

Paymaster's Office

REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX

GUIDE PRATIQUE



Afin de vous faciliter la tâche en tant qu'affiliés du Régime Commun d'Assurance Maladie des institutions de l'Union européenne (ci-après RCAM), ce guide pratique vous donne un aperçu convivial des règles régissant le remboursement de vos frais médicaux (Dispositions générales d'exécution - DGE), en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2007.

En cas de discordance éventuelle, c'est le cadre réglementaire RCAM qui fait foi (Réglementation commune RCAM et DGE).

Table des matières

En bref.....	3
1. Consultations et visites médicales	7
2. Hospitalisations et interventions chirurgicales	8
3. Prestations liées à l'état de dépendance.....	10
4. Produits pharmaceutiques.....	12
5. Soins et traitements dentaires.....	13
6. Analyses et examens médicaux	14
7. Grossesse, accouchement et infertilité	15
8. Traitements divers.....	17
9. Auxiliaires médicaux	21
10. Cure de convalescence et postopératoire.....	22
11. Cure thermale	23
12. Lunettes.....	25
13. Lentilles de contact	26
14. Appareils auditifs	27
15. Appareils orthopédiques et autres matériels médicaux	28
16. Frais de transport d'un bénéficiaire du RCAM	29
17. Frais funéraires	30
Pour plus d'infos... ..	31

EN BREF...

Bénéficiaires du RCAM : qui sont-ils ?

- Les **affiliés** :
 - fonctionnaires ;
 - agents temporaires ;
 - agents contractuels ;
 - pensionnés ou bénéficiaires d'une indemnité de cessation de fonction ;
 - membres de certaines institutions.
- Les **personnes assurées de leur chef** :
 - enfants à charge ;
 - conjoints ;
 - partenaires reconnus.

Pour ces deux dernières catégories, certaines restrictions s'appliquent (chapitre 2 du Titre I des DGE).

→ voir rubrique *Pour plus d'infos...*

Taux de remboursement : et... de combien ?

Lors du calcul de votre déclaration, un taux de remboursement est appliqué à chaque frais exposé.

80 % : taux de base pour les frais suivants :

- les soins et traitements dentaires ;
- les traitements thérapeutiques divers ;
- les auxiliaires médicaux et garde-malades ;
- les cures thermales ;
- les frais de transport.

85 % : taux de base pour les frais suivants:

- les consultations et les visites médicales ;
- les interventions chirurgicales ;
- les hospitalisations ;
- les produits pharmaceutiques ;
- les examens médicaux ;
- les analyses de laboratoire ;
- les lunettes et lentilles de contact ;
- les appareils orthopédiques et autres matériels médicaux.

100 %: taux de remboursement uniquement appliqué pour les frais exposés en cas de maladie grave reconnue.

Les maladies reconnues comme maladie grave concernent des affections associant, à des degrés variables, à la fois les quatre critères suivants :

- pronostic vital défavorable ;
- évolution chronique ;
- nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes ;
- présence ou risque de handicap grave.

En application du Statut, les maladies telles que tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale sont présumées graves.

La couverture à 100% est accordée pour la période estimée de traitement de la maladie grave et au maximum pour 5 ans. La date de début est en général la date du diagnostic de la maladie reconnue comme grave.

A la fin de cette période, une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical peut être présentée. Ce rapport doit préciser :

- l'évolution de la maladie ;
- le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire.

Si, à ce stade, la maladie ne répond plus aux quatre critères, la prolongation de la couverture à 100 % ne pourra pas être accordée.

En cas d'évolution de la situation, la décision pourra être revue suite à une nouvelle demande.

Attention !

Certaines prestations font l'objet d'un plafond de remboursement, également en cas d'une maladie grave reconnue.

Plafond de remboursement

Le plafond se définit comme le montant maximum remboursable pour une prestation. Par conséquent, le taux de remboursement ne représente à ce moment-là pas 80 % ou 85 % ou 100 %, car l'application du plafond limite le remboursement. Par exemple, une consultation chez un généraliste est plafonnée à 35 €. Le remboursement s'effectue à 85 % à concurrence de 35 €.

Coefficients d'égalité

Les montants indiqués dans la brochure sont ceux pratiqués en Belgique. Un coefficient d'égalité s'applique à ces montants lorsque la prestation a lieu dans un autre Etat membre, dans le but d'assurer un traitement égal.

Excessivité (Art. 20 § 3)

Lorsqu'aucun plafond de remboursement n'est fixé (y compris en cas de maladie grave reconnue), la partie des frais qui dépasse les prix normaux pratiqués dans le pays où les prestations ont été effectuées, peut être exclue du remboursement.

La partie des frais jugée excessive est déterminée au cas par cas par le bureau liquidateur après avis du médecin-conseil.

Prescription médicale : pour se faire rembourser

Informations à communiquer dans toute prescription :

- nom et références officielles du prescripteur ;
- nom complet du patient ;
- nature des actes médicaux (type de traitement, nombre de séances) ;
- ou la dénomination des médicaments prescrits / du produit actif ;
- date ;
- signature du prescripteur.

Attention : La prescription doit dater de moins de 6 mois avant le premier traitement ou l'achat des médicaments.

Pièces justificatives

Une prestation ne peut être remboursée que si elle est prescrite et pratiquée par un prestataire légalement autorisé à l'exercice de la profession médicale ou paramédicale ou dans un établissement dûment agréé par les autorités compétentes.

Les reçus et factures doivent être conformes à la législation du pays dans lequel ils ont été émis et doivent comporter les mentions suivantes :

- le nom complet du malade,
- la nature de l'acte ou des actes médicaux,
- les dates et les honoraires perçus pour chaque acte médical,
- le nom et les références officielles du prestataire de soins.

Pour la Belgique, une attestation de soins indiquant le montant payé ou un reçu fiscalement valable est toujours obligatoire. A partir du 1^{er} janvier 2015 aucun remboursement ne pourra se faire en l'absence du document officiel.

En ce qui concerne plus spécifiquement les prestataires qui ne sont pas habilités à délivrer des attestations de soins (les psychologues, les ostéopathes et les podologues/pédicures médicales en Belgique), il s'agit de reçus extraits d'un carnet dont le modèle est déterminé par le Ministère des Finances et dont vous trouverez ci-annexé des exemples correspondants aux différentes catégories de prestations. En cas de paiement de votre prestataire par virement bancaire, vous pouvez joindre une note d'honoraires en bonne et due forme avec la preuve de paiement.

