




CAHIER SPECIAL DES CHARGES n° FORCMS-AV-100 ACCORD-CADRE - ADJUDICATION OUVERTE

ASSURANCE COLLECTIVE HOSPITALISATION ET SOINS DE SANTÉ POUR LES MEMBRES DU PERSONNEL DES SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX ET LES MEMBRES DE LEUR FAMILLE

Contacts :			
Secrétariat de la CMS	02 790 54 41	02 790 52 99	cmsfor@p-o.belgium.be
Kristel De Ridder (NL)	02 790 52 45		kristel.deridder@p-o.belgium.be
Xavier Piérard (FR)	02 790 54 48		xavier.pierard@p-o.belgium.be
Tom Bastiaensen (NL)	02 790 52 44		tom.bastiaensen@p-o.belgium.be
Jean-Pierre Pederqnana (FR)	02 790 52 43		jean-pierre.pederqnana@p-o.belgium.be

A. LE MARCHÉ	3
1. DEROGATIONS A L'ARRETE D'EXECUTION	3
2. DOCUMENTS REGISSANT LE MARCHÉ	3
2.1 Législation	3
2.2 Documents propres au marché.....	3
3. LES PARTIES ET AUTRES DEFINITIONS.....	4
3.1 Pouvoir adjudicateur.....	4
3.2 Centrale de marchés.....	4
3.3 Service et fonctionnaire dirigeant	4
3.4 Souscripteurs	4
3.5 Soumissionnaire.....	4
3.6 Adjudicataire - prestataire de services.....	4
3.7 Accord-cadre	4
3.8 Options obligatoires.....	4
3.9 Shopping list – options libres	5
4. OBJET DU MARCHÉ	5
4.1 Généralités.....	5
4.1.1 Objet principal.....	5
4.1.2 Shopping list.....	5
4.2 Quantités présumées/Estimation du marché.....	6
5. FORUM ONLINE.....	9
B. L'OFFRE	10
6. OFFRE	10
6.1 Généralités.....	10
6.2 Validité des offres	10
6.3 Prix.....	10
6.4 Attestations et autres annexes à l'offre.....	11
6.4.1 Dossier de sélection	11
6.4.2 Dossier "Annexes à l'offre"	12
7. DEPOT ET OUVERTURE DES OFFRES	13
7.1 Dépôt des offres	13
7.2 Ouverture des offres.....	13
C. L'ATTRIBUTION	14
8. EXAMEN DES OFFRES	14
8.1 Sélection des soumissionnaires	14
8.1.1 Critères d'exclusion	14
8.1.2 Critères techniques de sélection	15
8.2 Régularité des offres.....	15
8.3 Attribution.....	15
9. ANNULATION DE LA PROCEDURE.....	15

D. L'EXECUTION DU MARCHÉ	16
10. PERIODE CONTRACTUELLE	16
10.1 Le marché.....	16
10.2 Les contrats d'assurance – souscripteurs	16
10.3 Les contrats d'assurance – affiliés ou assurés	16
11. CAUTIONNEMENT	17
11.1 Constitution du cautionnement.....	17
11.2 Défaut de cautionnement	17
11.3 Libération du cautionnement.....	17
12. OBLIGATIONS COMPLEMENTAIRES	18
12.1 Documentation et statistiques	18
12.1.1 Confidentialité de l'information.....	18
12.1.2 Transfert de données.....	18
12.1.3 Généralité.....	18
12.1.4 Documents et statistiques pour le service dirigeant (CMS).....	19
12.1.5 Documents et statistiques pour les clients/souscripteurs	20
12.2 e-Catalogue.....	20
13. DISPOSITIONS TECHNIQUES	21
13.1 Article 1 ^{er} : Définitions	21
13.1.1 Prestataire de services.....	21
13.1.2 Souscripteur.....	21
13.1.3 Assurés - affiliés	21
13.1.4 Maladie et accident	22
13.1.5 Franchise.....	22
13.1.6 Hôpital et Etablissement de soins palliatifs	22
13.1.7 Hospitalisation.....	22
13.1.8 Intervention légale.....	23
13.1.9 Coûts ambulatoires	23
13.1.10 Catégorie D.....	23
13.2 Article 2 : Accès à l'assurance	24
13.3 Article 3 : Garanties	25
13.3.1 Formule de base : chambre de deux personnes ou commune.....	25
13.3.2 Formule étendue : chambre individuelle	27
13.3.3 Choix de la formule.....	27
13.4 Article 4 : Limites d'intervention du prestataire de services	28
13.5 Article 5 : Exclusions	29
13.6 Article 6 : Procédure d'affiliation, délai d'attente et état préexistant	30
13.6.1 Affiliation.....	30
13.6.2 Délai d'attente.....	30
13.6.3 Maladies ou affections existantes.....	30
13.7 Article 7 : Primes	30
13.8 Article 8 : Territorialité et terrorisme	31
13.9 Article 9 : Gestion des sinistres	31
13.10 Article 10 : Modifications	32
13.10.1 Arrêt (sortie de service, décès, ...)	32
13.10.2 Mobilité et/ou changement de statut du membre du personnel.....	32
13.11 Article 11 : Obligations des souscripteurs.....	33
13.12 Article 12 : Obligations de l'assuré :	33
13.13 Article 13 : Obligations du prestataire de services :	34
13.14 Article 14 : Loi du 20 juillet 2007 (loi Verwilghen)	35
14. ÉVALUATION DES SERVICES PRESTÉS	36
15. FACTURATION – PAIEMENT	37
15.1 Facturation.....	37
15.2 Paiement	37
16. MODIFICATIONS	37
17. OFFRES PROMOTIONNELLES – OPPORTUNITES	37
18. REVISION DE PRIX	38
18.1 Formule de base	38
18.2 Formule étendue.....	38
18.3 Frais ambulatoires (si d'application)	38
18.4 Soins dentaires (si d'application)	38
19. PENALITES ET LITIGES.....	39
19.1 Pénalités.....	39
19.1.1 A l'égard du service dirigeant.....	39
19.1.2 A l'égard du client commandeur	39
19.2 Litiges	39
20. ANNEXES	39

A. LE MARCHE

1. DEROGATIONS A L'ARRETE D'EXECUTION

Le présent cahier spécial des charges déroge aux articles suivants de l'arrêté d'exécution (RGE):

- Art. 25 et 33 relatifs au cautionnement – voir point 11 ;
- Art. 70 relatif au paiement – voir point 15.2 ;
- Art. 45 et 72 relatifs aux pénalités – voir point 19.1.

Etant donné que le marché conclu par le pouvoir adjudicateur l'est au bénéfice de différents services publics, les dénominations: "client destinataire", "client commandeur", "client payeur", se substituent **pour l'exécution** du marché à la notion de "pouvoir adjudicateur" dans l'arrêté royal du 14 janvier 2013, pour tout ce qui se rapporte aux services de ces clients et plus particulièrement dans les dispositions concernant les paiements, réceptions, amendes pour retard et mesures d'office.

2. DOCUMENTS REGISSANT LE MARCHE

2.1 Législation

- [LOI]: La loi du 15 juin 2006 relative aux marchés publics et à certains marchés de travaux, de fournitures et de services ;
- La 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 ;
- [AR]: L'arrêté royal du 15 juillet 2011 – arrêté royal relatif à la passation des marchés publics dans les secteurs classiques ;
- [RGE]: L'arrêté royal du 14 janvier 2013 établissant les règles générales d'exécution des marchés publics et des concessions de travaux publics ;
- Toute la législation et la réglementation relative à l'assurance hospitalisation et soins de santé telle que décrite dans le présent cahier spécial des charges ;
- Toutes les modifications aux lois et aux arrêtés précités en vigueur au jour de la publication de l'avis de marché au Journal Officiel de l'Union européenne.

L'ensemble de la réglementation relative aux marchés publics peut être consulté sur www.publicprocurement.be.

2.2 Documents propres au marché

- Le présent cahier spécial des charges et ses annexes ;
- L'avis de marché publié au "Bulletin des Adjudications" et au "Journal Officiel de l'Union européenne" ;
- Les rectificatifs éventuels publiés sur <https://enot.publicprocurement.be> se rapportant au présent cahier spécial des charges font partie intégrante des conditions contractuelles. Dès lors, le soumissionnaire est censé en avoir pris connaissance et en avoir tenu compte dans l'élaboration de son offre ;
- Les réponses publiées sur <https://enot.publicprocurement.be/> aux questions posées par les candidats-soumissionnaires ;
- L'offre de l'adjudicataire ;
- Les éclaircissements et engagements donnés par l'adjudicataire en complément à son offre et approuvés par le pouvoir adjudicateur ;
- Les avenants.

3. LES PARTIES ET AUTRES DEFINITIONS

3.1 Pouvoir adjudicateur

Le pouvoir adjudicateur est l'Etat belge, représenté par le Ministre chargé de la fonction publique.

3.2 Centrale de marchés

Dans le cadre du présent accord-cadre, la Centrale de Marché pour Service fédéraux (CMS) du Service public fédéral « Stratégie et Appui » (SPF BOSA) agit en tant que centrale de marchés conformément à l'article 2, §1, 4°, deuxième tiret, de la loi du 15 juin 2006 relative aux marchés publics et à certains marchés de travaux, de fournitures et de services.

3.3 Service et fonctionnaire dirigeant

Le service dirigeant est la CMS, rue de la Loi 51 à 1040 Bruxelles (+32 (0)2.790.54.41 - cmsfor@p-o.belgium.be). Le service dirigeant est le contact privilégié pour toute correspondance importante relative à l'accord-cadre. Le fonctionnaire dirigeant du service dirigeant sera désigné lors de la notification de conclusion du présent accord-cadre.

L'identité du fonctionnaire dirigeant du client commandeur est indiquée sur le bon de commande.

3.4 Souscripteurs

Les services fédéraux appartenant à la personne morale « État belge », qui adhèrent à l'assurance collective au profit des membres de leur personnel (et des membres de leur famille) et qui assurent le paiement d'une partie des primes.

