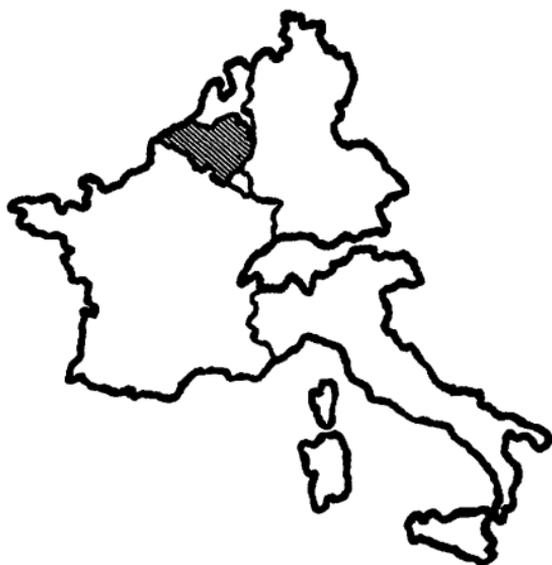


COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS



Guide n° 1 — Belgique

**Assurance maladie-maternité des travailleurs
immigrant en Belgique avec leur famille**

COMMUNAUTE ECONOMIQUE EUROPEENNE

**COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA
SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

**Assurance maladie-maternité des travailleurs
immigrant en Belgique avec leur famille**

Guide n° 1 — Belgique

SOMMAIRE

	Pages
1. INTRODUCTION - GENERALITES - ORGANISMES COMPETENTS	7
11. Introduction	7
12. Généralités	8
13. Organismes assureurs	9
14. Carnet de membre	11
15. Membres de la famille bénéficiaires	12
16. Mutations	13
2. COTISATIONS	14
21. Pour le travailleur occupé	14
22. Pour le travailleur en chômage	14
23. Remise des documents de cotisation	15
24. Compléments de cotisation	15
25. Fin de l'assurance	15
3. MALADIE	16
31. Stage	16
32. Visites médicales — Médicaments	17

	Pages
33. Soins spéciaux	18
34. Délai d'introduction de demandes de remboursement	19
35. Incapacité de travail	19
4. MATERNITE	20
41. Grossesse	20
42. Repos de grossesse	21
43. Indemnités de repos d'accouchement	21
5. DECES (Indemnité funéraire)	22
6. CONTROLE-ABUS-SANCTIONS- REFUS DES PRESTATIONS	22
61. Contrôle	22
62. Abus et sanctions	23
63. Refus des prestations	24
7. ASSURANCES FACULTATIVES	25
71. Assurance complémentaire	25
72. Assurance continuée	25
73. Assurance libre	26
8. LITIGES - RECOURS	27
9. SEJOUR A L'ETRANGER	27

1. INTRODUCTION - GENERALITES - ORGANISMES COMPETENTS

11. Introduction

Le présent guide constitue un résumé des dispositions de la législation belge et des dispositions des règlements n° 3 et n° 4 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, applicables sur le territoire de la Belgique, en matière d'assurance maladie, maternité, décès (indemnité funéraire).

Il est destiné aux travailleurs

— ressortissants de l'un des Etats de la Communauté économique européenne: Belgique, France, république fédérale d'Allemagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas;

— apatrides ou réfugiés,

qui viennent occuper un emploi salarié en Belgique et y résider.

Il ne concerne pas:

— les gens de mer, bateliers rhénans ou travailleurs des transports internationaux qui bénéficient de régimes particuliers,

— les travailleurs frontaliers, saisonniers ou détachés pour lesquels il existe des dispositions spéciales (pour les travailleurs détachés, voir Guide n° 4, *Détachement*).