Pour l'Italie, une facture doit vous être délivrée par votre prestataire (voir annexe).

Attention :

Les acomptes ou les provisions sur honoraires ne peuvent pas être pris en considération pour un remboursement.
Joignez-les à la facture finale avec le détail des prestations lors de votre demande de remboursement.

Rappel : le coût des soins dispensés par un prestataire médical ou paramédical à un membre de sa famille, bénéficiaire du RCAM, ne sont pas remboursés.

Autorisation préalable

Il s'agit d'une procédure nécessaire pour certains remboursements à introduire auprès de votre bureau liquidateur.

La demande d'autorisation préalable doit être présentée avant le début du traitement. Une décision favorable est nécessaire pour pouvoir demander le remboursement des prestations. Néanmoins, il n'est pas nécessaire d'attendre la décision du Chef du bureau liquidateur pour entamer le traitement. Elle couvrira une période et, soit un nombre de traitements, soit un montant maximum remboursable. Le remboursement s'effectuera dans les limites de ladite décision.

La demande d'autorisation préalable consiste en plusieurs documents :

- formulaire d'autorisation préalable ou demande via RCAM en ligne;
- prescription médicale détaillée ;
- rapport médical complet ou devis (selon les prestations).

Envoyez le tout à votre bureau liquidateur soit par courrier, soit via RCAM en ligne.

La décision par rapport à la demande est prise après avis du médecin-conseil qui se prononce sur la cohérence médicale de la prestation.

Prise en charge et avances

La prise en charge permet de demander à l'hôpital d'envoyer directement la facture d'hospitalisation à l'assurance maladie pour paiement direct. L'hôpital n'est pas obligé d'accepter la prise en charge.

La demande doit être introduite au préalable par l'affilié. Elle est accordée dans les cas suivants :

- hospitalisation : couvre les factures principales et celles des chirurgiens et de l'anesthésiste ;
- traitements ambulatoires lourds : dans le cadre d'une maladie grave reconnue, par exemple radiothérapie, chimiothérapie, dialyse ;
- achats répétitifs de médicaments coûteux, comme les hormones de croissance, l'utilisation itérative d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger (VSL) ou pour certains examens coûteux.

En l'absence d'une convention, n'oubliez pas de préciser dans votre demande la date d'entrée prévue ainsi que le prix journalier de la chambre et/ou une estimation du coût global.

Soyez conscients que, après tarification, une partie des frais (parfois élevés) sera portée à votre charge ; en cas de voyage dans des pays à médecine chère, il vous est recommandé de couvrir ce risque par une assurance.

Sachez que si vous optez pour une prise en charge, les factures en question seront payées, après réception et une première vérification, par votre bureau liquidateur. Si vous désirez copies de vos factures, vous pouvez toujours vous adresser à l'hôpital. Il est recommandé de signaler à votre bureau liquidateur – secteur prise en charges – toute information utile en rapport avec votre séjour/facturation.

Des avances sur remboursement peuvent également être accordées sous certaines conditions afin de couvrir des dépenses importantes (remplir le formulaire pour demande d'avance et le renvoyer à votre bureau liquidateur).

Attention :

La prise en charge est une facilité financière, elle n'est pas une garantie de remboursement. Toutes les procédures en vue d'un remboursement s'appliquent.

Demande de remboursement

Vous pouvez introduire votre demande de remboursement de manière électronique via l'outil « RCAM en ligne » <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>. La protection de vos données est garantie grâce à la connexion sécurisée via ECAS (voir également à la fin de ce document sous « plus d'infos »). Vous devrez alors obligatoirement conserver vos pièces originales durant 18 mois à partir de la date de réception de votre décompte.

Alternativement, les demandes de remboursement sont introduites par les affiliés auprès de leur bureau liquidateur au moyen d'un formulaire accompagné des pièces justificatives originales.

Dans le cas de demande de remboursement complémentaire, il y a obligatoirement lieu de joindre une copie de la facture originale acquittée accompagnée d'un relevé détaillé des remboursements perçus au titre d'un autre régime

LES PROCEDURES ET REGLES DE REMBOURSEMENT

1. CONSULTATIONS ET VISITES MEDICALES

Consultation = au cabinet du médecin.

Visite médicale = le médecin se déplace chez le patient (par exemple au domicile ou à l'hôpital).

En quoi consiste en principe une consultation ou une visite ?

- Un interrogatoire du malade ;
- Un examen clinique ;
- Eventuellement une prescription.

Qu'est-ce qui est également inclus dans la consultation ou dans la visite ?

- Des moyens de diagnostic tels que : la prise de tension artérielle, les frottis ;
- la prise de sang ;
- les analyses d'urine ;
- les injections ;
- les vaccinations ;
- les pansements ;
- l'établissement d'un certificat ;
- les frais liés au rendez-vous ainsi que les frais de déplacement du médecin.

Les consultations répétitives peuvent ne pas être remboursées après avis du médecin-conseil s'il estime qu'elles ne sont pas motivées ou nécessaires.

1.1. ET... DE COMBIEN ?

Honoraires	Taux de remboursement	Plafond ¹	Taux en cas de maladie grave reconnue
Généraliste	85 %	35 €	100 %
Spécialiste	85 %	50 €	100 %
Visites urgentes, de nuit, le week-end ou jours fériés	85 %	---	100 %
Consultation du médecin traitant par téléphone, courrier, courriel	85 %	10 €	10 €
Sommité médicale	85 %	150 €	100 %

Pour info :

Qu'est-ce qu'est une **sommité médicale**? Il s'agit d'un médecin spécialiste internationalement reconnu dans un domaine spécifique, responsable d'une équipe de recherche et auteur de publications. Le remboursement est néanmoins **limité à 2 visites par an pour la même affection** et cela uniquement sur autorisation préalable.

1.2. NE SONT PAS REMBOURSABLES

- Les consultations sur Internet ;
- Les honoraires pour rendez-vous non respectés par le patient ;
- les frais d'envoi des rapports médicaux facturés séparément ;
- les consultations, examens ou actes pratiqués dans un but administratif ou non thérapeutique tels que :
 - l'expertise judiciaire ;
 - l'examen dans le cadre d'une assurance ;
 - l'examen d'aptitude professionnelle ou pour l'obtention d'un brevet de pilote ;
 - l'examen pratiqué dans le cadre de la médecine du travail (examen d'embauche ou visite médicale annuelle, éventuellement remboursé par le Service médical et non par le RCAM).

