

Un régime collectif pour le remboursement des frais médicaux: pourquoi et comment? Un mot d'explication.

### Quel est le but d'un régime collectif pour les frais médicaux?

Quoique la sécurité sociale intervienne pour la plupart des frais médicaux, le ticket modérateur reste généralement à la charge de l'assuré. Le ticket modérateur est la partie non remboursée par la mutualité. Souvent aussi on vous décompte des suppléments d'honoraires ainsi que des suppléments sur le prix du séjour. Ces suppléments qui peuvent s'avérer élevés, surtout en cas d'hospitalisation, restent toujours à charge du patient. D'où l'utilité d'un plan couvrant les frais médicaux.

Il est évident qu'une personne privée puisse conclure une assurance individuelle couvrant les frais médicaux. Un contrat collectif conclu par l'employeur pour ses travailleurs comporte toutefois un certain nombre d'avantages: la prime est moins élevée et les critères d'acceptation sont plus souples.

### Comment déterminer le régime collectif?

#### Modalités en cas d'affiliation

Le travailleur s'affiliant au régime collectif peut également affilier les membres de sa famille. On entend par 'membres de la famille': le conjoint ou le cohabitant légal, ainsi que les enfants du travailleur et du partenaire. L'affiliation du travailleur et des membres de sa famille peut être obligatoire ou facultative. Ce fait, ainsi que la taille du groupe, déterminera les modalités en cas d'affiliation.

Il est possible d'insérer un délai d'attente dans le contrat. Dans ce cas, l'assuré n'est pas couvert contre les risques de maladie ou d'accouchement pendant une période déterminée au préalable et prenant effet au moment de l'affiliation. Il est évident qu'aucun délai d'attente ne sera appliqué pour les accidents car ceux-ci sont, par définition, imprévisibles.

En outre, l'assureur peut baser sa décision de couvrir ou non un assuré potentiel sur un questionnaire médical. Ce questionnaire médical est éventuellement complété par des questions ou examens médicaux complémentaires.

Les affections antérieures sont souvent exclues. Elles peuvent également être couvertes sous certaines conditions; par exemple, lorsque aucun traitement n'a été nécessaire pendant la première année d'affiliation. Les affections antérieures sont généralement exclues en cas d'affiliation tardive. On entend par 'affections antérieures': toutes lésions ou affections médicalement constatées avant la date d'affiliation et entraînant une hospitalisation et/ou une maladie grave.

Ces limitations peuvent être abrogées si les groupes sont suffisamment nombreux. Dans ce cas, la couverture est acquise dès le premier jour, même pour les affections antérieures. Aucun questionnaire médical ne devra être rempli. L'employeur peut définir lui-même les modalités en cas d'affiliation, en concertation avec l'assureur.

#### Couverture

On fait une distinction entre les frais exposés dans l'établissement hospitalier et ceux exposés en dehors de l'établissement hospitalier. Les frais exposés en dehors de l'hôpital sont les frais ambulatoires. Ceux-ci peuvent être remboursés dans le cadre d'une assurance pour frais ambulatoires.

La plupart des régimes collectifs offrent, en premier lieu, une assurance en cas d'hospitalisation. Cette assurance couvre tous les frais médicaux exposés pendant une hospitalisation pour laquelle des frais de séjour sont décomptés (donc également pour la 'one day clinic'). Sont toutefois exclus: les frais de nature personnelle (téléphone, télévision). Il doit évidemment s'agir d'une hospitalisation médicalement nécessaire pour cause de maladie, accident, grossesse ou accouchement.

Cette couverture est généralement étendue aux frais ambulatoires exposés pendant la période avant et après l'hospitalisation (p. ex. 1 mois avant et 3 mois après), pour autant que les frais exposés soient liés à l'affection en raison de laquelle on est hospitalisé.

Enfin, la couverture est toujours acquise pour les maladies graves nommément désignées (dont cancer, leucémie, sclérose en plaques, ...), même s'il n'y a pas d'hospitalisation. Les régimes les plus étendus couvrent une trentaine de maladies graves. Ceci permet surtout de faire face aux frais médicaux élevés, car ce sont précisément ces frais qui déséquilibrent le budget du ménage.