Les services suivants adhéreront **dans tous les cas** à ce contrat :

- Tous les SPF (Services Publics Fédéraux) et SPP (Services Publics de Programmation) ainsi que les établissements scientifiques de l'État.
- Les autres services publics fédéraux mentionnés dans les tableaux 1 et 2 du point 4.2.

Le souscripteur est l'interlocuteur privilégié pour toute correspondance relative à l'exécution de l'assurance hospitalisation et soins de santé tel qu'il ressort du présent contrat.

Les services publics repris au tableau 3 du point 4.2. ont le libre choix de s'affilier ou pas au présent contrat collectif jusqu'au 31 décembre 2018.

Seuls les pouvoirs adjudicateurs, désignés ci-avant par leur nom ou par renvoi à une catégorie, sont autorisés à passer des commandes sur base du présent accord-cadre.

Quant à l'exécution pratique et au suivi du contrat, le souscripteur peut donner une délégation au service social du service concerné.

3.5 Soumissionnaire

Les soumissionnaires sont ceux qui ont déposé une offre pour le présent accord-cadre.

3.6 Adjudicataire - prestataire de services

Le soumissionnaire (compagnie d'assurance) avec qui l'accord-cadre a été conclu est dénommé adjudicataire.

3.7 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.

3.8 Options obligatoires

Pas d'application

3.9 Shopping list – options libres

La Shopping list est une liste de services que le soumissionnaire est libre de proposer, sans aucune obligation, à côté des services repris dans l'objet principal pour autant, toutefois, que ces services aient un lien avec l'objet du marché.

Le soumissionnaire est libre de fournir des garanties complémentaires à celles exigées. Le soumissionnaire propose spontanément l'option libre qui n'est donc pas prise en considération aux fins de la comparaison des offres.

Attention : aucun supplément de prix, ni aucune autre contrepartie ne peuvent être liés à l'option libre.

Le souscripteur ne commandera pas ces options lui-même mais les mettra à la disposition des assurés principaux et secondaires. Il s'agit, par exemple, des frais d'orthodontie, des frais ambulatoires,... (voir point 13.1).

Ces options ne feront pas partie de la facturation au souscripteur (voir point 15.1).

4. OBJET DU MARCHÉ

4.1 Généralités

- Type de marché: marché de services.
- Procédure choisie: **adjudication ouverte.**

Attention : cette procédure ne laisse aucun espace pour des négociations. Tant les volets administratifs que techniques seront évalués sur le contenu de l'offre au moment de la séance d'ouverture.

- Nombre de lots: 1.
- Détermination du prix: marché à bordereau de prix (AR, art. 2,5°).
- Variantes: pas autorisées.
- Options : options libres autorisées (voir le formulaire d'offre).

4.1.1 Objet principal

L'objet du présent marché est la conclusion d'une assurance collective hospitalisation et soins de santé au bénéfice des membres du personnel en service dans un des services visés au point 4.2. du présent cahier spécial des charges, des membres de leur famille et des membres du personnel admis à la pension, conformément aux dispositions des documents du marché.

L'énumération des différentes catégories est mentionnée dans le point 6.3 et dans le formulaire d'offre qui doit être rempli par le soumissionnaire (fichier « FORCMS-AV-100 formulaire.xlsx »).

4.1.2 Shopping list

Le soumissionnaire est libre d'offrir des services supplémentaires à ceux qui sont exigés. Ces services sont tous les services faisant l'objet de l'activité du soumissionnaire ayant un rapport avec le présent marché. Il s'agit, par exemple, dans ce cas d'une assurance distincte pour (liste non exhaustive) : frais d'orthodontie, frais ambulatoires en dehors de l'assurance-hospitalisation,...

Ces options libres sont spontanément proposées par le soumissionnaire et, par conséquent, n'entrent pas en ligne de compte pour l'évaluation comparative des offres.

L'attention du soumissionnaire est attirée sur le fait que le service dirigeant se réserve le droit:

- de supprimer du marché certains services soit lors de l'attribution du marché, soit ultérieurement par notification unilatérale;
- réintégrer au marché certains services supprimés au préalable.

La liste des services qui peut être proposée par le soumissionnaire en option libre n'est pas une liste fixe et pourra être adaptée par l'adjudicataire, avec l'accord du service dirigeant, à condition de rester dans le domaine visé par ce cahier spécial des charges, autrement dit que les services se rapportent à l'objet du marché (assurance dans la zone cible soins de santé).

Remarque importante : pour les services offerts dans le cadre des options libres, une facturation séparée doit être appliquée directement avec l'assuré principal. Pour ces options, il n'y a donc pas d'intervention des souscripteurs.

4.2 Quantités présumées/Estimation du marché

Les quantités sont difficiles à estimer. Toutes les données chiffrées mentionnées ci-après sont fournies uniquement à titre indicatif.

Des quantités supérieures ou inférieures ne peuvent donner lieu à aucune indemnité.

Aperçu charge du dommage (par année comptable)

année	primes	dommages	D/P
2006	11.011.385,96	9.529.523,44	87%
2007	11.336.366,44	10.028.273,00	88%
2008	11.652.418,96	10.023.393,23	86%
2009	12.229.375,95	10.609.318,75	87%
2010	12.405.912,55	10.966.112,06	88%
2011	12.582.274,27	10.874.892,13	86%
2012	14.755.630,05	12.387.062,75	84%
2013	14.723.859,55	13.074.677,02	89%
2014	15.050.775,32	13.229.030,21	88%
2015	14.986.320,00	14.103.396,02	94%
2016 ¹	15.398.435,00	13.609.225,28	88%

Aperçu charge du dommage – détail 2015

Charge du dommage en fonction de la garantie	en fonction du nombre de cas de dommage	en fonction des dépenses
Hospitalisation + prépost	52%	78%
Maladies graves	9%	4%
One day clinic	39%	18%
Charge du dommage en fonction de la catégorie de chambre	en fonction du nombre de cas de dommage	En fonction des dépenses
Chambre à un lit	21%	60%
Chambre à deux lits	15%	10%
Chambre à plusieurs lits	64%	30%
Charge du dommage en fonction de l'hôpital choisi par province	en fonction du nombre de cas de dommage	en fonction des dépenses
Région Bruxelles-Capitale	15%	26%
Brabant Wallon	4%	6%
Brabant Flamand	7%	5%
Anvers	14%	12%
Limbourg	5%	5%
Liège	8%	6%
Namur	5%	4%
Hainaut	14%	10%
Luxembourg	1%	1%
Flandre Occidentale	10%	6%
Flandre Orientale	22%	14%

¹ Chiffre provisoire – pas encore validés.

Le tableau 1 donne un aperçu du nombre d'assurés dans les services publics fédéraux concernés ayant souscrit en 2016 au contrat collectif fédéral auprès d'AG Insurance.

Service	Nombre total d'assurés par catégorie (avec ou sans intervention du service social)						
	(a) Assurés principaux (membres du personnel)		(b) Enfants avec allocations familiales	(c) Enfants sans allocations familiales	(d) Assurés secondaires jusque 64 ans sauf (b) et (c)	(e) Assurés secondaires de 65 à 69 ans	(f) Assurés secondaires à partir de 70 ans
	Actifs	Non actifs					
SPF Intérieur	2.848	417	1.755	212	866	78	72
SPF Affaires Etrangères	1.156	588	968	242	595	99	199
SPF Economie	1.360	552	521	85	318	115	213
SPF Economie (pensionnés Classes moyennes et Agriculture)	2	184	1	5	2	4	116
SPF Finances	11.590	5.802	5.442	826	3.163	788	1.177
SPF Justice	9.709	3154	5.944	685	2.732	536	1.136
SPF Emploi, Travail et Concertation sociale	690	294	357	46	208	47	59
SPF Santé publique	705	201	345	47	172	40	43
SPF Sécurité sociale	484	87	232	35	93	25	21
SPF Mobilité	712	336	397	55	230	66	52
SPF BOSA ² , SPF Chancellerie du Premier Ministre, Régie des Bâtiments, Corps Inspecteurs des Finances	1.102	661	661	97	455	153	146
SPP Politique scientifique (établissements scientifiques)	1.333	346	786	72	362	91	116
SPP Intégration sociale	70	3	40	12	12	1	1
Conseil d'État	278	50	215	18	100	12	14
Police intégrée	6.700	700	520	150	350	20	10
Institut belge des services postaux et des télécommunications (IBPT)	508	0	225	36	135	26	15
Office central d'action sociale et culturelle (OCASC)	222	15	122	16	52	10	1
FEDASIL	277	11	211	14	83	2	1
Institut pour l'égalité des femmes et des hommes	30	0	9	0	3	1	0
AFMPS (Agence fédéral de médicaments et produits de santé)	235	16	155	6	42	5	2
Bureau fédéral du Plan	64	24	64	6	21	5	14
Institut national des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre (INIG) ³	72	61	37	9	13	4	17
Conseil Supérieur des Indépendants et des PME	1	2	0	0	0	1	1
Office national des vacances annuelles (ONVA)	207	110	76	19	72	18	68
Famifed ⁴	945	247	424	43	185	20	64
Service de médiation de l'énergie	15		5		2		
Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI)	154	68	108	7	57	10	12

² Anciennement SPF P&O, FEDICT, SPF B&CG

³ A partir du 1er avril 2017 le INIG sera partiellement intégré à la caami et partiellement à la Défense

⁴ Anciennement Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS)

Tableau 1	Nombre total d'assurés par catégorie (avec ou sans intervention du service social)						
	(a) Assurés principaux (membres du personnel)		(b) Enfants avec allocations familiales	(c) Enfants sans allocations familiales	(d) Assurés secondaires jusque 64 ans sauf (b) et (c)	(e) Assurés secondaires de 65 à 69 ans	(f) Assurés secondaires à partir de 70 ans
	Actifs	Non actifs					
Banque-carrefour de la sécurité sociale (BCSS) et plateforme eHealth	20	5	9	1	7	1	0
Institut fédéral pour le Développement durable (IFDD)	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info

Le tableau 2 donne un aperçu des nouveaux souscripteurs en précisant, par service, le nombre d'assurés ayant souscrit en 2016 une assurance collective hospitalisation via leur propre service.