¹ Plafonds pour la Belgique. Le cas échéant, un coefficient d'égalité est appliqué lorsque les prestations ont lieu dans un autre Etat membre.

→ voir rubrique *En bref...*

2. HOSPITALISATIONS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Sont considérés comme hospitalisations, les séjours en hôpital ou en clinique destinés :

- au traitement d'affections médicales ou d'interventions chirurgicales ainsi qu'aux accouchements, y compris les séjours en hôpital de jour;
- à la revalidation ou à la rééducation fonctionnelle faisant suite à une affection ou une intervention invalidante ;
- au traitement d'affections psychiatriques ;
- aux soins palliatifs.

2.1. AUTORISATION PRÉALABLE

Une autorisation préalable (accompagnée d'un rapport médical) est nécessaire pour les séjours:

- d'une durée de plus de 6 mois ;
- destinés à une intervention de chirurgie plastique (p.ex. gastroplastie, correction de la cloison nasale, reconstruction mammaire) ;
- d'une durée de plus de 12 mois en hôpital psychiatrique ;
- de revalidation/rééducation ne suivant pas une hospitalisation ou si le séjour dépasse 2 mois ;
- dans une clinique spécialisée dans le dépistage et le diagnostic ;
- de revalidation/rééducation ne suivant pas une hospitalisation ;
- et pour l'accompagnement d'un patient hospitalisé.

2.2. LA LETTRE DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge permet à l'hôpital d'envoyer directement la facture d'hospitalisation à l'assurance maladie pour paiement direct.

La partie des frais restant (parfois élevée notamment dans des pays à médecine chère tel que les USA, le Canada, la Suisse et la Norvège) à votre charge après tarification est retenue en principe sur les remboursements ultérieurs, éventuellement sur votre rémunération, pension ou sur toute autre somme qui vous est due par l'institution.

Attention :

- si vous disposez d'une prise en charge, l'hôpital ne peut pas exiger de vous le paiement d'un acompte ;
- la prise en charge n'est pas possible pour les bénéficiaires à titre complémentaire, lesquels doivent s'adresser à leur système de couverture primaire ;
- si le médecin-conseil a rendu un avis négatif à la suite d'une demande d'autorisation préalable, aucune prise en charge ne sera accordée et aucun remboursement ne vous sera consenti.

Des **avances** sur remboursement peuvent également être accordées sous certaines conditions afin de couvrir des dépenses importantes (remplir le formulaire pour demande d'avance et le renvoyer à votre bureau liquidateur).

- voir Prises en charge et avances dans la rubrique *En bref...*
- voir rubrique *Pour plus d'infos...*
- lien vers le formulaire / RCAM en ligne

Si l'hospitalisation survient en urgence...

Exceptionnellement, la prise en charge peut être demandée (par vous ou pour vous) en précisant vos coordonnées, n° de personnel et hôpital concerné auprès du gestionnaire de prises en charge de votre bureau liquidateur en laissant un message sur le répondeur téléphonique, ou en l'absence de ce dernier, en envoyant un courriel.

Le cas échéant, le PMO contactera l'hôpital où vous séjournerez pour lui transmettre la lettre de prise en charge nécessaire.

Après l'hospitalisation...

Si vous avez bénéficié d'une prise en charge:

Votre bureau liquidateur vous fera parvenir le décompte de frais. La partie des frais à votre charge (+/- 15 %) sera en principe retenue sur vos remboursements futurs, éventuellement sur votre rémunération, pension ou sur toute autre somme qui vous est due par l'institution.

Si vous avez payé vous-même votre facture d'hospitalisation:

- remplir une demande de remboursement, y joindre:
 - la facture détaillée des prestations fournies (nomenclature nationale officielle) ;
 - le cas échéant, la preuve de l'acompte que vous avez dû régler à l'entrée
- Envoyer le tout à votre bureau liquidateur.

2.3. ET... DE COMBIEN ?

Le taux de remboursement est de **85 %**. y compris les honoraires du chirurgien et de ses assistants ainsi que ceux de l'anesthésiste.

Il est de **100 %** :

- en cas de maladie grave reconnue ;
- pour les séjours en soins intensifs d'au moins 3 jours consécutifs ;
- pour les séjours en soins palliatifs ;
- après avis du médecin-conseil, pour les frais de séjour au-delà de 30 jours consécutifs.

Dans un remboursement à **85 %**, les plafonds peuvent aller de 535 € à 10.000 € selon la catégorie de l'intervention. Pour la liste exhaustive des interventions chirurgicales ventilées par catégorie, veuillez-vous référer à l'annexe I des DGE.

→ voir rubrique *Pour plus d'infos...*

Pour les interventions chirurgicales non reprises sur cette liste qui peuvent être assimilées à des interventions d'importance comparable, les frais seront remboursés après avis favorable du médecin-conseil.

Frais d'hébergement : le remboursement est limité au prix de la chambre individuelle la moins chère de l'hôpital et à la durée de l'hospitalisation selon sa nécessité. Il sera effectué sur présentation d'une facture en bonne et due forme.

Frais de diagnostic et de soins : le taux de remboursement est de **85 %** ou de **100 %** (maladie grave reconnue) pour les frais de salle d'opération et autres frais pour des soins relatifs à l'intervention chirurgicale, de même que pour les honoraires médicaux, les analyses, les examens de laboratoire et autres instruments en lien direct avec l'intervention ou l'hospitalisation.

Frais d'accompagnement : exceptionnellement, un remboursement de **85 %** (plafonné à 40 €/jour) peut être accordé sur prescription du médecin traitant et après autorisation préalable pour les frais de séjour d'un membre de la famille qui accompagne un bénéficiaire hospitalisé avant son 14^e anniversaire ou d'un bénéficiaire ayant besoin d'une assistance familiale spéciale pour des raisons médicales. Ce remboursement est également d'application pour les frais de séjour d'un nourrisson qui doit accompagner sa mère.

2.4. NE SONT PAS REMBOURSABLES

Les interventions de chirurgie plastique considérées comme purement esthétiques.

3. PRESTATIONS LIEES A L'ETAT DE DEPENDANCE

Le remboursement des prestations liées à l'état de dépendance – séjours en établissement et frais de garde-malades – à l'exception des séjours de désintoxication, dépend du degré de dépendance. Ce dernier est établi par le médecin traitant au moyen de deux questionnaires. Seuls les degrés allant de 1 à 4 peuvent donner lieu à un remboursement (voir chapitre 3 du titre II des DGE).