En outre, l'attention est appelée sur les points suivants :

— *les indications données dans le présent guide concernent le cas où l'assuré vient en Belgique avec sa famille.* Si celle-ci continue à résider dans un autre pays de la Communauté économique européenne, il y a lieu de consulter le Guide n° 5 établi pour ce pays ;

— *en cas de transfert de résidence ou de séjour temporaire dans un autre pays de la Communauté économique européenne, il convient de consulter le Guide n° 3, Transfert de résidence ou le Guide n° 2, Séjour temporaire.*

12. Généralités

En Belgique :

a) les travailleurs étrangers sont assurés obligatoirement dans les mêmes conditions que les travailleurs belges. Ils bénéficient des mêmes prestations d'assurance, ainsi que leur famille, s'ils ont leur résidence en Belgique ;

b) les travailleurs salariés ou assimilés sont obligatoirement assujettis à la sécurité sociale quel que soit le montant de leur rémunération, même si celle-ci est élevée. Toutefois, les travailleurs domestiques, sauf ceux occupés sur le territoire des cantons d'Eupen, Malmédy et Saint-Vith, ne sont pas assujettis à la sécurité sociale ;

c) les ouvriers et les employés font partie des mêmes organismes.

Tout renseignement peut être obtenu auprès de l'organisme national : *Fonds national d'assurance maladie-invalidité (F.N.A.M.I.)* 211, avenue de Tervueren, Bruxelles (15)

13. Organismes assureurs

Pour obtenir les prestations de l'assurance, le travailleur doit demander son inscription auprès d'un des organismes chargés de l'octroi des prestations.

Toutefois, la personne de nationalité étrangère qui vient travailler et s'installer en Belgique pour la première fois doit obligatoirement se faire inscrire à l'office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité de la province dans laquelle elle habite.

Ces offices régionaux sont établis aux adresses suivantes :

BRABANT

Bruxelles (4), rue des Deux Eglises, 24

HAINAUT

Mons, rue de la Grande Triperie, 21

Charleroi, Boulevard Joseph II, 48

LIEGE

Liège, rue des Augustins, 17

Eupen, rue Neuve, 42

Malmédy, rue Derrière la Vaulx, 23

LUXEMBOURG

Arlon, rue Netzer, 20

NAMUR

Namur, rue Delvaux, 30

ANVERS

Anvers, Huis van den Arbeid, Pelikaanstraat, 48

FLANDRE OCCIDENTALE

Bruges, Huis van den Arbeid, Spanjaardstraat, 15

Mouscron, O.N.P.C., rue du Midi, 61

FLANDRE ORIENTALE

Gand, Lange Steenstraat, 33

LIMBOURG

Hasselt, Runxtersteenweg, 75A

Eisden, Verlengde Pauwengraad, 115

Waterschei, Cecilweg, 8

L'inscription à l'office régional doit être demandée aussi rapidement que possible après l'arrivée en Belgique, par le travailleur lui-même. En Belgique, l'employeur n'intervient pas dans ces formalités.

Après une période d'affiliation de trois mois, l'intéressé peut, s'il le désire, choisir un des autres organismes en demandant sa mutation (voir rubrique 16, Mutations).

Ces autres organismes, qui possèdent des bureaux provinciaux, régionaux et locaux, dont le nom et l'adresse peuvent être obtenus aux adresses suivantes, sont:

Alliance nationale des mutualités chrétiennes,
127, rue de la Loi, Bruxelles (4)

Union nationale des fédérations mutualistes neutres de Belgique,
14, avenue de la Couronne, Bruxelles (5)

*Union nationale des mutualités socialistes,
22-24, rue de l'Abbaye, Bruxelles (5)*

*Ligue nationale des fédérations mutualistes libérales de
Belgique,
116, rue de Livourne, Bruxelles (5)*

*Union nationale des fédérations de mutualités professionnelles
de Belgique,
13, rue Boduognat, Bruxelles (4)*

14. Carnet de membre

Lors de l'inscription auprès d'un organisme, un carnet de membre sera remis à l'assuré.

Le carnet de membre sera présenté à l'organisme ou à son délégué pour toute remise de documents de cotisation, de certificats d'incapacité de travail, d'attestation de repos d'accouchement et demande de remboursement de soins de santé.

Au cas où des documents seraient envoyés par la poste, il y a lieu d'y joindre le carnet de membre.

Tout carnet perdu ou détérioré sera remplacé à charge de l'assuré.