Tableau 2	Nombre total d'assurés par catégorie (avec ou sans intervention du service social)						
	(a) Assurés principaux (membres du personnel)		(b) Enfants avec allocations familiales	(c) Enfants sans allocations familiales	(d) Assurés secondaires jusque 64 ans sauf (b) et (c)	(e) Assurés secondaires de 65 à 69 ans	(f) Assurés secondaires à partir de 70 ans
	Actifs	Non actifs					
Théâtre Royal de la Monnaie	132	43	98	12	43	3	4

Le tableau 3 fournit les données statistiques d'un nombre de souscripteurs potentiels.

Tableau 3	Nombre total d'assurés par catégorie sur le contrat collectif du service concerné						
	(a) Assurés principaux (membres du personnel)		(b) Enfants avec allocations familiales	(c) Enfants sans allocations familiales	(d) Assurés secondaires jusque 64 ans sauf (b) et (c)	(e) Assurés secondaires de 65 à 69 ans	(f) Assurés secondaires à partir de 70 ans
	Actifs	Non actifs					
Service fédéral des Pensions ⁵ (anciennement Service des pensions pour le secteur public)	265	58	105	17	42	9	16
Institut géographique national (IGN)	102	80	44	13	35	6	16
Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI)	442	225	210	64	121	19	101
Institut national pour l'assurance maladie et invalidité (INAMI)	911	340	899	-	878	95	125
Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN)	155	-	113	-	142	-	-
Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA)	1.072	91	656	116	351	145	203
L'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) et le Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) ⁶	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info
Office de contrôle des mutualités(OCM)	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info

⁵ Depuis le 1er avril 2016, le SdPSP et l'ONP ont fusionné pour devenir le Service fédéral des Pensions

⁶ L'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) et le Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) ne formeront plus qu'un seul et nouveau centre fédéral de recherche (Sciensano) à partir du 1er janvier 2017.

Tableau 3	Nombre total d'assurés par catégorie sur le contrat collectif du service concerné						
	(a) Assurés principaux (membres du personnel)		(b) Enfants avec allocations familiales	(c) Enfants sans allocations familiales	(d) Assurés secondaires jusque 64 ans sauf (b) et (c)	(e) Assurés secondaires de 65 à 69 ans	(f) Assurés secondaires à partir de 70 ans
	Actifs	Non actifs					
FEDRIS (à partir de 1/1/2017)							
Fonds des accidents du travail (FAT)	181	60	133	11	87	2	
Fonds des maladies professionnelles (FMP)	162	89	89	9	71	12	
Office national de l'emploi (ONEM)	2.607	440	1.435	30	889	28	55
Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (CAPAC)	558	94	443	0	254	18	23
Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (CSPM)	21	21	4	0	2	4	3
Palais des Beaux Arts (BOZAR)	203	1	115	15	97	0	0
Office national de sécurité sociale (ONSS)	1.805	336		1.623			1.514
Agence pour le commerce extérieur (ace)	34	Pas d'info		Pas d'info			Pas d'info

Vous trouverez un aperçu du personnel par souscripteur via le lien ci-dessous : <https://www.pdata.be/start/index-nlfr.php?lg=n>

5. FORUM ONLINE

Toute question relative au présent marché sera posée **exclusivement** par le biais du « forum » attendant à l'avis de marché accessible sur le site <https://enot.publicprocurement.be> au plus tard le **01 - 06 - 2017**

Le pouvoir adjudicateur publiera les réponses sur le forum, le plus rapidement possible et au plus tard six jours de calendrier avant la date limite fixée pour la réception des offres.

Il est conseillé de consulter ce forum régulièrement.

Enfin, les questions et réponses feront périodiquement l'objet d'une publication sur le site <https://enot.publicprocurement.be>.

B. L'OFFRE

6. OFFRE

6.1 Généralités

L'offre et ses annexes doivent être rédigées en français ou en néerlandais.

Le soumissionnaire établit son offre sur le formulaire prévu en annexe. S'il l'établit sur d'autres documents, il supporte l'entière responsabilité de la parfaite concordance entre le formulaire en annexe et les documents qu'il utilise.

Toutes les rubriques du formulaire d'offre doivent être dûment complétées.

Toutes les annexes exigées au point 6.4 doivent être jointes à l'offre.

Par la remise de son offre, le soumissionnaire:

- déclare implicitement sur l'honneur qu'il ne se trouve pas dans un cas d'exclusion figurant dans le présent cahier spécial des charges;
- s'engage à respecter l'intégralité des obligations qui découlent du présent cahier spécial des charges et de son offre;
- renonce automatiquement à ses conditions générales ou particulières de vente.

L'offre est signée par la personne ou les personnes, selon le cas, qui a/ont le pouvoir d'engager la société soit en vertu des statuts, soit en vertu d'une procuration authentique ou sous seing privé.

Le pouvoir adjudicateur impose, dans le cadre du présent marché, l'utilisation des moyens électroniques pour le dépôt des offres (AR, art. 52 §2). L'offre établie par des moyens électroniques doit répondre aux exigences des art. 6 et 52 de l'AR. Si nécessaires, les attestations demandées au point 6.4 seront scannées afin d'être jointes à l'offre.

6.2 Validité des offres

Les soumissionnaires restent engagés par leur offre pendant une période de 180 jours de calendrier prenant cours le jour de l'ouverture des offres.

6.3 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 (voir section D « L'exécution du marché ») ainsi que tous les frais et taxes qui pèsent sur les services, notamment :

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

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

Cat.	description
a	pour des assurés principaux actifs sans distinction de catégories d'âges ;
b	pour des assurés principaux non actifs et assurés secondaires jusque 66 ans inclus (sauf catégories (e) et (f)). Toutefois, cette prime annuelle doit être identique à celle de l'assuré principal actif ;
c	pour des assurés principaux non actifs et assurés secondaires de 67 à 71 ans inclus ;
d	pour des assurés principaux non actifs et assurés secondaires de 72 ans et plus ;
e	pour des enfants bénéficiant d'allocations familiales ;
f	pour des enfants jusque 24 ans inclus, ne bénéficiant plus d'allocations familiales mais domiciliés sous le toit de l'assuré principal.

6.4 Attestations et autres annexes à l'offre

Les soumissionnaires doivent établir de préférence sous forme de fichiers « zip » :

- le formulaire Excel « FORCMS-AV-100-formulaire.xlsx » (voir points 6.1 et 20) ;
- un « dossier de sélection » ;
- un dossier « annexes à l'offre » ;

Le soumissionnaire intitulera les dossiers et annexes conformément à la numérotation du présent cahier spécial des charges.

6.4.1 Dossier de sélection

Tout document manquant pourra entraîner la non-sélection du soumissionnaire. Ce dossier comprendra au moins l'élément mentionné au point 6.4.1.1.

6.4.1.1 Document unique de marché européen

Le soumissionnaire joint à son offre le document unique de marché européen (DUME) joint en annexe à ce cahier spécial des charges.

6.4.1.2 Annexes libres

A. Attestation de reconnaissance

Le soumissionnaire doit être repris sur la liste des « *Entreprises d'assurance agréées* » publiée par la Banque nationale (<https://www.nbb.be/fr/supervision-financiere/contrôle-prudentiel/domaines-de-contrôle/entreprises-dassurance-et-de-2>) ».

B. Attestation de solvabilité

Le soumissionnaire doit être repris sur la liste des « *Entreprises d'assurance agréées* » publiée par la Banque nationale (<https://www.nbb.be/fr/supervision-financiere/contrôle-prudentiel/domaines-de-contrôle/entreprises-dassurance-et-de-2>) ».

C. Liste de références

Une liste de services équivalents qui ont été exécutés les 3 dernières années (2014, 2015, 2016) par lui ou ses sous-traitants reprenant au moins 3 références pour un montant total (montants cumulés des 3 dernières années) de **30.000.000,00 euros** avec mention du montant, de la date et du destinataire (voir point 8.1.2). Cette liste doit être établie sur la page « critères de sélection » du fichier « FORCMS-AV-100-formulaire.xlsx ».

- Si les références fournies concernent des autorités publiques, la justification est fournie par des certificats émis ou contresignés par l'autorité compétente. Ces certificats doivent :
 - o mentionner le montant facturé par an
 - o mentionner la période ou la date
 - o être signés par le Président/administrateur délégué de l'entité qui délivre le certificat.
- S'il s'agit de personnes privées, les prestations sont certifiées par celles-ci ou, à défaut, elles sont déclarées avoir été effectuées par le fournisseur.

D. Obligations en matière de sécurité sociale et obligations fiscales

Pour être sélectionné, le soumissionnaire doit être en ordre avec ses obligations en matière de sécurité sociale et ses obligations fiscales. Le soumissionnaire n'est pas tenu de joindre à son offre les attestations relatives à sa situation en matière de sécurité sociale et la preuve du respect des obligations fiscales (voir point 8.1.1).

Dans la mesure où le soumissionnaire disposerait des attestations concernées au moment de la remise de son offre, il lui est possible de les joindre en annexes libres à l'offre.

Pour le soumissionnaire étranger, lorsqu'un tel document n'est pas délivré dans le pays concerné, il peut être remplacé par une déclaration sous serment ou par une déclaration solennelle faite par l'intéressé devant une autorité judiciaire ou administrative, un notaire ou un organisme professionnel qualifié de ce pays.

6.4.2 Dossier "Annexes à l'offre"

Tout document manquant pourra entraîner la non sélection du soumissionnaire ou l'irrégularité substantielle de l'offre pour des raisons formelles. Ce dossier comprendra au moins les éléments suivants:

6.4.2.1 Statuts

Le soumissionnaire fournit ses statuts et les modifications pertinentes tels que publiés au Moniteur belge ou équivalent ainsi que tout autre document utile (procurations éventuelles,...) afin de prouver la compétence du (des) signataire(s).

6.4.2.2 Sous-traitants

Le soumissionnaire joint à son offre la liste des sous-traitants. Pour chacun d'eux, il sera indiqué:

- la nationalité, le nom, l'adresse et le n° de téléphone;
- une description exacte des prestations qui lui seront confiées.