→ voir rubrique *Pour plus d'infos...*

Dans tous les cas, la demande d'autorisation préalable devra être accompagnée :

- du rapport médical justifiant la nécessité du séjour dans l'établissement et précisant la nature des soins ;
- des deux questionnaires sur l'état de dépendance complétés par le médecin traitant.

Ensuite, transmettre ces documents à votre bureau liquidateur soit par courrier, soit via RCAM en ligne.

3.1. SÉJOURS CONTINUS OU DE LONGUE DURÉE

3.1.1. Etablissements de repos et de soins

L'autorisation est valable pendant une période de 12 mois (renouvelable).

Pour les frais de séjour, le taux de remboursement est de **85 %** ou de **100 %** (maladie grave reconnue) avec un plafond de 36 €/jour.

Si la facture est globale et ne permet donc pas de faire la distinction entre les frais relatifs aux soins et ceux relatifs au séjour, le plafond sera de 36 € et la répartition des frais (soins ou séjour) dépendra du degré de dépendance.

3.1.2. Maison de soins psychiatriques

Le séjour et les soins sont remboursables à **85 %** ou à **100 %** (maladie grave reconnue). L'autorisation est renouvelable sur présentation d'un rapport détaillé du médecin traitant selon une périodicité fixée par le bureau liquidateur.

3.1.3. Etablissement de rééducation ou de revalidation fonctionnelle et hôpital psychiatrique

Les modalités de remboursement restent les mêmes. En revanche, en cas de facturation globale, la répartition forfaitaire est effectuée selon le degré 1 de dépendance.

3.1.4. Centre de jour

- Fréquentation pendant la journée seulement d'un établissement de repos et de soins pour personnes âgées ou d'un centre de jour neurologique ou psychiatrique : les frais de séjour et de soins sont remboursés, aux mêmes conditions que le séjour permanent en établissement de repos et de soins avec un plafond de 18 €/jour pour les frais de séjour.
- Fréquentation d'établissements médico-pédagogiques : seuls les soins sont remboursables.

3.1.5. Centre de désintoxication non hospitalier

Le séjour et les soins sont remboursés exclusivement à **85 %** avec un plafond de 36 €/jour pour les frais de séjour.

En cas de facturation globale, la répartition forfaitaire est effectuée selon le degré 1 de dépendance et le remboursement se limite à un séjour de 6 mois sur une période de 12 mois.

3.2. GARDE-MALADE

= « nursing » au domicile du malade plusieurs fois par jour, voire la journée et/ou la nuit entière. Les garde-malades doivent être légalement autorisés à exercer cette profession.

Une demande d'autorisation préalable doit être introduite accompagnée des deux [formulaires d'évaluation du degré de dépendance](#) complété par votre médecin ainsi que d'un **rapport médical** précisant la durée de la prestation, la nature et la fréquence des soins à prodiguer. La preuve du rapport contractuel avec le/la garde-malade doit également être fourni.

3.2.1. REMBOURSEMENT

Pour bénéficier du remboursement des frais des prestations de garde-malade les documents suivants doivent être présentés : La facture mensuelle calendrier conforme à la législation nationale et le cas échéant, la preuve de la cotisation sociale conformément à la législation nationale.

Le remboursement se fait à **80 %** ou à **100 %** (maladie grave reconnue).

- **Prestations temporaires à domicile (maximum 60 jours)** : remboursables à **80 %** avec un plafond de 72 €/jour ou à **100 %** (maladie grave reconnue) avec un plafond de 90 €.
- **Prestations de longue-durée à domicile** : le remboursement dépend du degré de dépendance.
- **Prestations en milieu hospitalier** : non remboursables sauf dans les établissements publics où l'infrastructure sanitaire est insuffisante pour assurer les soins courants. Dans ce cas, les frais de garde engagés sur prescription du médecin traitant sont remboursés à **80 %** sur autorisation préalable, avec un plafond de 60 €/jour ou à **100 %** avec un plafond de 75 €/jour.

3.2.2. NE SONT PAS REMBOURSABLES

- Les frais de déplacement, de logement et de nourriture et tous les autres frais accessoires du garde-malade ;
- la surveillance par un adulte d'un enfant malade à domicile, en raison de l'absence des parents (consulter les services sociaux sur l'aide familiale).
→ voir rubrique *Pour plus d'infos...*

4. PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Tout produit pharmaceutique (médicament, préparation par un pharmacien ou préparation homéopathique) à rembourser doit être prescrit par un médecin et de manière non excessive (c'est-à-dire ne dépassant pas les recommandations thérapeutiques usuelles).

4.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER

Le remboursement s'effectue sur présentation de **reçus** ou de **factures** comportant les informations suivantes :

- le nom du médecin prescripteur ;
- le nom complet du patient ;
- la désignation du médicament prescrit ou en cas de médicament générique, celle du produit délivré, ou la composition de la préparation en cas de prescription magistrale (le numéro de la préparation ne suffit pas) ;
- le prix de chaque produit ;
- la mention du prix plein et, pour les personnes assurées en complémentarité du prix effectivement payé ;
- la date de délivrance des médicaments ;
- le cachet et la signature du pharmacien.

Ces indications sont également indispensables en cas de renouvellement d'ordonnance.

Astuce :

Une liste reprenant les principaux produits remboursables et non-remboursables est régulièrement mise à jour. Les produits ne figurant pas sur cette liste peuvent être remboursés après avis positif du médecin-conseil.

→ voir rubrique *Pour plus d'infos...*

Produits nécessitant une **autorisation préalable** (accompagnée d'un rapport médical) en vue d'un remboursement :

- produits amaigrissants ;
- traitements hormonaux anti-âge ;
- hormones de croissance ;
- produits utilisés contre les troubles de l'érection en raison d'une opération de la prostate, d'un accident ou d'une maladie grave reconnue (plafond de 400 € par an) ;
- stupéfiants lors d'une cure de sevrage (100 % pendant 6 mois) ;
- produits pharmaceutiques utilisés en dehors de leur indication médicale reconnue ;
- produits diététiques et d'hygiène indispensables à la survie.

4.2. ET... DE COMBIEN ?

Dans la majorité des cas, le taux de remboursement est de **85 %** ou de **100 %** (maladie grave reconnue). D'autres taux s'appliquent pour les produits :

- stupéfiants lors d'une cure de sevrage (100 %, sous conditions) ;
- diététiques (85 % ou 100 % sur 40 % du coût) ;
- de désintoxication tabagique (200 €, une seule fois, avec ou sans succès).

