

Je travaille en Belgique...

Mes soins de santé



FGTB



MGEN

Mutuelle Générale
de l'Éducation Nationale



En travaillant en Belgique, vous y payez des cotisations sociales, via votre employeur. Vous êtes donc assuré par la sécurité sociale belge.

Si en France, ce sont les **Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)** qui gèrent l'ensemble de vos soins de santé, en Belgique, ce sont les **mutualités** qui en ont la charge.

Vous devez vous inscrire **sans délai** auprès d'une mutualité belge.

Mutualité Socialiste du Luxembourg

Pour connaître nos différents points de contact
www.mslux.be



Dès votre inscription effective, votre mutualité belge vous envoie le document **S1** (ancien **E106**). Celui-ci est à remettre à votre **Caisses Primaires d'Assurance Maladie** afin de maintenir votre couverture soins de santé en France.



En tant que résident français travaillant en Belgique, vous avez la possibilité de vous faire soigner tant en France qu'en Belgique.



Vous recevez une carte de sécurité sociale belge, appelée **carte ISI +**. Celle-ci vous sert lorsque vous vous rendez dans une pharmacie ou à l'hôpital en Belgique.

Votre mutualité vous délivre également des vignettes. Il est conseillé d'en apposer sur tout document renvoyé à votre mutualité belge et sur tout document utilisé dans les institutions de soins belges.



Quelles différences entre une mutualité belge et une mutuelle française ?

Il est important de faire la distinction entre **votre mutuelle complémentaire française** et **votre mutualité belge** : leurs rôles sont bien différents.

Votre **mutualité belge** gère votre sécurité sociale de base en matière de santé. Il s'agit d'une assurance obligatoire, financée par vos cotisations sociales.

Elle est indispensable pour vos remboursements de soins de santé reçus en dehors de la France, lors d'une incapacité de travail ou d'une maternité.

Votre **mutuelle française** intervient à titre complémentaire sur les remboursements de vos soins de santé. Cette assurance reste facultative.

Elle peut intervenir après la prise en charge de votre mutualité belge ou de votre **CPAM**.



Les membres de votre famille sont-ils couverts par votre mutualité belge ?

C'est votre **CPAM** qui détermine quel membre de votre famille est repris à votre charge. Les possibilités sont différentes selon votre situation familiale.

Si un membre de votre famille doit être repris à votre charge, votre **CPAM** en avertira votre mutualité belge (à l'aide du document **S1**) qui agira en conséquence.

Les personnes inscrites à votre charge reçoivent également une carte **ISI+** et des vignettes.

Ils ont donc la possibilité de se faire soigner tant en France qu'en Belgique.



Qui vous rembourse vos soins de santé ?

Les soins délivrés sur le territoire français sont remboursables par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Vous utilisez à cet effet votre **carte Vitale**.



Les soins délivrés en Belgique sont remboursables par votre mutualité belge. Vous devez vous munir de votre **carte ISI+** lorsque vous vous rendez en pharmacie ou à l'hôpital.

Les soins reçus en dehors de la France et de la Belgique sont pris en charge par votre mutualité belge, selon la législation belge. **Votre Carte Européenne d'Assurance Maladie**, à emporter lors de vos séjours en Europe, est à demander à votre mutualité belge. Il en va de même pour les documents en cas de séjour dans un pays avec lequel la Belgique a signé une convention.



Dès les remboursements reçus, vous pouvez réclamer le différentiel à votre éventuelle mutuelle complémentaire française. Nous vous conseillons de vérifier auprès de celle-ci les conditions de remboursement en cas de soins reçus en dehors de la France.



Devez-vous cotiser à votre mutualité belge ?

Chaque mutualité a développé, pour un service complet aux affiliés, une assurance complémentaire. Ce service est soumis à une cotisation qui diffère d'une mutualité à l'autre.

Cette assurance vous donne droit à différents avantages en relation avec vos soins de santé, les événements de la vie ou encore à des tarifs préférentiels auprès de divers partenaires de soins de santé.

Les mutualités offrent également la possibilité de souscrire à une assurance hospitalisation, qui peut vous servir dans de nombreuses circonstances.

Pour plus d'informations sur l'Assurance Complémentaire de la Mutualité Socialiste du Luxembourg : + 32 61 23 11 11 ou sur www.mslux.be

Pour plus d'informations sur l'assurance hospitalisation Hospimut-Solidaris, partenaire de la Mutualité Socialiste : + 32 61 23 11 29 ou sur www.hospimut-solidaris.be

Vous travaillez en Belgique et en France ?

