



ASSURANCE DIFFÉRÉE DES SOINS DE SANTÉ

Le bénéficiaire de cette assurance **ne doit plus verser les cotisations** complémentaires « soins de santé ».

1. Qui peut en bénéficier ?

A. Chaque assuré qui compte **au moins 16 années** de participation à l'assurance.

L'âge à partir duquel les prestations peuvent être accordées est fixé comme suit:

Durée de la participation	Age auquel s'ouvre le droit
16 années et moins de 18 années	57 ans
18 années et moins de 20 années	56 ans
20 années et moins de 22 années	55 ans
22 années et moins de 24 années	54 ans
24 années et moins de 26 années	53 ans
26 années et moins de 28 années	52 ans
28 années et moins de 30 années	51 ans
30 années et plus	50 ans

B. L'assuré reconnu **inapte au travail (invalide)**, en application des dispositions relatives à l'assurance maladie-invalidité du régime de la sécurité sociale d'outre-mer.

C. Le conjoint faisant partie du ménage et les enfants à charge des assurés visés au A et B. Pour être considéré comme personne à charge du titulaire de l'assurance, le conjoint ou cohabitant doit répondre à toutes les **conditions** suivantes :

1. être domicilié sous le même toit que le titulaire de l'assurance c'est-à-dire être inscrit à la même adresse dans les registres de la population
2. ne pas bénéficier d'un revenu brut mensuel supérieur à 806,66 EUR à la date du 1^{er} juin 2016 (ce montant est régulièrement indexé)
3. ne pas pouvoir prétendre à une assurance remboursant les frais de santé dans un système légal, privé ou réglementaire (par ex. caisse de l'Union Européenne, de la FAO, de l'ONU, etc...) belge ou étranger

Documents justificatifs à joindre pour la prise en charge du conjoint/ du cohabitant :

Si les conjoints sont domiciliés à l'étranger, il faut joindre une attestation récente de composition de ménage émanant de l'autorité locale (ambassade belge de préférence). Il faut également joindre la copie du plus récent document d'imposition dans le pays de résidence ainsi que la copie de/ des extrait(s) bancaire(s) où apparaît(ssent) le(s) montant(s) de revenus éventuels perçus par le conjoint ou le cohabitant lors du mois précédant la demande.

Dans le cas où le conjoint ou le cohabitant bénéficiait d'une assurance belge ou étrangère remboursant les frais de santé, il faut fournir une attestation de cet organisme assureur attestant de la **date de fin du droit** au remboursement des frais de santé.

Si les conjoints sont domiciliés **en Belgique**, il faut joindre la copie du plus récent avertissement-extrait de rôle à l'impôt des personnes physiques ainsi que la copie de/ des extrait(s) bancaire(s) où apparaît(ssent) le(s) montant(s) de revenus éventuels perçus par le conjoint ou le cohabitant lors du mois précédant la demande.

Dans le cas où le conjoint ou le cohabitant bénéficiait d'une assurance belge ou étrangère remboursant les frais de santé, il faut fournir une attestation de cet organisme assureur attestant de la **date de fin du droit** au remboursement des frais de santé.

Pour obtenir des renseignements concernant le droit du conjoint séparé (à savoir n'étant pas inscrit dans les registres de la population à la même adresse que le titulaire de l'assurance) : contactez Monsieur Didier TIMMERMANS du service soins de santé, n° tél. 02/509 32 97.

D. Le conjoint survivant et les orphelins, bénéficiaires des prestations de l'assurance vieillesse et décès du régime d'outre-mer, pour autant que :

- l'assuré comptait au moins 16 années de participation à l'assurance ;
- ou
- l'assuré est décédé alors qu'il participait à l'assurance et ce, pendant les douze mois précédant celui du décès. Cette dernière condition n'est toutefois pas requise lorsque le décès survient à la suite d'un accident.

E. La veuve (d'un assuré invalide) et les orphelins qui bénéficient **d'allocations** en application des dispositions relatives à l'assurance maladie-invalidité du régime d'outre-mer.

2. Conditions à remplir par le titulaire de l'assurance.

A. Résidence

Le droit au remboursement des soins de santé n'est octroyé que si les bénéficiaires résident habituellement et effectivement en Belgique.

Ne sont pas soumis à cette obligation :

- 1°) les ressortissants des pays membres de l'Espace Economique Européen (E.E.E.) ;
- 2°) les ressortissants de la Confédération Helvétique ;
- 3°) les apatrides et les réfugiés ;
- 4°) les ressortissants des pays avec lesquels aura été conclu un accord de réciprocité qui les en dispense.
- 5°) les ayants droit d'un assuré de nationalité mentionnés au 1°, 2°, 3° et 4°

B. Interdiction de cumul d'assurance

Le remboursement des soins n'est pas accordé aux personnes qui sont en droit de prétendre à des avantages de même nature (c'est-à-dire à une assurance couvrant le remboursement de soins de santé) en application d'autres dispositions légales, contractuelles ou réglementaires belges ou étrangères (travailleurs salariés, indépendants, fonctionnaires, pensionnés, etc ..) ou d'un accord de réciprocité.

3. Comment sont remboursés les frais de soins de santé ?

En Belgique

Les frais de santé sont remboursés sur la base des barèmes et des critères prévus par les dispositions légales belges en matière d'assurance obligatoire maladie-invalidité (loi INAMI).

Dans les autres Etats de l'Espace Economique Européen et en Suisse

les assurés choisissent :

SOIT l'application des règlements CEE en matière de sécurité sociale ainsi que l'application des accords bilatéraux passés entre la Confédération helvétique et différents Etats membres de l'Espace Economique Européen

SOIT l'application exclusive de la législation concernant la sécurité sociale d'outre-mer c'est-à-dire le remboursement par assimilation aux prestations de la nomenclature d'usage en assurance maladie-invalidité belge (tarifs et critères INAMI).

Dans les Etats situés en dehors de l'Espace Economique Européen et de la Suisse

le remboursement des prestations de soins de santé se fait par assimilation aux prestations de la nomenclature d'usage en assurance maladie-invalidité belge (tarifs et critères INAMI).

!!! IMPORTANT :

Dès l'ouverture de votre droit aux remboursements des soins de santé à charge de l'ONSS, vous êtes tenus de signaler au service des soins de santé tout changement dans votre situation familiale, professionnelle (adresse, bénéfice d'une pension belge ou étrangère en sus etc.....)