→ voir rubrique *Pour plus d'infos...*

4.3. NE SONT PAS REMBOURSABLES

- Les produits cosmétiques, hygiéniques, esthétiques, diététiques ou de confort, sauf exceptions ;
- les vins et liqueurs toniques, les produits d'organothérapie, les oligo-éléments qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

5. SOINS ET TRAITEMENTS DENTAIRES

5.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER ET... DE COMBIEN ?

Soins et traitements préventifs

Afin de se faire rembourser, introduire une demande de remboursement de frais et la transmettre à votre bureau liquidateur.

Remboursement à 80 % pour les frais courants de prévention bucco-dentaire, de radiologie, de soins et d'extraction (plafond de 750 € par année civile).

Remboursement à 100 % (plafond de 1.500 €) : en cas de certaines maladies graves reconnues.

Une **autorisation préalable** délivrée par le bureau liquidateur sur présentation d'un devis détaillé et après avis du dentiste-conseil est obligatoire pour les traitements suivants :

Parodontie : Remboursé à **80 %** (plafond de 350 € par sextant, soit 2.100 € maximum au total pour la bouche sur une période de 16 ans).

Orthodontie : Remboursé à **80 %** (plafond de 3.300 €). Le traitement doit débiter avant le 18^e anniversaire (sauf maladie grave reconnue). Un deuxième traitement est possible sous certaines conditions.

Occlusodontie : Remboursé à **80 %** (plafond de 450 €). Ce traitement n'est remboursable qu'une seule fois.

Prothèses dentaires : Remboursé à **80 %** (plafonds différents pour chaque type de prestation). Le renouvellement des prothèses n'est remboursable que tous les 6 ans (sauf en cas d'accident traumatique ou de maladie grave reconnue, et ce après avis du dentiste-conseil, sur présentation d'une justification médicale et d'un devis).

Implantologie : Remboursé à **80 %** (plafond de 550 € par implant). Le remboursement est limité à 4 implants par mâchoire, soit un maximum de 8 implants par bénéficiaire et ce tout au long de sa vie.

Dans le cas d'une maladie grave reconnue affectant la sphère buccale, le taux de remboursement de ces traitements passe à **100 %** (dans la limite du double du plafond prévu pour chaque prestation) à la suite d'un avis conjoint du médecin-conseil et du dentiste-conseil.

Pour info :

Pour les prestations soumises à autorisation préalable, il y a lieu, sauf cas d'urgence ou de force majeure, d'utiliser les devis officiels du RCAM.

5.2. NE SONT PAS REMBOURSABLES

Les frais relatifs aux traitements à visée esthétique :

- blanchiment des dents ;
- remplacement systématique des amalgames d'argent ;
- facettes sur les incisives intactes ;
- incrustations,...

6. ANALYSES ET EXAMENS MEDICAUX

= Imagerie médicale, analyses, examens de laboratoire et autres moyens de diagnostic.

6.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER

- Remplir une demande de remboursement ;
- Y joindre la facture détaillant les prestations fournies (nomenclature nationale officielle) ;
- renvoyer le tout à votre bureau liquidateur.

Certains moyens de diagnostic nécessitent une **autorisation préalable**. C'est le cas pour :

- les analyses pratiquées dans le cadre :
 - de la médecine anti-âge ;
 - de l'hormonologie multiple ;
 - des allergies et intolérances alimentaires ;
 - d'examens génétiques (en dehors de la recherche d'une affection bien précise).
- les techniques nouvelles en matière d'examens, d'analyses et d'imagerie médicale dont les frais ne sont pas éligibles au remboursement dans au moins un Etat membre de l'Union européenne.

6.2. ET... DE COMBIEN ?

Le taux de remboursement est de **85 %** ou de **100 %** (maladie grave reconnue).

Pour info :

Une liste exhaustive de tous les moyens de diagnostic remboursables et non remboursables est régulièrement mise à jour. → voir rubrique *Pour plus d'infos...*

6.3. NE SONT PAS REMBOURSABLES

- Les analyses pratiquées dans le cadre :
 - de la mesure du « stress oxydatif » ;
 - de la micro nutrition ;
 - de tests de floculation.
- Les frais relatifs aux analyses et examens qui sont considérés comme non fonctionnels et/ou non nécessaires après avis du conseil médical.

7. GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET INFERTILITE

7.1. GROSSESSE

= la période comprise entre la fécondation et l'accouchement.

7.1.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER ET... DE COMBIEN ?

Les consultations, les traitements ainsi que tous les autres examens et prestations effectués par des médecins, des sages-femmes, des kinésithérapeutes et/ou d'autres prestataires de soins sont remboursés conformément aux dispositions prévues pour chacune des prestations.

Le taux de remboursement est de :

- **85 %** pour tous les frais de consultations/visites médicales.
- **80 %** pour les séances **individuelles** (plafond de 25 €/séance) ou **collectives** (plafond de 15 €/séance) de préparation à l'accouchement, effectuées par un kinésithérapeute ou une sage-femme, sur prescription médicale. Ces séances ne sont pas incluses dans le nombre maximal de séances de kinésithérapie générale.

7.1.2. NE SONT PAS REMBOURSABLES

- Les séances d'haptonomie et les séances de préparation à l'accouchement en piscine ;
- les honoraires de disponibilité des médecins/spécialistes.

7.2. ACCOUCHEMENT

= toute naissance à partir de la 22^e semaine de grossesse.

Depuis juillet 2013, des seuils d'excessivité pour les accouchements ont été établis pour 8 Etats membres. Il en résulte que le montant maximum (séjour, honoraires, etc.) de remboursement s'élève à 7.171 € pour la Belgique, 9.591 € pour l'Italie, 5.446 € pour l'Allemagne, 6.203 € pour l'Espagne, 6.616 € pour la France, 7.246 € pour le Luxembourg, 6.466 € pour les Pays-Bas et 16.713 € pour le Royaume-Uni.

7.2.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER ET... DE COMBIEN ?

7.2.1.1. En centre hospitalier

Le taux de remboursement est de **100 %** pour :

- les honoraires des médecins qui pratiquent un accouchement ;
- les honoraires de sage-femme et d'anesthésiste, les frais de salle d'accouchement, les frais d'assistance d'un kinésithérapeute pendant l'accouchement ainsi que les autres frais se rapportant à des prestations directement liées à l'accouchement ;
- les frais de séjour et de soins de la mère et de l'enfant en établissement hospitalier pour une durée maximale de 10 jours ou pour toute la durée de l'hospitalisation en cas de complications médicales directement liées à l'accouchement. Si la durée dépasse les 10 jours – sans complications – le taux est de **85 %** ;
- les frais de séjour et de soins de l'enfant en néonatalogie.