Vous devez avertir votre mutualité belge et votre CPAM.

En effet, si vous travaillez plus de 25 % de votre temps de travail total en France, vous devrez être inscrit auprès de la sécurité sociale française. Votre employeur belge sera alors invité à verser les cotisations sociales vous concernant en France, auprès de l'URSSAF.

Dans cette situation, vous ne serez pas inscrit à la sécurité sociale belge.

Il est très important que vos différents employeurs versent les cotisations sociales vous concernant dans le même pays. En cas d'incapacité de travail, vous ne pourrez pas recevoir des indemnités de deux pays différents.

Vous travaillez à temps partiel en Belgique et dans un autre pays (hors de la France) ?

Vous devez avertir votre mutualité belge et votre CPAM.

Vous travaillez dans deux pays différents, pays autre que votre pays de résidence, vos deux employeurs doivent verser les cotisations sociales vous concernant en France, auprès de l'URSSAF.

Vous serez alors assuré auprès de la sécurité sociale française.

Il est très important que vos deux employeurs s'acquittent de cette démarche. Ni la sécurité sociale belge, ni la sécurité sociale de l'autre pays ne pourront vous assurer.



Vous perdez votre sécurité sociale belge ?

En cas de changement de situation professionnelle (nouveau contrat de travail en dehors de la Belgique, perception du chômage en France...), vous devez en avvertir votre mutualité belge et votre CPAM. Comme expliqué précédemment, ce changement peut avoir un impact sur votre affiliation à la sécurité sociale.

Si votre dossier auprès de votre mutualité belge devait être fermé, votre droit au remboursement des soins de santé belges sera également clôturé.

La Belgique et la France ont mis en place plusieurs «conventions soins de santé» le long de la frontière commune : **Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST)**. Cela signifie que, sous certaines conditions, vous pourriez prétendre à nouveau aux soins de santé dans différents hôpitaux belges le long de la frontière.

Depuis plusieurs années, différentes ZOAST ont vu le jour tout le long de la frontière franco-belge :

- La ZOAST MRTW qui concerne les assurés sociaux des CPAM de Tourcoing, Roubaix, Armentières (en partie), Lille (en partie) et Flandres ;
- La ZOAST Tourval qui concerne les assurés sociaux de la CPAM du Hainaut ;
- La ZOAST Momau qui concerne les assurés sociaux de la CPAM du Hainaut ;
- La ZOAST Thierache qui concerne les assurés sociaux de la CPAM du Hainaut (limité à certaines communes) et de Saint-Quentin (limité à certains cantons) ;
- La ZOAST Ardennes qui concerne les assurés sociaux des cantons de l'arrondissement de Charleville-Mézières et certains cantons de l'arrondissement de Sedan ;
- La ZOAST Lorlux qui concerne les assurés sociaux des communes de l'arrondissement de Briey et des cantons de l'arrondissement de Verdun.

La MGEN et la Mutualité Socialiste du Luxembourg sont des acteurs de ces collaborations transfrontalières.

Pour plus d'informations concernant les ZOAST, nous vous conseillons de prendre contact avec la MGEN ou la Mutualité Socialiste du Luxembourg.

L'incapacité de travail



Vous êtes incapable de travailler pour des raisons de santé, à qui devez-vous vous adresser ?

Il est impératif d'en avvertir votre employeur immédiatement.

Si aucun délai n'est précisé dans votre règlement de travail ou votre convention collective de travail, le certificat d'incapacité de travail établi par le médecin doit être envoyé dans les **deux jours** ouvrables à votre employeur.

Nous vous conseillons également de prévenir votre employeur (téléphone, courriel...) avant le commencement prévu de votre journée de travail.

Vous devez envoyer votre certificat médical à votre mutualité belge et non à votre **CPAM**.

Votre certificat médical doit mentionner **le début et la fin de votre arrêt maladie**.



Le délai d'envoi du certificat médical à votre mutualité dépend de votre situation professionnelle :

- En tant qu'**ouvrier**, vous disposez d'un délai de **14 jours** calendrier, à dater du début de votre incapacité ;
- En tant qu'**employé**, ce délai est porté à **28 jours** ;
- En tant que **travailleur intérimaire**, vous devez le renvoyer dans les **48 heures** du début de votre incapacité.

