



## FORMULAIRE 13

### Frais Médicaux Retraités engagés du 01/01 au 31/12/2024

*Données concernant le bénéficiaire (celui/celle qui sollicite l'intervention dans les Frais médicaux retraités)*

Nom et Prénom :	.....
N° de registre national :	.....
Adresse :	..... N° : .....
Code postal :	..... Localité : .....
TEL :	.....
MAIL :	.....
N° de compte bancaire IBAN :	BE__ _ _ _ _ _ _ _ _
Nom et Prénom du titulaire du compte :	.....

*Données du membre du personnel retraité de l'enseignement organisé par la FWB :*

Nom et prénom du membre du personnel retraité :	.....
.....	.....
N° de registre national :	.....
Etablissement scolaire avant la retraite :	.....
Fonction avant la retraite :	.....
N° de matricule :	.....
Service qui paie la pension (mettre une croix dans la case correspondante)	
<input type="checkbox"/> Service des pensions du service public	
<input type="checkbox"/> Office National des Pensions	
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	.....



### Composition de ménage

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Allocations familiales ou à charge
Conjoint ou cohabitant légal/de fait	.....	.....	.....	.....	OUI/NON
Autres cohabitants	.....	.....	.....	.....	OUI/NON
	.....	.....	.....	.....	OUI/NON

### Mutualité

	Membre du personnel	Conjoint/cohabitant
Nom de la mutualité		
Adresse		
N° affiliation		
Avez-vous souscrit à une assurance hospitalisation ?		
Laquelle ?		
Bénéficiez-vous du Maximum à Facturer ? OUI - NON		
Si oui, Montant du plafond ?		
A-t-il été atteint cette année ?		

### Revenus du ménage

	Membre du Personnel	Conjoint/cohabitant légal ou de fait
<b>Revenus mensuels nets</b>		
Pension ou Salaire net		
Autres revenus (chômage, invalidité, pensions, etc)		
<b>Revenus annuels</b>		
Revenus annuels en tant qu'indépendant		
Autres revenus annuels		



J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Je déclare également sur l'honneur que la demande introduite en matière de frais médicaux ne concerne que les frais restants à ma charge, déduction faite des remboursements de la mutuelle (obligatoire et complémentaire), dans le cadre des accidents de travail et des maladies professionnelles et d'une assurance soins de santé.

Fait à ..... Le ..... / ..... / .....

Signature

### **Avez-vous joint au formulaire 13 tous les documents nécessaires ?**

- Copies des fiches de pension (ou autres revenus imposables) du mois de décembre 2024 de tous les membres du ménage (personnel retraité demandeur – conjoint(e) ou cohabitant(e)). Au cas où un des membres du ménage occupe une profession lucrative indépendante, il y a lieu d'annexer une copie de l'avertissement – extrait de rôle mentionnant le montant des revenus imposables de l'année précédente ;
- Une composition de ménage récente (moins de 6 mois) ;
- Copie d'un extrait de compte mentionnant le code IBAN du compte bancaire sur lequel effectuer le versement de l'intervention (titulaire est le membre du personnel retraité) ;
- Un listing de pharmacie reprenant l'ensemble des frais pour chaque membre du ménage ;
- Un listing de la mutuelle reprenant l'ensemble des frais, pour chaque membre du ménage, ayant fait l'objet d'un remboursement de la mutuelle obligatoire et complémentaire ;
- Autres pièces justificatives si nécessaire (factures, preuve de l'intervention éventuelle d'une compagnie d'assurance, etc) ;
- Une attestation de votre mutuelle mentionnant le montant du plafond de Maximum à Facturer pour votre ménage, et s'il a été atteint l'année pour laquelle vous sollicitez le soutien dans vos frais médicaux du Service social.



### **Rappel de la date limite de rentrée de la demande :**

Le 30 septembre de l'année suivant celle au cours de laquelle les frais médicaux ont été engagés.

Concrètement, pour les frais de 2024, ce délai court du 1<sup>er</sup> janvier 2025 jusqu'au 30 septembre 2025 au plus tard.

### *A titre d'information*

<b>Montant des revenus mensuels nets cumulés du ménage en chiffre M</b>	<b>Pourcentage d'intervention</b>
à partir de 1.505€	5%
De 1.379 € à 1.504 €	10%
De 1.254 € à 1.378 €	15%
De 1.129 € à 1.253 €	20%
De 1.003 € à 1.128 €	25%
De 878 € à 1.002 €	30%
De 753 € à 877 €	35%
De 627 € à 752 €	40%
De 565 € à 626 €	45%
De 502 € à 564 €	50%
Moins de 501,00 €	55%