Attention :

Au moment de la réservation, n'oubliez pas que le remboursement est limité au prix de la chambre individuelle la moins chère de l'hôpital.

Après l'accouchement...

Si vous avez payé vous-même votre facture d'hospitalisation ou des factures complémentaires : remplir une demande de remboursement et y joindre la facture détaillée des prestations fournies (nomenclature nationale officielle). La transmettre à votre bureau liquidateur.

7.2.1.2. A domicile

Remboursement à **100 %** pour les honoraires (pendant 10 jours) du médecin, de la sage-femme et des autres auxiliaires médicaux (à l'exception de l'aide familiale).

7.2.1.3. Dans une maison de naissance ou dans un centre non-hospitalier agréé

Remplir une **demande de remboursement**, y joindre la facture détaillée des prestations fournies et la transmettre à votre bureau liquidateur.

Remboursement à **100 %** pour les honoraires (pendant 10 jours) du médecin, de la sage-femme, des autres auxiliaires médicaux (à l'exception de l'aide familiale).

Les frais complémentaires relatifs au suivi et à l'hébergement, dans la maison de naissance, sont remboursés pour une période maximale de 24 heures après l'accouchement.

En présence de **complications** médicales pour la mère et/ou l'enfant directement liées à l'accouchement, la prise en charge est étendue après avis du médecin-conseil. Si ces complications entraînent une hospitalisation, les frais de séjour et de soins sont remboursés à **100 %**.

Les séances individuelles de **kinésithérapie postnatale**, effectuées par un kinésithérapeute sur prescription médicale sont remboursables à **80 %** (plafond de 25 €/séance) et ne sont pas incluses dans le nombre maximal de séances.

7.3. INFERTILITÉ

Qu'elle soit masculine ou féminine, l'infertilité doit résulter d'un problème pathologique chez l'affilié, son conjoint ou son partenaire.

Une demande d'autorisation préalable accompagnée d'un rapport médical est requise.

Les frais de traitement de l'infertilité seront remboursés :

- Fécondation in vitro :
 - maximum 5 tentatives par enfant ;
 - le traitement doit démarrer avant le 45^e anniversaire de la mère.
- Traitement de l'infertilité masculine : l'infertilité ne doit pas résulter d'une stérilisation volontaire antérieure.

Dans le cas d'une fécondation in vitro :

Le remboursement des frais éventuels de diagnostic génétique pré-implantatoire sur l'embryon et de don d'ovules est effectué sous conditions et nécessite une demande d'autorisation préalable.

8. TRAITEMENTS MEDICAUX THERAPEUTIQUES DIVERS

Tels que des traitements de : kinésithérapie, physiothérapie, ostéopathie, infrarouges, ultrasons, aérosolthérapie, acupuncture, logopédie, psychothérapie, psychomotricité, logopédie/orthophonie, podologie ...

8.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER

Les **traitements médicaux** doivent avoir été :

- prescrits par un médecin ;
- soumis à une autorisation préalable si nécessaire ;
- effectués par des prestataires (psychologue, kinésithérapeute, ostéopathe, acupuncteur, etc.) professionnellement habilités et légalement autorisés à exercer la profession médicale ou paramédicale, ou par des établissements médicaux ou paramédicaux dûment agréés par les autorités compétentes.

En Belgique, seuls les psychologues inscrits à la [Commission des psychologues](#) sont reconnus comme étant habilités à pratiquer cette profession. Par contre, dans d'autres pays, en plus des psychologues, les psychothérapeutes sont également habilités et légalement reconnus et leurs séances sont donc remboursables.

Les **prescriptions médicales** doivent :

- être établies avant le début du traitement ;
- être datées de moins de 6 mois ;
- renseigner le nom du patient ;
- le motif du traitement ;
- le type de traitement et le nombre de séances.

Les pièces justificatives doivent être conformes à la législation du pays dans lequel la prestation a eu lieu.

8.2. ET... DE COMBIEN ?

Les traitements médicaux sont remboursés à **80 %**, dans les limites des plafonds fixés pour chacune des prestations et de **100 %** en cas de maladie grave reconnue avec toutefois un plafond pour certains traitements. En effet, le remboursement s'effectue dans la limite du plafond normal doublé en cas de traitement thérapeutique dans le contexte d'une maladie grave.

Pour chacun des traitements, il existe un nombre maximum de séances remboursable par année civile. Sauf mention contraire, un nombre plus élevé de séances peut faire l'objet d'un remboursement sur autorisation préalable, en cas de maladie grave reconnue, de revalidation post-opératoire ou post-traumatique ou de problème de mobilité réduite.

→ voir ci-dessous le point 8.4. *Tableau des traitements divers*

8.3. NE SONT PAS REMBOURSABLES

- Les traitements à visée esthétique ;
- les abonnements de piscine ;
- les frais d'inscription dans des centres sportifs et de remise en forme.

8.4. TABLEAU DES TRAITEMENTS DIVERS

PM = prescription médicale

AP = autorisation préalable

A. TRAITEMENTS POUR LESQUELS UNE PRESCRIPTION MEDICALE EST REQUISE						
	Nature traitement/prestations	PM	AP	Nombre maximum de séances par an / (12 mois)	Plafond 80 % (€)	Remarques
A1	Aérosolthérapie	x		30	--	
A2	Consultation d'un diététicien	x		10	25	
A3	Kinésithérapie, physiothérapie et traitements assimilables²	x		60	25	
A4	Pédicure médicale	x		12	25	

B. TRAITEMENTS QUI DOIVENT ETRE EFFECTUES PAR UN MEDECIN OU EN MILIEU HOSPITALIER						
	Nature traitement/prestations	PM	AP	Nombre maximum de séances par an / (12 mois)	Plafond 80 % (€)	Remarques
B1	Acupuncture	x		30	25	Effectué par un prestataire légalement autorisé à délivrer ce type d'acte
B2	Mésothérapie	x	x	30	45	- Effectué par un médecin ou en milieu hospitalier (honoraires du médecin inclus dans le plafond de 45 € par séance) - Un nombre supérieur de séances/an ne peut être accordé.
B3	Rayons ultra-violets	x	x		35	

² Traitements assimilables : massages médicaux, gymnastique médicale, mobilisation, rééducation, mécanothérapie, tractions, bains de boue (fango), hydromassages, hydrothérapie, électrothérapie, courants diadynamiques, radar, ionisation, ondes courtes, courants spéciaux, rayons infrarouges, ultrasons, etc.