Renvoyez votre certificat médical par la poste, le cachet faisant foi.

Si vous déposez votre certificat médical directement à un bureau de votre mutualité, nous vous conseillons de demander un accusé de réception.

A la Mutualité Socialiste, il vous en sera remis un d'office.

En cas de rentrée tardive de votre certificat médical à votre mutualité, une sanction financière de 10 % sera appliquée sur vos indemnités et ce pour la période de retard.

Après traitement de votre certificat médical par votre mutualité, il vous sera envoyé, ainsi qu'à votre employeur, des feuilles de renseignement destinées au calcul de vos indemnités d'incapacité de travail.



Comment serez-vous indemnisé ?

Dans un premier temps, votre salaire est garanti par votre employeur.

- Vous êtes **employé**, votre salaire est garanti pendant **30 jours** ;
- Vous êtes **ouvrier**, votre salaire est garanti pendant **14 jours**.
- Les 7 premiers jours sont couverts à 100 % par votre employeur. Les 7 jours suivants, vous recevez 85,88 % de votre rémunération normale. Vous avez également droit, toujours à charge de votre employeur, à un pourcentage, moindre, de votre rémunération du 15e au 30e jour d'incapacité.
- Vous êtes **travailleur intérimaire**, dans la majorité des cas, vous ne bénéficiez pas du salaire garanti par votre employeur.

Si vous êtes en **contrat à durée déterminée** (pour moins de 3 mois), la durée du salaire garanti versé par votre employeur est réduite. De plus, si vous ne travaillez pas depuis plus d'un mois pour votre employeur, vous ne pouvez pas bénéficier du salaire garanti.

Après cette période de salaire garanti, les indemnités sont prises en charge par votre mutualité. Le montant des indemnités versées par votre mutualité s'élève à 60 % de votre rémunération brute. En cas de salaire élevé, un plafond maximum est appliqué.

Vos indemnités d'incapacité de travail sont déterminées sur base des feuilles de renseignement complétées par votre employeur et vous-même. En fonction de votre situation professionnelle, une rémunération perdue journalière est calculée. Le montant de vos indemnités journalières s'élève à 60 % de cette rémunération perdue. Le dimanche n'est pas couvert par une indemnité d'incapacité de travail.

Un précompte professionnel (11,11 % de votre indemnité journalière) est prélevé sur vos indemnités.

Si vous bénéficiez du statut de **frontalier fiscal**, vous êtes **dispensé du prélèvement de ce précompte professionnel** en retournant le document **276 FRONT GRENS**. à votre mutualité belge (voir brochure fiscalité).

Pour pouvoir prétendre aux indemnités d'incapacité de travail en Belgique, vous devez prouver une **période de cotisations sociales minimum** dans une période de référence précédant l'incapacité. Les périodes d'assurance dans les pays de l'Espace Économique Européen peuvent être prises en compte.

Si vous étiez assuré en dehors de la Belgique pendant cette période de référence (France, Grand-Duché de Luxembourg ou tout autre pays de l'E.E.E.), votre mutualité belge devra réclamer un formulaire E104 à la sécurité sociale du pays concerné. Ce formulaire E104 est la preuve que des cotisations de sécurité sociale vous ont bien été attribuées pour cette période.



Votre incapacité de travail se prolonge

Si votre arrêt se prolonge, vous devez envoyer votre certificat de prolongation d'arrêt de travail à votre employeur **et** à votre mutualité belge.

Vous pouvez, à tout moment, être convoqué par le médecin conseil de votre **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** pour un contrôle médical et ce à la demande de votre mutualité belge d'affiliation.

À partir du 1^{er} jour du 7^e mois de votre incapacité de travail, le montant de votre indemnité d'incapacité de travail est revu en fonction de votre carrière professionnelle et de votre situation familiale.

Des documents spécifiques vous sont envoyés, au cours du 6^e mois d'incapacité de travail, afin de procéder à cette révision.



Pouvez-vous sortir pendant votre incapacité de travail ?

Sur votre certificat médical, votre médecin doit préciser si les sorties sont autorisées ou non.

Pendant la période garantie par l'employeur :

Dans la législation belge, aucune réglementation concernant les heures et les justifications de sortie n'existe.

Nous vous conseillons, malgré tout, de modérer vos sorties.