7. DEPOT ET OUVERTURE DES OFFRES

7.1 Dépôt des offres

Le pouvoir adjudicateur doit être en possession des offres avant la séance d'ouverture des offres.

Le pouvoir adjudicateur impose, dans le cadre du présent marché, l'utilisation des moyens électroniques pour le dépôt des offres (AR, art. 52 §2).

Les offres électroniques doivent être envoyées via le site internet e-tendering <https://eten.publicprocurement.be/> qui garantit le respect des conditions établies par l'article 6 de l'AR. Il est à remarquer que l'envoi d'une offre par courriel ne répond pas à ces conditions. Dès lors, il n'est pas autorisé d'introduire une offre par ce moyen.

S'il s'avère que certains écrits ne peuvent être créés par des moyens électroniques, ou qu'il s'avère trop complexe de les créer par ces moyens, ces écrits peuvent être fournis sur un support papier et ce avant la date limite de réception. Le recours à des documents sur un support papier devra faire l'objet d'un accord préalable de la part du pouvoir adjudicateur. Cet accord est à demander à l'adresse suivante : cmsfor@p-o.belgium.be

Afin de remédier à certains aléas de la réception ou de l'ouverture des demandes de participation ou des offres introduites par des moyens électroniques, le pouvoir adjudicateur autorise les soumissionnaires à introduire à la fois une offre transmise par des moyens électroniques et, à titre de sauvegarde, une copie établie par des moyens électroniques ou sur support papier. Cette copie de sauvegarde est glissée dans une enveloppe définitivement scellée qui porte clairement la mention "copie de sauvegarde" et est introduite dans les délais de réception impartis.

Cette copie ne peut être ouverte qu'en cas de défaillance lors de la transmission, la réception ou l'ouverture de la demande de participation ou de l'offre transmise par des moyens électroniques. Elle remplace dans ce cas définitivement le document transmis par des moyens électroniques.

7.2 Ouverture des offres

Le **14 - 06 - 2017 à 10h15** il sera procédé, à l'ouverture publique des offres remises pour le présent marché à l'adresse suivante :

Centrale de Marchés pour Services fédéraux
Service public fédéral "Stratégie et Appui"
Rue de la Loi, 51 – 2^{ème} étage (salle 205)
1040 BRUXELLES.

C. L'ATTRIBUTION

8. EXAMEN DES OFFRES

Dans le cadre de la lutte contre les conflits d'intérêts, en particulier afin d'éviter le mécanisme du tourniquet ('revolving doors'), tel que défini dans la loi du 8 mai 2007 portant assentiment à la Convention des Nations unies contre la corruption, faite à New York le 31 octobre 2003, le soumissionnaire s'abstient de faire appel à un (ou plusieurs) ancien(s) collaborateur(s) (interne(s) ou externe(s)) du pouvoir adjudicateur (voir point 3.1), dans les deux ans qui suivent son/leur démission, départ à la retraite ou tout autre type de départ du pouvoir adjudicateur, d'une quelconque manière, directement ou indirectement, pour l'élaboration et/ou l'introduction de son offre ou toute autre intervention dans le cadre de la procédure de passation, ainsi que pour certaines tâches à réaliser dans le cadre de l'exécution du présent marché.

La disposition qui précède ne s'applique toutefois que lorsqu'un lien direct existe entre les précédentes activités prestées pour le pouvoir adjudicateur par la (ou les) personne(s) concernée(s) et ses/leurs activités dans le cadre du présent marché.

Toute infraction à cette mesure pouvant être de nature à fausser les conditions normales de la concurrence est passible d'une sanction conformément aux dispositions de l'article 9 de la LOI. Concrètement, cette sanction consiste, selon le cas, soit à écarter l'offre, soit à résilier le marché.

De plus toute indication de « bid rigging » ou tout comportement susceptible de porter préjudice au principe de concurrence sera systématiquement dénoncé par le pouvoir adjudicateur auprès de l'Autorité Belge de la Concurrence.

8.1 Sélection des soumissionnaires

Par la remise du document unique de marché européen (DUME) joint en annexe (voir point 6.4.1.1), le soumissionnaire déclare qu'il remplit les critères de sélection (voir point 6.4.1.2) et qu'il ne se trouve dans aucun des critères d'exclusion y repris (voir ci-dessous).

Le pouvoir adjudicateur vérifiera le DUME dans le chef du soumissionnaire dont l'offre est la mieux classée et lui demandera de fournir les certificats et les documents justificatifs à jour.

8.1.1 Critères d'exclusion

Par l'annexe DUME jointe à l'offre (voir point 6.4.1.1), le soumissionnaire déclare:

- qu'il ne se trouve pas dans un des cas d'exclusion visés à l'article 61 de l'AR;
- qu'il respecte les normes définies dans les conventions de base de l'Organisation Internationale du Travail (OIT)⁷.

En ce qui concerne les obligations fiscales et en matière de sécurité sociale, le pouvoir adjudicateur demandera lui-même ces renseignements aux services qui les gèrent. Ensuite, si nécessaire et, directement, s'il s'agit d'un soumissionnaire étranger, il demandera au soumissionnaire concerné par les moyens les plus rapides et dans le délai qu'il détermine, de fournir les renseignements ou documents permettant de vérifier sa situation personnelle et ce, avant toute décision relative à l'attribution du marché.

S'il apparaît, à la suite de ces vérifications, que le soumissionnaire n'est pas en règle, il pourra être exclu, à quelque stade que ce soit de la procédure, par le pouvoir adjudicateur.

⁷ En particulier:

- L'interdiction du travail forcé (conventions n° 29 concernant le travail forcé ou obligatoire, 1930, et n° 105 sur l'abolition du travail forcé, 1957)
- Le droit à la liberté syndicale (convention n° 87 sur la liberté syndicale et la protection du droit syndical, 1948)
- Le droit d'organisation et de négociation collective (convention n° 98 sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949)
- L'interdiction de toute discrimination en matière de travail et de rémunération (conventions n° 100 sur l'égalité de rémunération, 1951 et n° 111 concernant la discrimination (emploi et profession), 1958)
- L'âge minimum fixé pour le travail des enfants (convention n° 138 sur l'âge minimum, 1973), ainsi que l'interdiction des pires formes du travail des enfants (convention n° 182 sur les pires formes de travail des enfants, 1999).

8.1.2 Critères techniques de sélection

Par l'annexe DUME jointe à l'offre (voir point 6.4.1.1), le soumissionnaire déclare qu'il a les capacités suffisantes pour exécuter le marché comme précisé au point 6.4.1.2. A, B et O.

8.2 **Régularité des offres**

Pour qu'une offre soit régulière, elle doit satisfaire à toutes les exigences formelles et matérielles du présent cahier spécial des charges.

Le fichier MS Excel « FORCMS-AV-100-formulaire.xlsx » (ci-dessous nommé « fichier Excel ») est dûment complété. Toutes les cases jaunes du formulaire (dans tous les onglets) doivent être complétées. Les cases vertes sont complétées le cas échéant.

8.3 **Attribution**

Le montant de l'offre sera calculé via le fichier Excel « FORCMS-AV-100-formulaire.xlsx » joint au présent cahier spécial des charges (ci-dessous nommé « fichier Excel ») et dans lequel **seules les cases jaunes (et, le cas échéant, vertes) sont à compléter.**

Le soumissionnaire est invité à reporter les prix proposés et autres données dans les cases prévues à cet effet dans le fichier Excel.

Le marché est conclu avec le soumissionnaire qui a remis l'offre régulière la plus basse.

Les primes proposées constituent l'unique critère d'attribution.

9. **ANNULATION DE LA PROCEDURE**

En application de l'article 35 de la LOI, l'accomplissement de la présente procédure n'implique pas l'obligation d'attribuer le marché. Le pouvoir adjudicateur peut soit renoncer à passer le marché, soit recommencer la procédure, au besoin suivant un autre mode.

D. L'EXECUTION DU MARCHÉ

10. PERIODE CONTRACTUELLE

10.1 Le marché

La notification de l'approbation de l'offre vaut conclusion du marché.

Concomitamment à cette notification, le pouvoir adjudicateur communiquera la date de début de l'exécution du contrat, c'est à dire la date à laquelle les clients pourront passer des commandes.

Cette date ne pourra en aucun cas se situer au-delà de 30 jours de calendrier à compter de la date d'envoi de la notification de la conclusion du marché par lettre recommandée et sera de préférence fixée (au plus tard) **au 01-01-2018 (00h00)**.

Le marché prendra fin le 31-12-2023 (24h00).

Sans préjudice des éventuelles mesures d'office, le marché sera résiliable annuellement par le pouvoir adjudicateur et par le prestataire de services, moyennant préavis de 6 mois à signifier par lettre recommandée.

La résiliation du contrat dans les conditions mentionnées ci-dessus n'entraîne aucun droit à indemnités pour aucune des parties.

La fin du marché, soit suite à une résiliation, soit au terme de la durée contractuelle, met fin, d'office, aux droits et obligations contractuelles des assurés, des souscripteurs, du pouvoir adjudicateur et du prestataire de services. Toutefois, la fin du contrat n'a pas de conséquence sur les prestations et sommes éventuellement encore dues.

10.2 Les contrats d'assurance – souscripteurs

Le contrat d'assurance avec les services publics qui y ont souscrit sur base du présent cahier spécial des charges entre en vigueur le **01-01-2018** ou à une date spécifique en fonction de la date d'échéance du contrat en cours et pour lequel le souscripteur est lié, si cette date est ultérieure.

10.3 Les contrats d'assurance – affiliés ou assurés

Le prestataire de services ne peut exclure des assurés principaux et secondaires sauf dans les cas mentionnés au point 13.5 du présent cahier spécial des charges.

Chaque souscripteur conclut avec le prestataire de services, au début du marché, un accord dans lequel sont mentionnées les particularités spécifiques relatives à l'exécution du contrat. La date de prise d'effet du contrat d'assurance y est également mentionnée.

Pour le calcul de la prime, une année d'assurance court du 1^{er} janvier au 31 décembre.

11. CAUTIONNEMENT

11.1 Constitution du cautionnement

Le pouvoir adjudicateur agit en tant que centrale de marchés.