C. TRAITEMENTS POUR LESQUELS UNE PRESCRIPTION MEDICALE EST REQUISE ET QUI SONT, DANS CERTAINS CAS, SOUMIS A AUTORISATION PREALABLE						
	Nature traitement/prestations	PM	AP	Nombre maximum de séances par an / (12 mois)	Plafond 80 % (€)	Remarques
C1	Bilan/examen psychologique complet effectué par un seul intervenant	x			150	
C2	Chiropraxie/ostéopathie	x		24	40	Un nombre supérieur de séances/an ne peut être accordé que sur AP. Les traitements d'ostéopathie crânienne, énergétique et viscérale, la micro-ostéopathie ne sont pas remboursables
	Personnes âgées de 12 ans ou plus Enfants âgés de moins de 12 ans	x	x	24		
C3	Logopédie/orthophonie (rapport médical établi par médecin ORL ou neurologue)				35	Troubles neurologiques importants : dépassement 180 séances sur autorisation préalable Concerne : - enfants atteints de surdité grave ou d'affection neurologique - adultes souffrant d'affections neurologiques ou laryngées
	· Enfants jusqu'à l'âge de 12 ans accomplis	x		180 sur une ou plusieurs années		
	· Enfants âgés de 13 ans à moins de 18 ans	x	x	30 pour l'ensemble du traitement		
	· Personnes âgées de plus de 18 ans	x	x			
	Bilan logopédique/orthophonique				40	
C4	Psychomotricité, graphomotricité	x		60	35	
C5	Psychothérapie	x		30 tous types de séances confondus	60	· Séance individuelle
					90	· Séance familiale
					25	· Séance de groupe
	Effectué · par médecin spécialiste en psychiatrie, neuropsychiatrie ou neurologie · par psychologue ou psychothérapeute	x	x			Un dépassement du nombre maximal de séances/an peut être accordé sur la base d'une AP o Prescription par psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue o 10 premières séances peuvent être prescrites par médecin généraliste o Pour enfants âgés de moins de 15 ans la prescription peut être établie par un pédiatre

D. TRAITEMENTS TOUJOURS SOUMIS A AUTORISATION PREALABLE						
	Nature traitement/prestations	PM	AP	Nombre maximum de séances par an / (12 mois)	Plafond 80 % (€)	Remarques
D1	Bilan neuro-psychologique pluridisciplinaire	x	x		600	Sur la base d'un rapport médical d'un neuro-pédiatre ou psychiatre
D2	Caisson hyperbare	x	x		--	
D3	Drainage lymphatique	x	x	20 /12 mois	25	En cas de maladie grave reconnue, pas de limitation du nombre de séances ni de plafond.
D4	Endermologie à visée non esthétique	x	x	5 / 12 mois	--	Traitement de cicatrices vicieuses
D5	Epilation	x	x		Montant maximum remboursable équivalent intervention chirurgicale - Cat. A1 - Cat. A2	Uniquement en cas d'hypertrichose pathologique du visage - Cat.A1 pour cas peu étendus - Cat.A2 pour cas étendus
D6	Ergothérapie	x	x	--	--	
D7	Laser : Traitement Laser ou photothérapie dynamique en dermatologie	x	x	20	--	
D8	Orthoptie	x	x	20 /12 mois	35	Prescription par spécialiste en ophtalmologie indiquant l'identité de l'orthoptiste
D9	Revalidation fonctionnelle pluridisciplinaire ambulatoire en service hospitalier.	x	x	--	--	
D10	Revalidation par appareil MDX, traitements selon méthode « David Back Clinic » ou école du dos	x	x	24 renouvelable en principe une fois	40	
D11	Traitements par ondes de choc en rhumatologie	x	x	--	--	
D12	Tout autre traitement non spécifié	x	x	--	--	NB : l'excessivité est déterminée au cas par cas

9. AUXILIAIRES MEDICAUX

Les frais de prestations du personnel infirmier sont remboursables à **80 %** ou à **100 %** en cas de maladie grave reconnue, à condition que ces prestations aient été prescrites par un médecin et exécutées par une personne légalement autorisée à exercer la profession.

Pour les prestations complémentaires à celles effectuées par un garde-malade, une autorisation préalable est requise.

NE SONT PAS REMBOURSABLES

Les frais de déplacement du prestataire.

10. CURE DE CONVALESCENCE ET POSTOPERATOIRE

Deux conditions pour que la cure soit remboursée (d'office sur demande d'autorisation préalable) :

- qu'elle soit effectuée sous contrôle médical dans un centre de convalescence disposant d'une infrastructure médicale et paramédicale adaptée ;
- qu'elle débute dans les 3 mois suivant l'intervention chirurgicale ou la maladie pour laquelle elle a été prescrite, sauf contre-indication médicale dûment justifiée dans le rapport accompagnant la prescription médicale et acceptée par le médecin-conseil.

L'autorisation de cure peut être renouvelée en cas de rechute ou de nouvelle maladie.

10.1. REMBOURSEMENT... DE COMBIEN ?

Les frais de séjour : remboursés à **80 %** (plafond de 36 €/jour) pour 28 jours/an maximum ou à **100 %** (plafond de 45 €/jour).

Les frais de soins : remboursés séparément conformément aux dispositions prévues dans les dispositions générales d'exécution.

Les frais d'accompagnement : remboursés à titre exceptionnel à **85 %** (plafond de 40 €/jour), sur prescription médicale et après autorisation préalable, dans les cas suivants :

- pour un membre de la famille qui accompagne, dans la chambre ou dans l'enceinte de l'établissement de cure, un bénéficiaire qui suit une cure avant son 14^e anniversaire ou qui a besoin d'une assistance spéciale, compte tenu de l'affection ou d'une autre nécessité médicalement justifiée ;
- pour les frais de séjour de l'enfant en période d'allaitement qui doit accompagner sa mère en cure.

Dans tous les autres cas, les frais d'accompagnement ne sont pas remboursés.

10.2. NE SONT PAS REMBOURSABLES

Les frais de voyage.

11. CURE THERMALE

= séjour de **10 à 21 jours** dans un établissement spécialisé qui prodigue ses soins sous contrôle médical avec des eaux prises à la source avant qu'elles ne perdent certaines propriétés ou dans des centres paramédicaux spécialisés agréés par les autorités sanitaires nationales.

