur (voir 1.7) reste à charge du patient. La somme de tous les tickets modérateurs pour les membres de la famille lié aux tranches de revenus peuvent résulter à un remboursement de la mutualité.

Maladies chroniques

Certaines personnes peuvent également bénéficier d'une intervention annuelle forfaitaire. Il s'agit des personnes souffrant de maladies chroniques qui sont souvent dépendantes de tiers et nécessitent beaucoup de soins de santé.

### **1.19. Frais médicaux à l'étranger**

Les frais médicaux engagés lors d'un séjour temporaire à l'étranger ne peuvent pas faire l'objet d'une intervention.

Sauf pour les pays qui font partie de la E.E.E. ainsi que pour ceux avec lesquels la Belgique (INAMI) a conclu une convention bilatérale dans le cadre d'échange de soins médicaux.

Cependant, si une personne doit recevoir un traitement particulier dans un autre pays et a obtenu l'autorisation légale de le faire de la part du médecin-conseil de la mutuelle belge, une exception sera accordée.

Néanmoins, l'intervention sera calculée conformément à la nomenclature (voir 1.6) et aux tarifs INAMI en vigueur en Belgique. L'intervention maximale sera toujours limitée à la contribution personnelle du patient avec un maximum de 2x le tarif INAMI.

Recommandation : le bénéficiaire doit veiller à être suffisamment couvert, par une assurance ou par le mutualité, en cas de frais médicaux ou/et de rapatriement. Les frais de soins de santé à l'étranger peuvent être très onéreux (USA, Canada, Hong-Kong, ...).

### **1.20. Règles particulières de l'intervention – Nomenclature – INAMI**

Ce plan médical est lié aux conditions d'intervention qui sont prévues par la législation et nomenclature établie par l'INAMI.

Le calcul des interventions est basé sur les codes médicaux de la nomenclature (voir 1.6) officielle utilisée par les prestataires de soins.

### **1.21. Délai d'introduction-péremption**

Le délai d'introduction pour une d'intervention est fixé à maximum 15 mois à compter de la date de la première prestation médicale du dossier ou de la date de la facturation. Après ce délai, il y a péremption et les frais médicaux ne peuvent plus être remboursés.

Vous pouvez introduire plusieurs dossiers pendant l'année.

### **1.22. Sanctions en cas de fraude**

Nous devons mentionner qu'en cas de fausses déclarations, tentative de fraude et fraude, le bénéficiaire peut être sanctionné. La sanction peut aller d'une exclusion temporaire à définitive.

Les dossiers doivent toujours être soumis au Conseil d'Administration.

### **1.23. Conseil d'administration**

Tous les cas qui, vu leur caractère spécial et/ou social, ne rentrent pas dans le cadre de ce règlement peuvent être soumis aux membres du Conseil d'Administration de l'asbl pour conseil et décision d'intervention.



## 2. INTERVENTIONS PRÉVUES DANS LE PLAN MÉDICAL

### 2.1. Soins curatifs

#### 2.1.1. Soins ambulatoires

Les bénéficiaires peuvent bénéficier d'une intervention maximale de 40 % des frais médicaux à leur charge - ticket modérateur légal (voir 1.7) - pour les prestations suivantes:

- consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes
- traitements médico-techniques
- imagerie médicale
- radiothérapie et radiumthérapie, médecine nucléaire, médecine interne, dermatovénérologie
- physiothérapie, biologie clinique
- supplément urgences, bandagisterie, orthopédie
- optique, acoustique, anatomo-pathologie, génétique, sage-femmes, fournitures spéciales
- dentisterie, kinésithérapie, soins infirmiers, logopédie, radio-isotopes, revalidation cardiaque

#### 2.1.2. Produits pharmaceutiques

Une intervention fixée à 40% est prévue dans les frais – ticket modérateur légal (1.7) à charge du bénéficiaire à l'achat de produits pharmaceutiques (1.16). L'intervention est prévue pour les produits appartenant aux catégories A, B, C, CS & CX conformément aux données fournies par l'APB.

### 2.1.3. Prestations spéciales

Aucune intervention n'est prévue pour les produits non remboursés dans le cadre des critères INAMI : produits homéopathiques, naturels, de régime, ...

Pour les produits pharmaceutiques (1.16) de la catégorie D, aucune intervention n'est prévue.