Votre employeur a le droit de mandater un médecin contrôle pour vous examiner. Cet examen peut avoir lieu à votre domicile ou sur convocation au cabinet médical du médecin mandaté.

Pendant la prise en charge de la mutualité :

Les sorties sont autorisées.

Vous pouvez également être soumis à tout moment au contrôle du médecin conseil de votre **CPAM**.

Lorsque vous désirez partir en vacances ou séjourner en dehors de votre domicile, il est impératif de prévenir votre mutualité afin de ne pas compromettre un rendez-vous chez le médecin conseil.





Devez-vous prévenir votre mutualité belge en cas de reprise de travail ?

Oui, vous devez avertir votre mutualité de votre reprise de travail.

Au début de votre incapacité, vous avez reçu différents documents à compléter, dont une «attestation de reprise de travail». Cette attestation doit être complétée par votre employeur dès votre reprise et envoyée dans les plus brefs délais à votre mutualité.

Il sera mis fin au paiement de vos indemnités de maladie à la date de votre reprise de travail.

En cas de paiement au-delà de votre reprise de travail, les sommes versées en trop par votre mutualité belge vous seront réclamées.



Qu'entend-on par invalidité ?

Si votre incapacité de travail se prolonge au-delà d'une année, nous parlerons d'invalidité. Votre invalidité peut être permanente, jusqu'à votre pension de vieillesse ou temporaire. L'évaluation de votre situation médicale est effectuée par les médecins conseils de votre **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** en France.

Votre indemnité d'invalidité est adaptée en fonction de votre situation familiale :

- 65 % de votre rémunération brute plafonnée si vous êtes considéré comme **cohabitant avec charge de famille**;
- 55 % de votre rémunération brute plafonnée si vous êtes considéré comme **isolé**;
- 40 % de votre rémunération brute plafonnée si vous êtes considéré comme **cohabitant sans charge de famille**.

Les notions de cohabitant avec charge de famille, d'isolé ou de cohabitant sans charge de famille sont fonction des revenus professionnels ou autres des personnes avec qui vous cohabitez.

Pour plus de renseignements, nous vous conseillons de prendre contact avec le service «Incapacité de travail» de votre mutualité.

Aucun précompte professionnel n'est prélevé sur les indemnités d'invalidité, que vous soyez considéré «frontalier fiscal» ou non.

Afin de vous octroyer les indemnités d'invalidité correspondantes à votre situation familiale, vous recevez, de la part de votre mutualité, différents documents à compléter et ce au cours du 11e mois de votre incapacité de travail.

Vous avez travaillé dans plusieurs pays

Vous pouvez prétendre, au prorata de vos années de carrière, à une éventuelle pension d'invalidité de ces pays.

Votre mutualité belge se charge de transmettre à ces différents pays les éléments nécessaires à l'examen de votre dossier.

Après examen, chaque pays, selon sa propre législation, est susceptible de vous verser une pension d'invalidité. Dans cette éventualité, l'indemnité d'invalidité versée par la Belgique est également revue en fonction de vos années de carrière belge.

En cas de **pension d'invalidité versée par la France**, vous serez assuré à la sécurité sociale française uniquement. Votre dossier de sécurité sociale belge sera donc fermé. **Votre indemnité d'invalidité belge vous sera versée** tant que vous serez reconnu médicalement invalide.

En cas de **pension d'invalidité versée par plusieurs pays** (autres que la France), votre **affiliation à la sécurité sociale** sera effective dans le **pays dans lequel vous avez eu la plus longue carrière**. Votre dossier de sécurité sociale belge pourrait donc être clôturé.

Dans ces éventualités, le nouveau règlement européen (du 01/05/2010) vous permet de retrouver un droit au remboursement des soins de santé en Belgique si vous y avez travaillé 2 années, en tant que frontalier, dans les 5 années qui ont précédé votre pension d'invalidité belge.

Pour plus d'information, nous vous conseillons de prendre contact avec le service Relations Internationales de la Mutualité Socialiste du Luxembourg au +32 (0) 61 23 11 51 ou via l'adresse mail frontalier@mutsoc.be



Vous avez été victime d'un accident de travail...



L'**accident de travail** est défini comme **tout accident survenu dans le cadre de l'exécution du contrat de travail ou sur le chemin du travail.**

Lorsque vous débutez votre activité professionnelle, votre employeur est tenu de vous assurer auprès d'une entreprise d'assurance agréée qui prendra en charge les frais encourus par vos éventuels accidents de travail.