La finalité du marché ne consiste donc pas à pourvoir à ses propres besoins mais bien à ceux des souscripteurs tels que mentionnés au point 3.4 de ce cahier spécial des charges. L'ampleur des besoins ne sera exprimée par les souscripteurs que pendant l'exécution du marché.

Par conséquent, aucun montant total du marché ne peut être déterminé au début du contrat et le pouvoir adjudicateur n'a aucune idée du montant mensuel estimé du marché.

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>)
Avenue des Arts, 30
Bruxelles 1040
Compte Bpost banque: IBAN: BE 58 6792 0040 9979 - BIC: PCHQ BEBB

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.

11.2 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.

11.3 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 (expiration de la période contractuelle du marché).
- Étape 2 : 25.000,00 EUR à l'issue d'un délai de 1 an suivant la réception définitive (expiration de la période contractuelle du marché).

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.

12. OBLIGATIONS COMPLEMENTAIRES

12.1 Documentation et statistiques

12.1.1 Confidentialité de l'information

Toutes les informations que le prestataire de services reçoit sur quelque support que ce soit avant et dans le cadre de l'exécution du présent marché, sont confidentielles.

Le prestataire de services traitera donc de manière strictement confidentielle toutes les informations et ne les utilisera que pour l'exécution de ses engagements dans le cadre du présent marché public. Il ne procédera pas à leur reproduction, publication ou divulgation de quelque manière que ce soit à un tiers, sauf moyennant l'autorisation écrite explicite préalable du pouvoir adjudicateur ou à moins que cela ne soit requis par une loi ou un règlement. Le prestataire de services ne divulguera des informations confidentielles à ses travailleurs, agents et sous-traitants que sur une stricte base "need to know" et il veillera à ce que ses travailleurs, agents et sous-traitants connaissent et respectent également ce devoir de confidentialité.

Le traitement éventuel par le prestataire de services des informations se rapportant aux données à caractère personnel n'est licite que dans les conditions et dans les limites fixées par la loi du 8 décembre 1992⁸ (M.B. 19.03.1993) et aura lieu sous la responsabilité entière et exclusive du prestataire de services. Le cas échéant, le prestataire de services doit obtenir l'autorisation explicite de l'intéressé(e) pour le traitement de ses données sauf si le prestataire de services démontre que le traitement est indispensable pour l'exécution de ce contrat ou pour l'exécution des dispositions qui précèdent la conclusion du contrat et qui sont prises sur requête de l'intéressé(e).

Par la remise de son offre, le soumissionnaire cède au pouvoir adjudicateur de manière exclusive tous les droits patrimoniaux qu'il détient et détiendra sur les bases de connaissances et bases de données réalisées par lui dans le cadre du présent marché public. Cette cession englobe tous les modes d'exploitation, tant existants que futurs. Dans les cas où les bases de connaissances et les bases de données contiennent des informations dont la cession est interdite par un ou une quelconque loi, réglementation ou arrêté, les droits patrimoniaux ne seront cédés que sur ces parties des bases de données et bases de connaissances qui ne font pas obstacle à l'application d'un ou une quelconque loi, réglementation ou arrêté.

12.1.2 Transfert de données

Le prestataire de services s'engage à communiquer aux intéressés dont les données ont été manipulées, en exécution de l'article 9 d) de la loi du 8 décembre 1992, l'existence du transfert de données dont question dans le troisième alinéa du point 12.1.1.

12.1.3 Généralité

En ce qui concerne les données qui ont été collectées, constituées et conservées par l'adjudicataire, celui-ci s'engage à chaque simple demande du pouvoir adjudicateur à faire parvenir, par courriel ou via un site Internet, les données demandées au service dirigeant, et ceci sous peine d'encourir les pénalités prévues au point 19.1.1 du présent cahier spécial des charges.

Par le dépôt de son offre, le soumissionnaire reconnaît ainsi que toutes les données d'affiliation et de facturation qu'il aura collectées, constituées et conservées dans le cadre de l'exécution de ce marché public, et ceci aussi quelle que soit la forme ou le support, n'appartiennent pas au domaine du secret commercial de l'adjudicataire et donc que le pouvoir adjudicateur peut les rendre publiques à tout moment, sans accord préalable de l'adjudicataire, sans aucun dédommagement de quelque sorte que ce soit dans le chef de ce dernier.

⁸ 8 DECEMBRE 1992. - Loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel

Pour autant que ce soit nécessaire et pour l'application de la cession des données susmentionnées au pouvoir adjudicateur, le soumissionnaire cède au pouvoir adjudicateur, par le simple fait d'introduire son offre, les droits patrimoniaux ci-dessous dont il dispose ou dont il disposera sur toutes les créations qu'il réalise dans le cadre de l'exécution de ce marché public et qui sont en rapport avec les données d'achat, de vente, de commande et de facturation qu'il aura collectées, constituées et conservées durant l'exécution de ce marché et en particulier – et sans être exhaustif – les bases de connaissance, documents, bases de données ou toute autre base de données, indépendamment de la forme ou du support:

- le droit de reproduire ou de faire reproduire ;
- le droit de représenter ou de faire représenter les créations et leurs contenus ;
- le droit de traduire ou de faire traduire les créations et leurs contenus, en tout ou en partie, en toutes langues et de reproduire les résultats sur tout support ;
- le droit de distribuer ou de diffuser par tous les moyens les créations et leurs contenus ;
- le droit de faire tout usage et d'exploiter les créations et leurs contenus, pour les besoins de ses activités propres ou au bénéfice de tiers, à quelque titre que ce soit.

Par l'introduction de son offre, le soumissionnaire considère la cession comme définitive et reconnaît qu'il a tenu compte, dans le calcul des prix des fournitures et des prestations décrites dans les documents du marché, de la cession des droits et qu'en ce qui concerne la cession, il ne peut exiger, quelle qu'en soit la raison, un montant complémentaire.

12.1.4 Documents et statistiques pour le service dirigeant (CMS)

Sans préjudice des obligations mentionnées aux points 13.13 et 15.1, l'adjudicataire s'engage à transmettre les données suivantes au service dirigeant dans un ou plusieurs fichier(s) électronique(s) :

12.1.4.1 Annuellement :

- avant le 15 février de chaque année, une statistique globale des dommages et des primes de l'année précédente (première fois en 2019) ;
- annuellement et au plus tard fin juin de chaque année, un rapport comprenant les statistiques, les tendances et les informations permettant de suivre et d'évaluer le contrat. Ces informations doivent être transmises sur un support électronique (feuille de calcul compatible avec MS Windows). Ce rapport mentionne par service, entre autres, le nombre d'assurés par catégorie, un aperçu des primes reçues et un aperçu détaillé des dommages payés ;

12.1.4.2 Mensuellement :

- un aperçu des paiements des souscripteurs ;

12.1.4.3 Sur demande

- un examen détaillé avec la mention du nombre de personnes assurées par catégorie et par souscripteur, comme l'exemple suivant :

Formule de base			Formule étendue			Assurés secondaires				
Assuré principal	Assuré secondaire	Total formule de base	Assuré principal	Assuré secondaire	Total formule étendue	Enfant (avec allocation)	Enfant (sans allocation)	Adulte jusque 67 ans	Adulte de 67 à 71 ans	Adulte à partir de 72 ans

12.1.4.4 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.

De plus, le prestataire de services s'engage à transmettre au pouvoir adjudicateur 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, (voir également les points 12.1.1 et 12.1.2.)

12.1.5 Documents et statistiques 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 au **souscripteur, 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).

12.2 **e-Catalogue**

Le prestataire de services autorise le service dirigeant à publier les conditions du marché sur un site Internet avec accès protégé et fournit à cette fin les informations utiles.

13. DISPOSITIONS TECHNIQUES

Les soumissionnaires sont invités à remettre une offre conforme aux garanties décrites ci-après.

13.1 Article 1^{er} : Définitions

13.1.1 Prestataire de services

Voir point 3.6.

13.1.2 Souscripteur

Voir point 3.4.

13.1.3 Assurés - affiliés

Personnes physiques, assurés principaux ou assurés secondaires, qui ont souscrit à ce contrat.

Un contrat de travail comme Travailleur étudiant n'ouvre pas le droit à une affiliation à ce contrat.

13.1.3.1 Assurés principaux

- les membres du personnel statutaires et contractuels des services souscripteurs (y compris les stagiaires) qui souscrivent à la police d'assurance avant l'âge de 67 ans ;
- les membres du personnel détachés auprès d'un des souscripteurs affiliés ;
- les membres du personnel statutaires (stagiaires inclus), contractuels et détachés dont question ci-avant qui travaillent et séjournent à l'étranger ;
- les membres du personnel pensionnés des souscripteurs du contrat FORCMS-AV-046, pour autant qu'ils étaient déjà affiliés au contrat collectif avant l'âge de 67 ans ;
- tous les membres retraités du personnel des souscripteurs affiliés qui s'affilient dès le début au contrat-cadre, pour autant qu'ils profitent d'une assurance hospitalisation collective conclue à l'initiative d'un souscripteur affilié repris au tableau 2 du point 4.2. Les souscripteurs repris au tableau 3 du point 4.2, peuvent profiter de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés au plus tard le 31 décembre 2018.

13.1.3.2 Assurés secondaires

- 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 (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge) ;
- l'époux/épouse ou partenaire assimilé des membres du personnel retraités des services souscripteurs affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, pour autant qu'il (elle) était déjà affilié(e) au contrat avant l'âge de 67 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge) ;
- l'époux/épouse ou partenaire assimilé de membres retraités du personnel des souscripteurs affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, qui s'affilie au contrat-cadre dès son début, quel que soit son âge, pour autant qu'il (elle) bénéficie d'une assurance collective hospitalisation conclue à l'initiative d'un service souscripteur affilié repris au tableau 2 du point 4.2. Les souscripteurs mentionnés au tableau 3 du point 4.2 peuvent bénéficier de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés le 31 décembre 2018 au plus tard ;
- les enfants non mariés 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 ;

- en cas de décès de l'assuré donnant droit à l'affiliation, les assurés secondaires tels que le époux/épouse ou partenaire assimilé et ses enfants et petits-enfants à charge pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat aussi longtemps que l'assuré secondaire époux/épouse ou partenaire assimilé survivant ne remarie pas ou ne conclut pas un engagement similaire.