Le carnet de membre est la propriété de l'assuré et doit rester en sa possession même lorsqu'il change d'organisme ou qu'il n'est plus assuré obligatoire.

Conservez-le soigneusement, il peut servir à l'avenir pour prouver votre assujettissement et la remise des documents de cotisation dont il constitue le reçu.

15. Membres de la famille bénéficiaires

a) Membres de la famille résidant en Belgique:

Seuls les bénéficiaires inscrits au carnet de membre peuvent être soignés à charge de l'assurance.

Comme personnes faisant partie du ménage peuvent être inscrits s'ils vivent avec l'assuré:

- l'épouse,
- les enfants qui ne travaillent pas,
- les ascendants des deux époux,
- les frères et sœurs des deux époux s'ils sont à leur charge.

Diverses situations particulières étant à envisager et certaines conditions devant être remplies, il convient de s'informer pour chaque cas auprès de l'organisme où vous êtes inscrit.

b) Membres de la famille résidant à l'étranger:

Si des membres de la famille n'habitent pas en Belgique avec l'assuré mais résident en France, en Italie, aux Pays-Bas, au Luxembourg ou sur le territoire de la république fédérale d'Allemagne, ils peuvent bénéficier des soins de santé prévus par la législation de leur pays de résidence.

Cette possibilité n'existe que pour autant que l'un des membres de la famille n'exerce pas dans le pays de résidence une activité professionnelle ouvrant droit aux soins de santé. En outre, cette possibilité n'existe que pendant les trois premières années du séjour de l'assuré en Belgique, sauf s'il occupe un emploi temporaire ou si les membres de sa famille résident en France, au Luxembourg ou aux Pays-Bas.

Pour permettre aux membres de sa famille de bénéficier de ces mesures:

1) lorsqu'ils résident dans la république fédérale d'Allemagne, l'assuré demande à son organisme assureur un formulaire E 37, en quatre exemplaires et les transmet aux membres de sa famille qui présenteront ces documents à l'organisme d'assurance-maladie de leur résidence;

Pour de plus amples informations: voir Guide n° 5, *Allemagne (R.F.)*;

2) lorsqu'ils résident en France, en Italie, au Luxembourg ou aux Pays-Bas, les membres de la famille présenteront à l'institution de leur lieu de résidence:

— soit, chaque mois, le récépissé du versement des allocations familiales;

— soit, chaque trimestre, un document prouvant qu'ils sont à la charge principale de l'assuré.

Pour de plus amples informations: voir Guide n° 5 du pays de résidence de la famille.

Remarque: que les membres de la famille habitent ou non avec l'assuré en Belgique, toute modification dans la composition de la famille ou dans la situation d'un de ses membres doit être signalée immédiatement à l'organisme assureur.

16. Mutations

C'est seulement à la fin de chaque trimestre que l'assuré est autorisé à changer d'organisme assureur en respec-

tant les clauses réglementaires concernant les mutations individuelles. La demande de mutation doit être adressée, avant le 20 du dernier mois du trimestre, au nouvel organisme assureur auquel l'assuré désire s'affilier. Cet organisme donnera volontiers tout renseignement au sujet des formalités à accomplir.

2. COTISATIONS

21. Pour le travailleur occupé

La cotisation pour l'assurance maladie-invalidité est retenue sur le salaire par l'employeur qui y ajoute la partie de cotisation à sa charge.

Les retenues faites sur le salaire comprennent les cotisations pour l'ensemble de la sécurité sociale et sont indivisibles.

L'assuré doit recevoir de son employeur un *bon de cotisation* :

- a) à la fin de chaque trimestre;
- b) lorsqu'il quitte son employeur.

22. Pour le travailleur en chômage

L'Etat alloue à l'assurance maladie-invalidité un subside tenant lieu de cotisation pour les chômeurs. L'assuré chômeur doit recevoir une attestation de chômage du bureau chargé du paiement des allocations de chômage :

- a) à la fin de chaque trimestre;
- b) au moment où il cesse de se soumettre au contrôle

des chômeurs soit, parce qu'il a repris le travail, soit par suite de maladie.