- Prestations spéciales Lunettes et lentilles Monture: pas d'intervention
- Verres et lentilles: maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI. Consultez l'ophtalmologue à ce sujet.
- Prothèse dentaires  
Prothèses complètes et partielles : maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI. A savoir qu'ici nous tenons compte des critères repris dans la nomenclature de l'assurance. Maladie Belge. Veuillez consulter votre dentiste pour plus d'informations.
- Orthodontie  
L'intervention est fixée pour les enfants dont le traitement a été demandé et accordé par le conseiller médical de la mutuelle avant qu'ils atteignent l'âge de 15 ans : maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI.
- Kinésithérapie  
L'intervention est fixée à maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI.
- Logopédie  
Prestations de logopédie : maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI.
- Appareils auditifs  
L'intervention est fixée forfaitairement à € 175,00 pour le mono et à € 350,00 pour le stéréo de la somme à charge de bénéficiaire – ticket modérateur légal (voir 1.7).
- Injections  
L'intervention est fixée à maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI\*.
- Podologie  
L'intervention est fixée à maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI. Cependant, le calcul se fera sur des honoraires maximum de € 15,00 par séance.
- Analyses médicales et examens de laboratoire  
L'intervention est fixée à maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI.
- Prothèses de tous types: implants (capillaires, mammaires, orthopédiques, ...)  
L'intervention est fixée à maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI. L'intervention maximale est de € 200,00 par délivrance.
- Chaise roulante  
L'intervention est fixée à maximum 40 % sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI. L'intervention maximale est limitée à € 750,00 par délivrance.

### 2.1.4. Transport Médical Urgent – Ambulance, SMUR, Hélicoptère via 100/112

Il s'agit d'un Transport Médical Urgent qui nécessite une intervention médicale urgente. Ce transport est demandé exclusivement via la centrale d'alarme 112 et exécuté par un service d'ambulance reconnu. L'INAMI via la mutualité intervient à raison de 50 %. Il s'agit d'un transport jusqu'à l'hôpital le plus proche qui dispose du type de soins.

Intervention:

- 40 % du ticket modérateur légal (voir 1.7)
- 90 % du ticket modérateur légal lorsque le médecin conseil met le lien avec une 'maladie reconnue'(1.13).

### 2.1.5. Transport dans le cadre de la dialyse rénale et le traitement de cancer

L'INAMI via la mutualité prévoit une intervention légale fixée à € 0,25/km. Pour la dialyse rénale l'intervention est limitée à 30km/trajet. Ceci n'est pas le cas par le traitement de cancer. L'hôpital ou le centre médical où le traitement à lieu établi des formulaires 52/53 pour la mutualité regroupant les dates des traitements.

Intervention: Nous appliquons les mêmes règles de remboursement avec un max. de € 0,20/km situés entre le domicile et l'hôpital ou le centre médical. Pour la dialyse rénale nous appliquons également une restriction d'intervention à max. 30km/distance unique.

### 2.1.6. Frais d'hospitalisation

L'intervention est fixée à maximum 40 % de la somme à charge du bénéficiaire. Il s'agit des frais de séjour et médicaux durant un séjour d'au moins une nuit ou le forfait «hospitalisation d'un jour» (voir 1.9). Les suppléments de frais de séjour et médicaux liés au choix d'une chambre 1 ou 2 lits sont exclus.

Séjour en milieu psychiatrique fermé:

Dans ce cas, l'intervention est limitée à des frais médicaux. Les frais de séjour ne sont pas pris en considération.

## 2.2. Maladies reconnues

### 2.2.1. Modalités de reconnaissance

La demande de reconnaissance d'une maladie reconnue doit s'effectuer au moyen du formulaire prévu à cet effet, accompagné d'un dossier médical établi par le médecin traitant du bénéficiaire. Ces documents sont transmis au siège de l'asbl le communique au médecin-conseil pour reconnaissance. Ce dernier peut toujours demander des informations complémentaires ou un nouveau rapport médical.

### 2.2.2. Date d'effet de la reconnaissance

La date d'effet de la reconnaissance est déterminée en fonction de la date d'introduction du dossier, ainsi que la constatation de la maladie (voir 1.12).

. Le médecin conseil peut prévoir une rétroactivité d'un mois maximum. En cas d'hospitalisation (voir 1.9) de longue durée, cette période peut être prolongée de maximum 2 mois.

### 2.2.3. Modalités d'intervention

L'intervention dépend de l'introduction d'un rapport médical détaillé et des médicaments prescrites. Elle se base sur les données chiffrées, le secret médical est garanti en toutes circonstances. Chaque intervention pour une maladie reconnue (voir 1.13) doit entretenir un lien direct avec cette maladie.

### 2.2.4. Liste des Maladies reconnues

Tuberculose - diabète - cancer - sclérose multiple - paralysie infantile - poliomyélite - affections cérébrales - maladies du cerveau (neurologie, épilepsie, affections psychiatriques) - affections cardiovasculaires - affections rhumatismales (rhumatisme et orthopédie) - gastro-entérologie et affections uro-génitales (système stomacal et intestinal, vésicule biliaire, pancréas, glande thyroïde, reins) - affections génétiques - H.I.V. virus - affections des voies respiratoires - maladies neurologiques. Le médecin conseil peut reconnaître d'autres maladies ne figurant pas à la présente liste.