Quelles démarches devez-vous effectuer ?

1. Signalez l'accident à votre employeur le plus rapidement possible, même s'il n'occasionne pas une incapacité de travail ;
2. Votre employeur doit déclarer l'accident à son assureur dans les 8 jours suivants ;
3. Si votre employeur ne le déclare pas, vous avez la possibilité de le déclarer vous-même auprès de l'assurance (www.fao.fgov.be).

Que couvre l'assurance accident de travail ?

La compagnie d'assurances reconnaît votre accident comme un accident de travail ou un accident sur le chemin du travail.

Les frais des soins médicaux et de déplacement, occasionnés par l'accident, sont pris en charge par la compagnie d'assurances.

L'incapacité de travail est également indemnisée par la compagnie d'assurances.

En cas de perte de vos capacités, vous pouvez prétendre à une rente octroyée par la compagnie d'assurances.

Se faire soigner en Belgique ou en France ?

Tous les frais de soins de santé délivrés en **Belgique** occasionnés par l'accident, sont couverts directement par la compagnie d'assurances.

Vous devez lui remettre les attestations de fournitures, attestations de soins et autres factures sans passer par votre mutualité belge.

Vous désirez vous faire soigner en France, vous devez demander un formulaire **DA1** (ancien **E123**) à la compagnie d'assurances. Ce document est à remettre à votre **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** française et vous permet un remboursement 100 % (tarif légal) de tous les soins en rapport avec votre accident de travail.

Coordination des systèmes de sécurité sociale

DA1

Formule de demande de soins de santé en France de l'assurance contre les accidents de travail et les maladies professionnelles

Réglement CE n° 853/2004, article 6, et CE n° 883/2004, article 25

Responsable: communiqué par le Service de l'Institution, lorsque celle-ci n'est pas signataire

19

Commission européenne

Si l'accident n'est pas encore reconnu par la compagnie d'assurances, les soins et l'incapacité de travail seront pris en charge à titre provisionnel par votre mutualité belge. N'oubliez pas, alors, de remettre à votre mutualité un certificat d'incapacité de travail et vos frais médicaux belges.



Que faire en cas de maladie professionnelle ?

Il existe plus de 150 maladies professionnelles répertoriées. Si votre maladie, dont la cause est votre profession, entre dans les critères de ces 150 maladies, vous pouvez être indemnisé en conséquence.

Vous pouvez également faire reconnaître une maladie hors liste en apportant la preuve que la cause de la maladie est en lien direct avec votre profession.

Les demandes doivent être introduites directement au **Fonds des Maladies Professionnelles (F.M.P.)**, où votre dossier sera examiné par une équipe médicale et d'ingénieurs.

Fonds des Maladies Professionnelles (FMP)

Avenue de l'Astronomie, 1
B-1210 Bruxelles
+32 (0) 2 22 66 211
www.fmp-fbz.fgov.be

Dès la reconnaissance de votre maladie par le **FMP**, vous êtes écarté de votre emploi, indemnisé en cas d'incapacité de travail et vos soins relatifs à votre maladie sont remboursés intégralement.

Si vous désirez obtenir des renseignements supplémentaires, n'hésitez pas à prendre contact avec les différents services de la **FGTB** ou de la **Mutualité Socialiste du Luxembourg**. Ces derniers travaillent en étroite collaboration et peuvent répondre à vos questions en matière de législation sociale.

Glossaire

- CPAM :** Caisse Primaire d'Assurance Maladie 
- EEE :** Espace Economique Européen 
- FGTB :** Fédération Générale du Travail de Belgique 
- FMP :** Fonds des Maladies Professionnelles 
- MGEN :** Mutuelle Générale de l'Education Nationale 
- MSL :** Mutualité Socialiste du Luxembourg 
- URSSAF :** Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales 
- ZOAST :** Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers 





Mutualité Socialiste du Luxembourg

Tél. 061 23 11 11 - contact.lux@mutsoc.be - www.mslux.be



FGTB Luxembourg

Tél. 063 24 22 61 - www.fgtb.be - fgtb.frontaliers@fgtb.be



FGTB Wallonie Picarde

Tél. 069 881 881 - www.fgtbwapi.be - fgtbwapi@fgtb.be



Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

Tél. 3676 (au départ de la France) - www.mgen08.fr - zoast@mgen.fr

Juin 2014

Conception et réalisation : www.espacemedia.com