13.1.4 Maladie et accident

13.1.4.1 Maladie

Une altération de l'état de santé ayant une cause autre qu'un accident, reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.

13.1.4.2 Accident

Un événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré. L'accident doit être constaté par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où il se produit.

13.1.5 Franchise

Partie des frais qui, en tout état de cause, reste à charge de l'assuré uniquement dans le cadre de la formule étendue – chambre individuelle).

13.1.6 Hôpital et Etablissement de soins palliatifs

13.1.6.1 Hôpital

Un établissement public ou privé reconnu légalement comme hôpital ou comme établissement psychiatrique, à l'exclusion des services ou établissements médico-pédagogiques, des maisons de repos, des institutions gériatriques ou services destinés au simple hébergement des personnes âgées, des institutions ou services destinés au simple hébergement des enfants, des personnes convalescentes, ainsi que ceux ayant reçu une agrégation spéciale en tant que maison de repos ou de soins.

13.1.6.2 Établissement de soins palliatifs

Tout établissement de séjour agréé destiné à l'hébergement de personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans l'établissement, ainsi qu'un traitement palliatif qui suppose une observation, une surveillance et un suivi qui ne peuvent se réaliser que dans cet établissement.

13.1.7 Hospitalisation

Tout séjour médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend à la fois le séjour d'au moins une nuit et le concept « hospitalisation de jour » (one day clinic), c'est-à-dire qu'il est dérogé au critère de l'hospitalisation durant une nuit au moins, 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 des établissements hospitaliers ;
- 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.

En ce qui concerne les cures, une intervention n'est octroyée que pour autant que le traitement revête un caractère curatif, qu'il soit pratiqué dans un établissement satisfaisant aux conditions dont il est question ci avant et que le soumissionnaire ait marqué son accord par écrit avant le début du traitement.

En ce qui concerne la tuberculose, la garantie est également acquise pour les traitements en sanatorium et dans les établissements de soins pour tuberculeux.

13.1.8 Intervention légale

13.1.8.1 Pour les frais exposés en Belgique :

Tout remboursement prévu dans le cadre des législations belges relatives à l'assurance obligatoire maladie invalidité (régime des salariés), aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

13.1.8.2 Pour les frais exposés à l'étranger :

Tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut, un montant fictif égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

13.1.9 Coûts ambulatoires

Les soins médicaux indépendamment d'une hospitalisation lorsque l'assuré se déplace pour examen chez le prestataire de soins ou que le prestataire de soins de santé se rende chez l'assuré. Une assurance coûts ambulatoires intervient dans les frais médicaux non couverts par la mutualité.

13.1.10 Catégorie D

Les médicaments qui ne sont repris dans aucune des 7 catégories de remboursement⁹ 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.

⁹ <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/liste-specialites-pharmaceutiques-remboursables-categorie-remboursement.aspx#.WKwfQU8zXcs>

13.2 Article 2 : Accès à l'assurance

- a) Le soumissionnaire s'engage à assurer immédiatement, sans stage ni examen médical ni questionnaire de santé et sans aucune connaissance d'état préexistant, **tous les membres du personnel actifs ou retraités**, ainsi que les **membres de leur famille**, tels que visés au point 13.1, assurés jusqu'à la date précédant celle de l'entrée en vigueur du contrat via le contrat collectif d'assurance hospitalisation pour les agents fédéraux (FORCMS-AV-046 - prestataire de services AG Insurance). Le soumissionnaire s'engage, de même, pour les membres de la famille au sens du point 13.1, qui, jusqu'au jour qui précède la date d'entrée en vigueur du contrat, sont assurés via le contrat collectif pour l'assurance hospitalisation pour les agents fédéraux (FORCMS-AV-046) mais dont la personne qui donnait droit à l'affiliation est décédée avant l'entrée en vigueur de ce marché.
- b) Outre le cas énoncé au point a) ci-dessus, le soumissionnaire s'engage à assurer immédiatement, sans stage ni examen médical ni questionnaire de santé et sans aucune connaissance d'état préexistant, tous les membres du personnel actifs ou retraités, ainsi que les membres de leur famille, tels que visés au point 13.1, qui bénéficiaient jusqu'à la date précédant celle de l'entrée en vigueur du contrat d'une assurance hospitalisation conclue à l'initiative de leur service concerné et en vertu duquel ce service **s'engage pour la première fois en qualité de souscripteur** au contrat collectif fédéral, et ce, pour autant qu'ils s'affilient immédiatement au nouveau contrat à dater du jour où le contrat entre en vigueur dans le service concerné. Le soumissionnaire s'engage, de même, pour les membres de la famille au sens du point 13.1, qui, jusqu'au jour qui précède la date d'entrée en vigueur du contrat, bénéficient d'une assurance hospitalisation conclue à l'initiative de leur service concerné et en vertu duquel ce service s'engage pour la première fois en qualité de souscripteur au contrat collectif fédéral, et ce, pour autant qu'ils, à partir du jour de l'entrée en vigueur du contrat, s'affilient immédiatement au nouveau contrat, mais dont la personne qui donnait droit à l'affiliation est **décédée** avant l'entrée en vigueur de ce marché.

En ce qui concerne les **souscripteurs mentionnés au tableau 3** du point 4.2, cet engagement doit être pris, au plus tard, le 31 décembre 2018 et le soumissionnaire s'engage, mutatis mutandis, de même, comme mentionné sous a) et b).

- c) Outre les cas visés aux lettres a) et b) ci-dessus, les membres du personnel des services souscripteurs **en activité** ne sont soumis ni à un examen médical, ni à un questionnaire sur leur état de santé et aucune notion d'état préexistant ne leur sera réclamée, s'ils décident d'adhérer **dans un délai de trois mois** à compter de la date de début du contrat dans leur service ou de la date de leur recrutement statutaire ou contractuel dans un service affilié.
- d) Chaque assuré principal peut, quand il demande son adhésion, solliciter également dans les mêmes conditions que celles visées à la lettre c) ci-dessus, celle d'un ou de plusieurs membre(s) de sa famille dont question au point 13.1.
- e) En cas de modification dans la composition de la famille (mariage, naissance, nouveau cohabitant), l'assuré principal peut solliciter l'adhésion du nouveau membre de sa famille dans un délai de trois mois, et ce, aux mêmes conditions d'adhésion que celles énoncées ci-avant.

Un bébé est assuré dès la naissance à la condition qu'une demande d'affiliation ait été envoyée dans un délai de trois mois à compter de sa naissance.

Les dispositions visées au point 13.6 s'appliqueront à toute affiliation ne répondant pas aux critères énoncés ci-avant.

13.3 Article 3 : Garanties

13.3.1 Formule de base : chambre de deux personnes ou commune

L'assurance doit garantir le remboursement des frais de soins de santé mentionnés ci-dessous après déduction éventuelle des interventions légales et extralégales, mais sans qu'une franchise à charge de l'assuré ou du souscripteur ne soit appliquée.

13.3.1.1 Hospitalisation

En cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, le prestataire de services rembourse, **à concurrence des limites visées au point 13.4**, les frais de soins de santé pour autant qu'ils soient encourus pendant le séjour dans un hôpital agréé ou dans un établissement de soins palliatifs agréé. Doivent être couverts :

A. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale :

a) les frais de séjour, y compris les suppléments pour chambre à deux lits (il est explicitement précisé que les suppléments relatifs au séjour en chambre individuelle pour convenance personnelle ne sont pas pris en charge dans la formule de base) ;
b) les coûts des prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires pour chambre à deux lits et chambres communes (il est explicitement précisé que les honoraires et suppléments d'honoraires liés à l'occupation d'une chambre individuelle pour convenance personnelle ne sont pas pris en charge dans la formule de base) ;
c) les frais des prestations paramédicales ;
d) les frais de produits pharmaceutiques, de bandages et de matériel médical ;
e) les frais de chirurgie et d'anesthésie ;
f) les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement ;
g) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses médicales ainsi que d'appareils orthopédiques, pour autant que ces derniers aient été placés pendant l'hospitalisation et qu'ils affichent un lien direct avec l'hospitalisation ; Les prothèses revêtant un caractère purement esthétique ne sont pas remboursées ;
h) les frais de soins palliatifs, y compris les médicaments ;
i) les frais médicaux relatifs au nouveau-né encourus pendant l'hospitalisation de la mère et consécutifs à un accouchement couvert, en ce compris les frais médicaux relatifs à l'achat de cellules souches ;
j) le test de la mort subite.
k) chirurgie plastique de recouvrement suite à une maladie ou un accident assuré

B. Doivent également être couverts, qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale :

a) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale ;
b) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
c) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, et l'ostéopathie exécutée par un spécialiste agréé ;
d) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponibles dans le commerce non médical ;
e) le coût de l'hospitalisation du donneur en cas de transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé ;
f) les frais : <ul style="list-style-type: none"> - de transport approprié urgent vers l'hôpital ; - de transport approprié en cas d'hospitalisation, justifié pour raisons médicales ; - relatifs au service mobile d'urgence (SMUR) ;
g) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant mineur y compris, la minorité prolongée (rooming-in) ;
h) les frais mortuaires imputés sur la facture de l'hôpital.
i) les frais non remboursables de viscérosynthèse- et matériel d'endoprothèse

13.3.1.2 Pré- et post-Hospitalisation

Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 60 jours avant l'hospitalisation et de 180 jours après l'hospitalisation, affichant un lien direct avec le motif de ladite hospitalisation. Doivent être couverts pendant cette période :

A. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale :

a) les frais des prestations médicales dispensées suite à une visite ou une consultation d'un médecin ;
b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin
c) Les frais des soins médicaux du donneur qui sont liés directement à la transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé ;
d) les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin
e) les frais de prothèses médicales qui sont liés directement à la cause de l'hospitalisation ;
f) les frais afférents aux membres artificiels ;
g) les frais médicaux et de soins dans les centres de revalidation
h) médicaments

B. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale :

a) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, et l'ostéopathie exécutée par un spécialiste agréé ;
c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponibles dans le commerce non médical.