23. Remise des documents de cotisation

Les bons de cotisation et les attestations de chômage doivent être remis *immédiatement* par l'assuré à l'organisme auquel il s'est inscrit. Ces documents n'ont aucune valeur s'ils ne sont pas remis à l'organisme intéressé. Ils sont considérés comme périmés trois mois après l'expiration de la période à laquelle ils se rapportent, ce qui entraîne la perte du bénéfice des prestations de l'assurance pour cette période. Les documents doivent cependant être remis après cette période, pour éviter l'accomplissement d'un nouveau stage.

24. Compléments de cotisation

Des cotisations complémentaires doivent être payées par le travailleur lorsque la valeur des documents de cotisation n'atteint pas le minimum fixé par voie de règlement. Elles doivent être versées au plus tard six mois après l'expiration du trimestre auquel se rapportent les documents dont la valeur est insuffisante.

Si le paiement est effectué après ce délai, mais dans l'année, le complément sera doublé.

Le non-paiement entraîne la perte du droit aux prestations.

25. Fin de l'assurance

Le travailleur qui, pendant une période ininterrompue d'au moins 12 jours ouvrables, est absent de son travail

pour des raisons autres que le chômage contrôlé, l'incapacité de travail ou les vacances annuelles, perd sa qualité d'assuré obligatoire et le droit aux prestations de l'assurance.

Si plus tard il redevient assuré obligatoire, il devra faire à nouveau le stage dont question à la rubrique 31.

Voir aussi les rubriques 72 (Assurance continuée) et 73 (Assurance libre).

3. MALADIE

31. Stage

Pour avoir droit aux prestations il faut avoir accompli :

- pour les assurés âgés de plus de 25 ans, un stage de six mois comprenant au moins 120 jours de travail ;
 - pour les assurés âgés de moins de 25 ans, un stage de trois mois comprenant au moins 60 jours de travail
- et avoir remis pour les mêmes périodes des documents de cotisation d'une valeur minimum.

Pour les travailleurs qui, avant de travailler en Belgique, ont été occupés dans un autre pays membre de la Communauté économique européenne — France, Italie, Pays-Bas, Luxembourg, république fédérale d'Allemagne — les périodes d'assurance effectuées dans ce pays peuvent, en application du règlement n° 3 de la C.E.E., être prises en compte pour déterminer si le stage est accompli, à condition que l'interruption entre les deux affiliations ne soit pas supérieure à un mois. Ils produiront à cet effet

le formulaire E 4. Ce formulaire leur a été normalement délivré par l'organisme compétent du pays où ils ont été occupés avant leur venue en Belgique. S'ils ne possèdent pas ce document, l'organisme belge le demandera à l'organisme auprès duquel ils étaient affiliés dans le pays qu'ils viennent de quitter.

32. Visites médicales - Médicaments

L'assuré a le *libre choix* parmi les médecins, médecins spécialistes, dentistes et pharmaciens.

Lors d'une visite médicale ou d'une consultation, l'assuré présentera au médecin son carnet de membre (la feuille de maladie n'existe pas en Belgique).

Il devra payer directement au médecin les honoraires réclamés, recevra une quittance et obtiendra l'intervention réglementaire de son organisme contre remise de cette quittance.

Le médecin délivre généralement une prescription sur laquelle il y a lieu de coller une étiquette permettant l'identification de l'organisme et de l'assuré. Celui-ci aura reçu un certain nombre d'exemplaires de cette étiquette de son organisme assureur.

La prescription doit être présentée avec le carnet de membre au pharmacien pour obtenir les produits pharmaceutiques prescrits.

Dans certaines localités le médecin délivre lui-même les médicaments. L'assuré paie donc au médecin, en plus des honoraires, les médicaments délivrés et obtient l'intervention réglementaire de son organisme contre remise

de la quittance délivrée par le médecin. Il est possible que certains médecins ne réclament à l'assuré que le paiement de la partie des honoraires, et éventuellement des médicaments, qu'il doit supporter personnellement.