### 2.2.5. Interventions spécifiques prévues dans le cadre de Maladies reconnues

Dans ce cadre, l'intervention a été fixée à 90 % des soins médicaux prévus dans la rubrique «soins ambulants et frais d'hospitalisation» (voir 1.9) comme prévu dans la rubrique «soins curatifs».

### 2.2.6. Soins ambulatoires

Les bénéficiaires peuvent introduire une demande d'intervention maximale de 90 % des coûts des frais médicaux – sur base du ticket modérateur légal (voir 1.7) de l'INAMI – pour les prestations suivantes:

- consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes
- traitements médico-techniques
- imagerie médicale
- radiothérapie et radiumthérapie, médecine nucléaire, médecine interne, dermato-vénérologie
- physiothérapie, biologie clinique
- supplément urgences, bandagisterie, orthopédie
- optique, acoustique, anatomo-pathologie, génétique, sage-femmes, fourniture spéciales
- dentisterie, kinésithérapie, soins infirmiers, logopédie, radio-isotopes, revalidation cardiaque

### 2.2.7. Produits pharmaceutiques

Une intervention fixée à 90 % est prévue dans les frais – ticket modérateur légal (voir 1.7) – à charge du bénéficiaire à l'achat de Produits pharmaceutiques (voir 1.16). L'intervention est prévue pour les produits appartenant aux catégories A, B, C, CS & CX conformément aux données fournies par l'APB.

Aucune intervention n'est prévue pour les produits non remboursés dans le cadre des critères INAMI: produits homéopathiques, naturels, de régime, ...

Pour les Produits pharmaceutiques (voir 1.16) de la catégorie D, aucune intervention n'est prévue.

### 2.2.8. Frais d'Hospitalisation

L'intervention est fixée à maximum 90 % de la somme à charge du bénéficiaire.

Il s'agit des frais de séjour et médicaux durant un séjour d'au moins une nuit ou le forfait «hospitalisation d'un jour» (voir 1.9). Les suppléments de frais de séjour et médicaux liés au choix d'une chambre 1 ou 2 lits sont exclus.

Séjour en milieu psychiatrique fermé:

Dans ce cas, l'intervention est limitée à des frais médicaux. Les frais de séjour ne sont pas pris en considération.

### 2.2.9. Prestations spéciales

Veuillez consulter la rubrique 2.1.3.

## 3. PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION

### 3.1. Formulaires de demande 510 et 510 bis

Les formulaires de demande 510 et 510 bis doivent être utilisés respectivement pour la demande d'interventions pour des soins curatifs et pour des Maladies reconnues. Ces formulaires sont disponible au Services Social ou via internet.

### 3.2. Justificatifs médicaux

Liste détaillée donnée par la mutuelle ou la compagnie d'assurances avec mention des interventions fournies dans ce cadre. En cas d'hospitalisation\*, la rubrique correspondante doit être correctement complétée

- Une facture originale émise par l'hôpital (voir 1.8) pour des soins ambulatoires (voir 1.10) ou des frais d'hospitalisation (voir 1.9) avec les montants à charge du bénéficiaire après application du système de «tiers payant» par la mutualité. Si le bénéficiaire possède un autre plan médical, nous acceptons une copie des factures accompagnées d'un relevé des prestations remboursées par ce tiers.
- Une liste fournie par le pharmacien avec mention des produits pharmaceutiques (voir 1.16) payés : «Attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire» attestation BVAC.
- Tous les autres justificatifs détaillés concernant les prestations de santé.

### 3.3. Délai de demande d'intervention

Le délai d'introduction d'intervention est fixé à maximum 15 mois à compter de la date de la première prestation médicale du dossier. Après ce délai, il y a péremption et les frais médicaux ne peuvent plus être remboursés. Vous pouvez introduire plusieurs dossiers pendant l'année.

## **4. MOBILITÉ – INTERVENTION DANS LES VOYAGES VIA RAIL PASS – 10 TRAJETS UNIQUES**

Il est décidé d'intervenir à partir du 01/01/2018 dans les frais du coût d'un RAIL PASS obtenu via la SNCB (après utilisation des 10 trajets uniques). Le Rail Pass utilisé et rempli des 10 trajets uniques peut nous être soumis en même temps que les bordereaux 510 et 510bis pour intervention.

Intervention:

Nous accordons une intervention de maximum € 48,00 par an pour un Rail Pass rempli des 10 trajets. L'intervention est limitée à max. 1 Rail Pass par entité fiscale - ménage par année calendrier. Il s'agit en effet de l'intervention maximale autorisée légalement sur le plan fiscal.

## **5. JOURNÉES DU PENSIONNÉ**

Annuellement, un grand événement familial sera organisé où tous les membres de Pensoc asbl et leur partenaire, seront invités.

## **6. GUIDE AVANTAGES**

Un guide avantages est distribué annuellement. Les pensionnés bénéficient des offres qui y sont reprises.