13.3.1.3 Maladies graves

En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, brucellose, typhus exanthématique, paratyphus, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeldt-Jacob, dystrophie musculaire progressive et colite ulcéreuse et la maladie d'Hachimoto, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier et affichant un lien direct avec la maladie. Doivent être couverts :

A. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale :

a) les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires ;
b) les frais des prestations paramédicales ;
c) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie ;
d) les frais de location de matériel divers ;
e) les médicaments.

B. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale :

a) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
b) Les traitements homéopathiques, chiropraxie, ostéopathie et acuponcture exécutée par un spécialiste agréé ;
c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponibles dans le commerce non médical ;
d) les frais de transport ;
e) tous les autres frais pour lesquels le prestataire de services a préalablement marqué son accord.

13.3.1.4 Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et soins obstétriques

Cette assurance doit 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 » sont également d'application, 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 de calendrier.

13.3.2 Formule étendue : chambre individuelle

Les **garanties** sont identiques à celles de la formule chambre individuelle ou commune (formule de base) sous réserve de ce qui suit :

- a) les suppléments relatifs tant aux frais de séjour qu'aux honoraires liés à l'occupation d'une chambre individuelle pour convenance personnelle jusqu'à concurrence de **trois fois le montant** de l'intervention légale sont couverts ;
- b) une franchise est appliquée (voir point 13.4).

13.3.3 Choix de la formule

L'assuré principal (ouvrant le droit à l'assurance) a le choix entre deux formules.

La formule choisie doit être identique pour lui et pour les membres de sa famille.

Ce choix est définitif. Toutefois :

- l'assuré qui a choisi la formule d'une chambre individuelle (formule étendue) peut opter pour la formule d'une chambre commune (formule de base) à l'échéance annuelle moyennant une demande explicite trois mois au moins avant ladite échéance annuelle ; ce transfert doit se faire pour tous les membres de la famille assurés sans exception ;
- l'assuré qui a opté pour la formule d'une chambre commune (formule de base) et qui souhaite passer à la formule d'une chambre individuelle (formule étendue) ne peut le faire qu'avec l'accord du prestataire de services. Si le prestataire de services accepte cette modification de la formule (qui vaut pour tous les membres assurés de sa famille), les dispositions visées au point 13.6, y compris les dispositions relatives au délai d'attente de 10 mois et l'exclusion des affections existantes s'appliqueront.

13.4 Article 4 : Limites d'intervention du prestataire de services

<p>a) Pour chaque prestation susmentionnée visée au point 13.3 donnant lieu à une intervention légale, la garantie du prestataire de services doit être accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.</p>
<p>b) Pour les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale (cf. points 13.3.1.1.B, 13.3.1.2.B et 13.3.1.3.B), la garantie doit être accordée à concurrence de 3.000,00 EUR par assuré et par année civile sous réserve de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant hospitalisé est limité à 50,00 EUR par nuit ; - les frais de transport liés aux maladies graves (point 13.3.1.3.B) sont limités à un plafond global de 125,00 EUR par personne et par année civile ; - une contribution de 50 % du coût de 1.250,00 EUR par personne et par année civile pour les traitements homéopathiques, l'acupuncture, l'ostéopathie ou chiropratique si il n'y pas indemnité légale pour ces caractéristiques de performance (applicable uniquement au point 13.3.1.3.B) ; - l'intervention pour les soins obstétriques est octroyée pendant tout au plus douze jours suivant la sortie de l'hôpital ou l'accouchement à domicile et jusqu'à maximum 820,00 EUR ; - l'intervention pour les frais d'accouchement à domicile s'élève à un montant forfaitaire de 620 EUR par accouchement.
<p>c) La franchise est fixée à 250 EUR par assuré et par année calendaire. Cette franchise n'est applicable que si l'assuré a fait le choix de la chambre individuelle (formule étendue). 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. Il n'y a pas de franchise en cas de maladie grave, dont la liste figure au point 13.3.1.3. Lorsqu'une même hospitalisation se déroule sur deux années civiles, la franchise n'est perçue qu'une seule fois. Lorsque plusieurs membres de la même famille, affiliés à l'assurance, sont hospitalisés en même temps suite à un accident, la franchise ne sera appliquée qu'une seule fois pour tous les membres de la famille et pas pour chaque membre séparément.</p>
<p>d) Pour les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention du prestataire de services n'est octroyée que pour des périodes de séjour successives ou non successives ne dépassant pas deux ans, à compter du premier jour qui donne droit à un remboursement.</p>

13.5 Article 5 : Exclusions

Ne tombent pas sous le couvert de l'assurance, les prestations résultant :

a)	d'un accident ou d'une maladie non contrôlable par examen médical ;
b)	d'un traitement esthétique ou de rajeunissement ; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge;
c)	de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré : <ol style="list-style-type: none"> 1. en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ces circonstances ou que l'assuré fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons alcooliques ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers ; 2. par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments
d)	de la stérilisation, et traitement contraceptif, sauf raison médicale urgente ;
e)	Insémination artificielle, conception in vitro et cures thermales;
f)	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 ;
g)	de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
h)	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 ;
i)	de la pratique de quelque sport que ce soit ;
j)	de l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
k)	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.

13.6 Article 6 : Procédure d'affiliation, délai d'attente et état préexistant

13.6.1 Affiliation

Les assurés principaux ainsi que les assurés secondaires auxquels ils ouvrent le droit à l'assurance s'affilient à la police d'assurance au moyen d'un formulaire d'affiliation ou via une liste communiquée par le service dirigeant au prestataire de services.

Pour les nouvelles affiliations, la couverture court à partir du premier jour du mois qui suit la réception du formulaire par le prestataire de services. La date d'envoi augmentée de trois jours calendaires est considérée comme date de réception.

Lors du décès d'un assuré principal, la couverture d'assurance peut être poursuivie pour les membres de la famille déjà affiliés. A cette fin, une demande écrite doit être adressée au prestataire de services dans un délai de trois mois qui suit l'échéance annuelle de la police. Si la demande est introduite dans les délais, l'assureur ne peut refuser le maintien de l'affiliation.

Le prestataire de services est tenu d'avertir les proches parents affiliés d'introduire une demande écrite de continuité endéans les trois mois après la date d'échéance annuelle de la police.

Les dispositions visées aux points 13.6.2 et 13.6.3 s'appliqueront à toute affiliation qui ne satisfait pas aux dispositions visées au point 13.2 :

13.6.2 Délai d'attente

L'affiliation ne produit ses effets qu'à compter du premier jour du mois suivant ou coïncidant avec l'échéance d'une période de 10 mois à partir de la date à laquelle la demande a été introduite et pour autant que l'état médical de la personne ait été accepté. Aucune prime n'est due durant la période entre la demande et l'affiliation effective.

13.6.3 Maladies ou affections existantes

Le remboursement des frais médicaux n'est pas accordé aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie ou de l'invalidité 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 au contrat, même si les premiers symptômes n'ont pas permis de poser un diagnostic précis.

Par dérogation à ce qui précède, sont toutefois garanties :

- a) l'affection, la maladie ou l'invalidité pour laquelle la victime était déjà couverte par une garantie similaire et pour autant qu'il n'y ait pas eu d'interruption d'assurance ;
- b) l'aggravation de l'affection, de la maladie ou de l'invalidité, pour autant que l'assuré soit affilié à la police depuis plus d'un an et n'ait fait l'objet durant cette période d'aucun acte médical résultant de ladite affection, de ladite maladie ou de ladite invalidité.

A l'exception des cas énumérés ci-dessus dans lesquels l'affiliation n'a pas été réalisée quand les conditions d'affiliation étaient satisfaites (affiliation tardive), aucune formalité médicale n'est appliquée (questionnaire sur la santé ou examen médical).

13.7 Article 7 : Primes

La couverture d'assurance hospitalisation et soins de santé prévue au présent contrat est assurée moyennant le paiement d'une prime annuelle par individu.

Lorsqu'un assuré principal ou secondaire atteint une limite d'âge qui le fait passer d'une catégorie à une autre, le tarif reste inchangé jusqu'à la fin de l'année civile. Il en est de même lorsqu'un assuré change de statut (« actif » à « non-actif ») (voir point 6.3).

Voir aussi les points 6.3, 8.3, 15.1 et 18.

13.8 Article 8 : Territorialité et terrorisme

Territorialité : Cette assurance doit être valable dans le monde entier (cf. point 13.1).

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).

13.9 Article 9 : Gestion des sinistres

L'assuré prend toute mesure utile pour prévenir et limiter les conséquences des sinistres.

L'assureur doit pour sa part mettre en œuvre les moyens utiles pour que l'assuré puisse régulariser la situation, au besoin.

Si l'assuré ne respecte pas une des obligations qui lui sont imposées dans cet article et qu'il en résulte des désavantages pour le prestataire de services, ce dernier peut obtenir une réduction de ses prestations en proportion des désavantages subis.

Le prestataire de services ne pourra refuser la couverture que dans les cas où l'assuré a manqué frauduleusement aux obligations telles que reprises dans le présent article.

En ce qui concerne le règlement du sinistre, les assurés doivent pouvoir utiliser deux systèmes. Outre le traitement classique dont il est question ci-après, l'assureur doit proposer le système du tiers payant avec utilisation d'une carte électronique.

Si le tiers payant n'est pas applicable, le règlement du sinistre est exécuté conformément au système classique. L'assuré prévient dès que possible le prestataire de services du sinistre au moyen des formulaires adéquats. Il joint à sa déclaration toute pièce utile, déclaration ou rapport comme preuve de la réalité et de l'importance de l'événement.

L'assuré fait parvenir à la compagnie d'assurances toutes les pièces originales (factures d'hôpitaux, remboursements de la caisse d'assurance maladie, reçus de pharmacies, etc.).

A la réception de ces documents, le prestataire de services paie à l'assuré le montant des frais après déduction :

- du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif équivalent lorsque l'assuré, pour quelque raison que ce soit, ne peut faire appel à une telle intervention ;
- du montant des autres remboursements déjà perçus ;
- du montant de la franchise contractuelle.