Dans ce cas, son organisme ne lui remboursera rien, mais paie directement au médecin la partie des frais à charge de l'assurance.

Il se peut également que le pharmacien réclame le paiement complet des médicaments délivrés et remette une quittance avec copie de l'ordonnance. Sur remise de ces documents l'organisme remboursera à l'assuré la partie du coût que l'assurance prend à sa charge.

A noter que l'assurance n'intervient pas dans le coût des spécialités non admises.

33. Soins spéciaux

Pour les soins spéciaux tels que opérations chirurgicales, hospitalisation, examens techniques et radiologiques, analyses de laboratoire, prothèses, bandages, appareils orthopédiques, rayons, etc., l'assuré doit obtenir l'*autorisation préalable* du médecin-conseil de son organisme.

Pour les opérations chirurgicales urgentes ou pour les hospitalisations pour lesquelles l'autorisation n'a pu être demandée, il y a lieu d'en aviser le médecin-conseil de son organisme dans les 48 heures qui suivent l'opération chirurgicale ou l'hospitalisation.

Pour les soins spéciaux, il est utile de se renseigner préalablement auprès de son organisme. Celui-ci est en

mesure d'indiquer aux assurés comment ils pourront obtenir les soins aux tarifs les plus favorables.

34. Délai d'introduction de demandes de remboursement

Les demandes de remboursement de soins de santé doivent être introduites *au plus tôt* auprès de l'organisme assureur. Après un délai d'un an plus aucun remboursement ne pourra être accordé.

35. Incapacité de travail

Dès que l'assuré est incapable de travailler, l'*avis d'arrêt de travail*, dont il possède un exemplaire, dûment rempli par le médecin traitant, doit être remis ou envoyé immédiatement et au plus tard dans les 3 jours au médecin-conseil à l'adresse qui est imprimée sur le formulaire.

Tout retard dans la remise du certificat entraîne une perte de jours indemnisés.

La déclaration de l'incapacité de travail à l'employeur n'est pas valable pour l'assurance maladie.

Même lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident du travail, il est utile de prévenir son organisme assureur par un avis d'arrêt de travail.

Le médecin-conseil constate l'incapacité, en fixe la durée et en avise l'assuré. L'assuré doit se présenter aux examens de contrôle pour lesquels il est convoqué ou justifier son absence.

Il sera appliqué une carence de trois jours ouvrables à chaque période d'incapacité de travail. Les jours pour lesquels l'employeur est tenu de payer la rémunération ne sont pas indemnisés par l'assurance.

L'indemnité journalière est accordée pendant six mois au maximum et représente approximativement 60% du salaire limité au montant journalier sur lequel les cotisations de sécurité sociale sont retenues par l'employeur pour les ouvriers.

Cette indemnité est réduite approximativement à 20% lorsqu'un assuré sans charge de famille est hospitalisé. Les membres de la famille résidant dans l'un des autres pays de la Communauté peuvent être considérés comme étant à charge.

4. MATERNITE

41. Grossesse

Il est à conseiller de signaler la grossesse de l'assurée, de l'épouse ou de la fille aussi rapidement que possible à l'organisme d'affiliation.

L'indemnité de layette n'est accordée que si la femme a fréquenté la consultation prénatale au cours des 3^e, 7^e, 8^e et 9^e mois de la grossesse. Après l'accouchement, une consultation entre la 2^e et la 6^e semaine est exigée.

42. Repos de grossesse

La femme assurée enceinte qui a accompli le stage (voir rubrique 31, Stage) et qui cesse le travail pour se reposer à partir du 5^e mois de grossesse conserve sa qualité d'assurée. La déclaration du repos de grossesse doit se faire dans les 24 heures qui suivent la cessation du travail; cette déclaration se fera par la remise d'un certificat médical indiquant la date probable de l'accouchement, et d'une attestation émanant de l'employeur qui confirme que l'intéressée a cessé le travail.