Il n'est pas d'usage de rembourser intégralement tous les frais médicaux. Il est généralement fait application d'une franchise. La franchise ou l'excédent est, soit, un montant forfaitaire par assuré et par an restant toujours à charge de l'assuré (p. ex. 75 EUR), soit, un pourcentage fixe.

Il existe aussi des franchises combinées (un certain pourcentage avec un minimum ou un maximum), ainsi que des franchises pour certains frais spécifiques.

La tendance est de plus en plus souvent de décompter une franchise plus élevée pour les hospitalisations en chambre individuelle.

On prévoit parfois aussi des 'plafonds' ou interventions maximales. Il s'agit de limitations de l'intervention à concurrence d'un montant fixe par assuré et par an.

Une autre limitation parfois utilisée est celle par prestation (examen, consultation, médicament, ...) à concurrence de X fois l'intervention de la sécurité sociale. Dans ce cas, l'assureur n'intervient pas quand il n'y a pas d'intervention de la sécurité sociale.

Le maximum peut également être appliqué de manière sélective, p. ex. maximum 1.250 EUR pour les frais de séjour de donneurs, ou un remboursement forfaitaire de 620 EUR pour les accouchements à domicile. L'introduction de plafonds a pour but de tenir en équilibre la police et d'éviter des dépenses excessives.

## Comment financer le plan 'frais médicaux'?

Un plan 'frais médicaux' est financé par les contributions de l'employeur ou des travailleurs ou des deux. Dans la plupart des cas, l'employeur paie la prime pour le travailleur et le travailleur paie la prime pour les membres de sa famille. Le paiement peut également se faire intégralement par l'employeur ou par les travailleurs. La prime des contrats collectifs n'est généralement pas liée au sexe, mais elle évolue par tranches d'âge: par exemple moins de 25 ans, de 25 à 65 ans, plus de 65 ans.

Il est en principe mis fin au lien entre l'employeur et le travailleur et donc à l'affiliation au plan collectif 'frais médicaux' au moment de la retraite. Le pensionné a parfois la possibilité de continuer l'assurance pour soi-même ainsi que pour les membres de sa famille, moyennant paiement de la prime. La veuve ou le veuf dispose de cette même possibilité.

La Loi Verwilghen, en vigueur à partir du 1er juillet 2007, prévoit en outre que l'assureur doit offrir la possibilité d'une continuation individuelle en cas de perte de l'affiliation à l'assurance collective.

L'employeur peut décider de ne pas assurer la plan 'frais médicaux' et d'assumer le risque lui-même. Cette option est plutôt réservée aux grandes entreprises qui jouent sur la 'loi des grands nombres'. La sinistralité attendue dans le cadre des frais médicaux est, en effet, assez prévisible pour de grandes populations. Dans l'approche sans assurance, les taxes et les prélèvements parafiscaux ne sont pas dus. L'employeur assume le risque, qui est d'ailleurs limité, et sous-traite généralement la gestion administrative intégrale ainsi que la gestion des sinistres.

Les assurances 'stop loss' permettent de protéger le budget. L'employeur prend en charge les sinistres mais protège son budget en souscrivant une assurance qui couvre les dommages excédant la propre rétention.

## Comment Vanbreda Risk & Benefits peut vous aider?

Nous sommes spécialisés en conseils, gestion et suivi des plans collectifs 'frais médicaux' pour les grandes entreprises.

Vanbreda Risk & Benefits offre un concept global (affiliations, gestion intégrale des sinistres, suivi de la sécurité sociale et reporting détaillé au management). L'employeur peut externaliser la plus grande partie de l'administration à un gestionnaire indépendant.

Si vous envisagez d'instaurer un plan collectif pour les frais médicaux ou de modifier le plan existant, il convient de se poser un certain nombre de questions. Le plan correspond-il aux desiderata de votre entreprise et de vos travailleurs? Avez-vous mûrement réfléchi au choix que vous allez faire: assurer ou non? La prestation de service en cas de sinistre est-elle absolument garantie? Nous nous ferons un plaisir de vous aider à répondre à toutes ces questions.



### Contactez-nous

Vanbreda Risk & Benefits  
Employee Benefits  
Plantin en Moretuslei 297  
2140 Antwerpen  
Tél. 03 217 67 67  
[www.vanbreda.be](http://www.vanbreda.be)