Le remboursement est exécuté dans un délai de 15 jours ouvrables à compter de la date de réception du dossier complet.

13.10 Article 10 : Modifications

13.10.1 Arrêt (sortie de service, décès, ...)

Le prestataire de services n'a pas le droit d'exclure, sur base individuelle, les assurés principaux et secondaires sauf dans les cas mentionnés ci-dessous :

A. Les assurés principaux :

Il est mis fin à la couverture individuelle des assurés principaux par :

- la résiliation volontaire du contrat à la demande de l'assuré principal, par lettre recommandée adressée au prestataire de services, au moins 3 mois avant la date d'échéance annuelle de la police;
- la fin ou la rupture du contrat ou des conditions de travail (statutaire) entre l'assuré principal et le service souscripteur ;
- le décès de l'assuré principal ;
- la fraude ou tentative de fraude par l'assuré principal ;
- la résiliation par l'assureur lors du non-paiement de la prime.

B. Les assurés secondaires :

Il est mis fin à la couverture individuelle des assurés secondaires par :

- la résiliation volontaire du contrat à la demande de l'assuré secondaire, par lettre recommandée adressée au prestataire de services, au moins 3 mois avant la date d'échéance annuelle de la police;
- décès de l'assuré secondaire ;
- lors de fraude ou tentative de fraude par l'assuré secondaire ;
- résiliation par l'assureur lors 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 assurés secondaires, tels que visés au point 13.1.

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 à l'art. 1er « 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 au prestataire de services dans un délai d'un mois à compter de cet évènement.

13.10.2 Mobilité et/ou changement de statut du membre du personnel

Si un membre du personnel qui est également assuré principal change de souscripteur et/ou de statut, la règle est que le contrat d'assurance continue de produire ses effets sans interruption, à condition qu'à la date de cette modification le membre du personnel bénéficie de l'assurance hospitalisation auprès du prestataire de service en vertu du présent cahier spécial des charges

Si le membre du personnel n'était pas affilié à l'assurance hospitalisation, il peut alors, dans un délai de trois mois à compter de la date de cette modification, s'affilier à l'assurance hospitalisation conclue en vertu du présent cahier spécial des charges, sans répondre à un questionnaire médical ni se soumettre à un examen médical. Le membre du personnel concerné pourra donc bénéficier des modalités visées au point 13.2.c).

13.11 Article 11 : Obligations des souscripteurs

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 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 ;
Pour les services publics repris au tableau 1, l'intervention pour des membres du personnel en service actif, ne peut pas être inférieure à 75 % de la prime de la formule de base.

13.12 Article 12 : Obligations de l'assuré :

L'assuré :

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

13.13 Article 13 : Obligations du prestataire de services :

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

A. Durant la phase de démarrage du nouveau contrat :

Le prestataire de services :

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

B. Durant la période du contrat :

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

Le prestataire de services :

- fournit les documents demandés au point 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 15 jours ouvrables ;
- demande la révision annuelle des prix au service dirigeant (voir point 18) ;
- soumet au service dirigeant les problèmes importants relatifs à l'interprétation ou aux litiges.

C. A la fin du marché:

Voir point 12.1.4.4.

13.14 Article 14 : 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.

A. Informations 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.

B. Conditions d'octroi

Ces avantages sont fournis tant à l'assuré principal qu'aux éventuels assurés secondaires¹⁰ si les conditions suivantes sont remplies :

- a) 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.
- b) 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.

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.

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.

- c) 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.

Le contrat individuel doit entrer en vigueur à la date à laquelle l'affiliation au contrat collectif de soins de santé est résiliée.

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.

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.

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

¹⁰ Cette terminologie est identique à celle du « coassuré » qui est mentionnée dans la loi du Loi du 20 juillet 2007

invoqué.

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.

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.

La garantie assurée de l'assurance individuelle est équivalente à celle du contrat collectif.

14. ÉVALUATION DES SERVICES PRESTÉS

Les services seront suivis lors de leur exécution par un représentant de chacun des services souscripteurs. L'identité de chaque représentant de ces services sera communiquée au prestataire de services au début de l'exécution des services.

Si, durant l'exécution des services, des anomalies sont constatées, celles-ci seront immédiatement signalées au prestataire des services par fax ou courriel confirmé ensuite par envoi recommandé. Le prestataire de services a l'obligation de corriger les services qui n'ont pas été dûment prestés.

15. FACTURATION – PAIEMENT

15.1 Facturation

Le prestataire de services joint un état détaillé des paiements à chaque facture. Toutes les factures doivent mentionner les données suivantes :

- numéro de compte en banque ;
- numéro de facture ;
- date de la facture ;
- date d'échéance ;
- numéro du cahier spécial des charges ;
- nom et adresse du client (par souscripteur).

Les factures relatives aux sommes prises en charge directement par les assurés principaux ou secondaires sont adressées directement aux familles ou personnes concernées.

La possibilité d'une prime trimestrielle doit être prévue pour les assurés qui en font la demande.

En ce qui concerne l'intervention dans la prime du souscripteur concerné¹¹, une facture globale annuelle est adressée à chaque service public souscripteur en fonction de l'intervention qui a été communiquée au prestataire de services.

Des factures intermédiaires peuvent être présentées pour les nouvelles affiliations, proportionnellement à la période de l'année encore à assurer.

15.2 Paiement

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 fautif 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.

16. MODIFICATIONS

L'adjudicataire ne peut pas adapter les conditions du contrat durant son exécution, sauf en cas de modifications légales impératives et avec l'accord du pouvoir adjudicateur.

17. OFFRES PROMOTIONNELLES – OPPORTUNITES

-

¹¹ L'intervention dans la prime des souscripteurs n'appartenant pas à la personne morale « État belge » dépend des conventions conclues au sein de leur administration.

A titre d'information : Cette intervention de l'employeur/souscripteur a été la suivante par le passé :

- Période avant 2010: 50% de la prime de la formule de base pour les membres du personnel actifs quelle que soit la formule choisie ;
- Période après 2010 (approuvé par le Conseil des Ministre du 27/01/2010 sur base de l'accord sectoriel) : 75% de la prime de la formule de base pour les membres du personnel actifs quelle que soit la formule choisie.

18. REVISION DE PRIX

L'adjudicataire est tenu de proposer au service dirigeant pour approbation la révision des prix (en plus ou en moins) et les nouveaux prix, par écrit, avant le 31 août de chaque année.

A compter du mois de janvier 2019, les primes seront adaptées au 1^{er} 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 1^{er} 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.

Ces indices¹² sont publiés le premier jour ouvrable du mois de juillet et ce depuis le 1^{er} juillet 2016 (base : 2015 = 100). Le calcul de la prime à l'année n est effectué comme suit:

18.1 Formule de base

Où:	$P_n = P_o \times (MI2(n-1) / MI2o)$
n:	l'année pour laquelle la révision de la prime est calculée
P _n :	le montant de la prime au cours de l'année n
P _o :	le montant de la prime en 2018
MI2(n-1):	indice médical global chambre double et commune ¹² de l'année n-1
MI2o:	indice médical global chambre double et commune de l'année 2017

18.2 Formule étendue

Où:	$P_n = P_o \times (MI1(n-1) / MI1o)$
n:	l'année pour laquelle la révision de la prime est calculée
P _n :	le montant de la prime au cours de l'année n
P _o :	le montant de la prime en 2018
MI1(n-1):	indice médical global chambre particulière ¹² de l'année n-1
MI1o:	indice médical global chambre particulière de l'année 2017

18.3 Frais ambulatoires (si d'application)

Où:	$P_n = P_o \times (MI3(n-1) / MI3o)$
n:	l'année pour laquelle la révision de la prime est calculée
P _n :	le montant de la prime au cours de l'année n
P _o :	le montant de la prime en 2018
MI3(n-1):	indice médical soins ambulatoires ¹² de l'année n-1
MI3o:	indice médical soins ambulatoires de l'année 2017

18.4 Soins dentaires (si d'application)

Où:	$P_n = P_o \times (MI4(n-1) / MI4o)$
n:	l'année pour laquelle la révision de la prime est calculée
P _n :	le montant de la prime au cours de l'année n
P _o :	le montant de la prime en 2018
MI4(n-1):	indice médical soins dentaires ¹² de l'année n-1
MI4o:	indice médical soins dentaires de l'année 2017

¹² http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/economie/secteur_sante/

19. PENALITES ET LITIGES

19.1 Pénalités

19.1.1 A l'égard du service dirigeant

Etant donné qu'aucun montant total du marché ne peut être déterminé au début du marché et ce pour les mêmes raisons que celles évoquées au point 11, il est dérogé aux articles 45 et 72 des RGE en ce qui concerne les pénalités pour les infractions aux obligations prévues dans ce cahier spécial des charges à l'égard du service dirigeant.

Si aucune justification n'a été acceptée ou transmise dans le délai exigé, ces infractions sont sanctionnées de plein droit par une pénalité de 50,00 € par jour de calendrier de non-exécution.

Etant donné, qu'en principe, l'adjudicataire n'a pas de montant exigible à l'égard du service dirigeant, le montant de cette pénalité sera retenu sur le cautionnement.

19.1.2 A l'égard du client commandeur

En ce qui concerne les infractions aux obligations prévues dans ce cahier spécial des charges à l'égard du client commandeur, les dispositions des RGE restent intégralement d'application pour autant qu'il n'y soit pas dérogé ailleurs dans ce cahier spécial des charges et que cette pénalité soit infligée par le client commandeur et calculée sur le montant de la commande.

19.2 Litiges

Toutes les contestations relatives à l'exécution du marché seront réglées exclusivement par les tribunaux compétents de l'arrondissement judiciaire de Bruxelles.

La langue utilisée est le néerlandais ou le français.

20. ANNEXES

- Formulaire(s) d'offre « FORCMS-AV-100-formulaire.xlsx ».

APPROUVÉ
Bruxelles, 28-04-2017

Steven VANDEPUT,
Ministre de la Défense, chargé de la Fonction publique