43. Indemnités de repos d'accouchement

La femme assurée qui a accompli le stage (voir rubrique 31, Stage) et qui est assurée depuis 10 mois au moins à la date de l'accouchement, obtient une indemnité journalière de repos d'accouchement pour une période de *six semaines avant et six semaines après l'accouchement*, à condition que l'intéressée ait cessé tout travail pendant cette période.

Seuls les accouchements survenus après le 181^e jour de grossesse donnent droit à cette indemnité.

Les indemnités de repos d'accouchement prénatal ne sont dues qu'à partir du jour où l'intéressée a remis à son organisme assureur un certificat d'un médecin ou d'une accoucheuse déterminant la date probable de l'accouchement. Après la naissance une attestation de naissance doit être remise à l'organisme.

Les indemnités de repos d'accouchement ne sont pas payées pour les jours pour lesquels l'employeur est tenu de payer la rémunération.

L'indemnité de repos d'accouchement représente environ 60% du salaire limité au montant journalier sur lequel les cotisations de sécurité sociale sont retenues par l'employeur pour les ouvriers.

5. DECES (Indemnité funéraire)

Lors du décès d'un assuré qui a accompli le stage (voir rubrique 31, Stage) ses ayants droit peuvent obtenir une indemnité funéraire sur production d'un extrait de l'acte de décès à délivrer à l'organisme assureur auprès duquel l'assuré était affilié.

L'indemnité funéraire représente environ 30 fois le salaire journalier limité au montant sur lequel les cotisations de sécurité sociale sont retenues par l'employeur pour les ouvriers.

6. CONTROLE - ABUS - SANCTIONS - REFUS DES PRESTATIONS

61. Contrôle

L'assuré a le devoir de se soumettre aux contrôles administratif et/ou médical de l'organisme auquel il est affilié et du Fonds national d'assurance maladie-invalidité.

62. Abus et sanctions

Toute infraction commise par l'assuré ou un membre de sa famille peut entraîner, de la part de son organisme assureur, une sanction sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles.

Des sanctions allant jusqu'à huit mois de suspension de prestations sont prévues pour les assurés qui bénéficient frauduleusement d'indemnités d'incapacité.

Des sanctions d'importance variable seront appliquées lorsqu'il s'agit d'assurés qui ont causé ou tenté de causer un préjudice pécuniaire à l'assurance, se sont rendus coupables d'injures ou de voies de fait contre une personne appartenant à l'administration de l'assurance, n'ont pas déclaré leurs ressources, se livrent à un travail non autorisé même non rémunéré, font de fausses déclarations, falsifient des documents, n'observent pas les prescriptions médicales, se trouvent en état d'ivresse, sont exclus d'un établissement hospitalier pour mauvaise conduite ou l'ont quitté sans autorisation du médecin, n'ont pas informé leur organisme dans les trois jours de la fin de leur incapacité (guérison), ont utilisé un moyen de transport dont l'usage leur a été interdit, refusent de se conformer aux mesures de contrôle imposées par leur organisme.

Cette liste n'est pas limitative.

Des dérogations peuvent être accordées dans certains cas (s'adresser au préalable à l'organisme auquel on est affilié).

63. Refus des prestations

Les prestations ne sont pas octroyées pour les dommages résultant de :

- blessures ou maladies intentionnelles,
- accidents de travail,
- maladies professionnelles,
- accidents causés par l'ivresse,
- accidents entraînant la responsabilité civile d'un tiers,
- états résultant de fait de guerre,
- accidents survenus :
 - en effectuant des travaux lucratifs donnant lieu à l'assujettissement au régime des allocations familiales pour non salarié,
 - à l'occasion d'un exercice physique pratiqué au cours ou en vue d'une compétition ou exhibition,
 - dans une infraction qui a entraîné pour la victime du dommage une condamnation définitive comme auteur ou complice,
 - à un moment où l'intéressé se trouvait sous la discipline d'une institution d'enseignement ou d'éducation quelconque ou d'une organisation de jeunesse, de sport ou d'agrément.

Dans chaque cas l'assuré doit toutefois prévenir immédiatement son organisme assureur. Dans certains cas il peut recevoir les prestations de l'assurance à titre provisionnel.

7. ASSURANCES FACULTATIVES

71. Assurance complémentaire

Tous les organismes assureurs, sauf les offices régionaux de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, organisent pour les assurés une assurance complémentaire.

Cette assurance prévoit, contre paiement d'une cotisation d'un montant variable mais assez minime, l'octroi de certains avantages complémentaires aux prestations de l'assurance obligatoire.

Ces avantages varient d'un organisme à l'autre, mais comprennent presque toujours une indemnité funéraire en cas de décès d'un membre de la famille et le transport des malades par ambulance.

L'adhésion à cette assurance complémentaire est facultative dans certains organismes et obligatoire dans d'autres.

Des renseignements détaillés sont à demander par l'assuré lors de son inscription (voir rubrique 13, Organismes assureurs).

72. Assurance continuée

Afin de sauvegarder ses droits vis-à-vis de l'assurance maladie-invalidité, l'assuré doit avertir son organisme assureur s'il lui arrive de ne plus exercer une profession assujettie à la sécurité sociale et s'il n'émerge pas au chômage.

L'organisme doit être averti de cette situation dans les 12 jours.

Des indications seront données à l'assuré pour régulariser sa situation.

Il est notamment possible dans certains cas d'être admis, moyennant paiement d'une cotisation, en assurance continuée, ce qui permet de continuer à bénéficier des soins de santé et évite de devoir recommencer un stage lorsque ultérieurement l'intéressé redevient assuré obligatoire.

73. Assurance libre

L'assuré obligatoire qui n'exerce plus une profession assujettie à la sécurité sociale et ne remplit pas ou plus les conditions pour être repris en « assurance continuée » a tout intérêt à s'affilier à l'« assurance libre ». Il en est de même pour les membres de la famille qui ne peuvent pas ou plus être considérés comme bénéficiaires de l'assuré et n'exercent pas une profession assujettie.

L'assurance libre est organisée par tous les organismes assureurs mais n'existe pas dans les offices régionaux de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

L'assurance libre procure, moyennant paiement d'une cotisation variable d'un organisme à l'autre, pratiquement les mêmes prestations en soins de santé que l'assurance obligatoire. En matière d'indemnités journalières la différence est beaucoup plus sensible.

L'adhésion à l'assurance libre, dès la perte de la qualité d'assuré obligatoire, permet de bénéficier sans interrup-

tion des soins de santé. Ceci vaut également dans l'éventualité où l'assuré redeviendrait assuré obligatoire.

Des renseignements détaillés peuvent être obtenus auprès de l'organisme auquel l'assuré est affilié en qualité d'assuré obligatoire.

8. LITIGES - RECOURS

Lorsque l'assuré n'est pas d'accord avec son organisme au sujet d'une décision prise par ce dernier, il peut introduire une réclamation adressée à la commission de réclamations en matière d'assurance maladie-invalidité.

L'adresse de la commission est généralement mentionnée dans la lettre par laquelle la décision est notifiée à l'assuré.

Cette réclamation doit être motivée et signée par l'assuré, et être introduite par lettre recommandée à la poste au plus tard le 30^e jour qui suit la date à laquelle la décision de l'organisme lui a été notifiée.

9. SEJOUR A L'ETRANGER

En principe, les prestations en espèces ne sont accordées qu'à des personnes résidant en Belgique et le remboursement de soins n'est possible que lorsqu'ils ont été prestés en Belgique.

Toutefois, certaines exceptions sont admises. Avant tout départ pour l'étranger, il y a lieu de se renseigner auprès de l'organisme où l'assuré est inscrit.

AVIS TRES IMPORTANT

Le texte ci-dessus ne constitue pas un exposé complet des dispositions légales ou réglementaires. Il ne reprend que des dispositions générales et l'on ne peut donc en tirer des conclusions définitives pour la solution de cas d'espèce.

Dès lors, afin de vous éviter toute déconvenue, adressez-vous à votre organisme assureur pour tous renseignements au sujet de votre cas.

SERVICES DES PUBLICATIONS DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES
8008*/1/III/1961/5