Une cure doit comporter au moins **2 soins appropriés/jour** et **ne pas être interrompue**, sauf sur présentation d'un certificat du médecin de cure justifiant l'interruption pour raisons de santé ou pour une raison familiale impérieuse (décès, maladie grave reconnue d'un membre de famille, etc.).

L'autorisation de cure est limitée à :

- 1 cure/an, avec un maximum de 8 cures sur la durée de la vie, pour les pathologies suivantes :
 - rhumatisme et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires ;
 - phlébologie et maladies cardio-artérielles ;
 - neurologie ;
 - maladies de l'appareil digestif, de ses annexes et maladies métaboliques ;
 - gynécologie et maladies de l'appareil réno-urinaire ;
 - dermatologie et stomatologie ;
 - voies respiratoires.
- 1 cure/an à condition qu'elle soit effectuée dans le cadre du traitement d'une maladie grave reconnue ou en cas d'un psoriasis sévère ne répondant pas aux traitements classiques.

Attention :

L'autorisation ne vous sera accordée que si :

- la cure thermique est reconnue nécessaire par le médecin-conseil ;
- vous avez suivi au cours de l'année les traitements prescrits et que ceux-ci se sont révélés insuffisants ;
- la cure a une valeur thérapeutique avérée.

11.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER

Avant la cure...

Au moins 6 semaines avant la date de la cure, veuillez présenter une demande d'autorisation préalable qui comporte des documents suivants :

- la prescription médicale du médecin traitant indépendant d'un centre de cure ;
- le rapport médical détaillé, établi depuis moins de 3 mois, précisant :
 - les antécédents du patient et le détail des traitements suivis durant l'année pour la pathologie nécessitant la cure ;
 - la durée de la cure, la nature des soins thermaux à suivre et le type de centre thermal agréé en rapport avec la pathologie concernée ;
- le cas échéant, la prescription médicale justifiant l'accompagnement.

Après la cure...

Si l'autorisation préalable a été **accordée** :

- remplir une **demande de remboursement** et y joindre :
 - la facture détaillée acquittée ;
- Envoyer le tout à votre bureau liquidateur.

Si l'autorisation préalable **n'a pas été accordée**, le remboursement des frais de soins reste possible :

- remplir une **demande de remboursement** et y joindre :
 - une prescription originale du médecin traitant indépendant du centre de cure, datant de moins de 6 mois et mentionnant le diagnostic, le nombre et le type de soins;
 - une facture détaillée conforme à la prescription médicale avec indication des dates, du nombre de séances et du prix du traitement.
- Envoyer le tout à votre bureau liquidateur.

11.2. ET... DE COMBIEN ?

Frais de traitement et de contrôle médical : **80 %** (plafond global de 64 €/jour) ou de **100 %** (plafond global spécial de 80 €/jour) en cas de maladie grave reconnue.

Les frais d'accompagnement : **85 %** (plafond de 40 €/jour), sur prescription médicale et après autorisation préalable, dans les cas suivants :

- pour un membre de la famille qui accompagne, dans la chambre ou dans l'enceinte de l'établissement de cure, un enfant qui suit une cure avant son 14^e anniversaire ou qui, compte tenu de l'affection ou d'une autre nécessité médicalement justifiée, a besoin d'une assistance spéciale.
- pour les frais de séjour de l'enfant en période d'allaitement qui doit accompagner sa mère en cure.

11.3. NE SONT PAS REMBOURSABLES

- Les cures de thalassothérapie et de remise en forme ;
- les frais de voyage ;
- les frais de séjour, logement et repas ;
- les frais accessoires aux soins ;
- les traitements tels que :
 - les bains de mer, de lac, les bains de sable,
 - le sauna, le solarium,...

12. LUNETTES

Sont remboursables :

- tous les ans pour les personnes jusqu'à l'âge de 18 ans ;
- tous les 2 ans pour les personnes âgées de plus de 18 ans ;
- plus fréquemment, suite à un changement de dioptrie ou d'axe au moins égal à 0,50, attesté par un médecin ophtalmologiste.

Le remboursement des lunettes est limité à 2 paires comprenant la monture et les verres correcteurs quelles que soient leurs caractéristiques :

- soit 1 paire de lunettes avec verres unifocaux pour vision de près et 1 paire avec verres unifocaux pour vision de loin ;
- soit 1 paire de lunettes avec verres multifocaux ou progressifs et, le cas échéant, 1 paire de lunettes avec verres unifocaux pour vision de près ou de loin.

12.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER

La **facture originale doit reprendre** :

- le genre de vision (loin, près, multifocale) ;
- les caractéristiques des verres (puissance de chaque verre correcteur et dioptrie) ;
- le prix des verres ;
- le prix de la monture séparément.

12.2. ET... DE COMBIEN ?

Le **taux de remboursement** est de **85 %** :

- pour les montures (plafond de 120 €) ;
- pour les verres selon les critères suivants :

	Plafond <u>par verre</u> (en €)
Verres normaux	
jusqu'à 4 dioptries	110
de 4,25 à 6 dioptries inclus	140
de 6,25 à 8 dioptries inclus	180
au-delà de 8,25 dioptries	300
Verres multifocaux/progressifs	350

12.3. NE SONT PAS REMBOURSABLES

- Les lunettes avec verres non-correcteurs ;
- les lunettes solaires ;
- les lunettes de travail sur ordinateur (éventuellement remboursées par le Service médical et non par le RCAM).

13. LENTILLES DE CONTACT

13.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER

La **facture** doit mentionner :

- le genre de vision (loin, près, multifocale) ;
- les caractéristiques des lentilles (puissance et dioptrie) ;
- le type de lentilles (jetables ou conventionnelles) ;
- le prix des lentilles.

13.2. ET... DE COMBIEN ?

Les frais d'acquisition de lentilles de contact correctrices, conventionnelles et/ou jetables, ainsi que les frais d'acquisition des produits d'utilisation sont remboursables à **85 %** (plafond global de 500 € par période de 24 mois).

Si les lentilles de contact ont été achetées via Internet, le remboursement ne peut se faire que sur présentation d'une facture en bonne et due forme (voir sous « pièces justificatives »).

14. APPAREILS AUDITIFS

= achat ou réparation d'appareils prescrits par un ORL ou par un audiométriste.

14.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER

- Remplir une demande de remboursement et y joindre la prescription médicale de l'ORL ou de l'audiométriste et la facture acquittée.

14.2. ET... DE COMBIEN ?

Remboursés à **85 %** (plafond de 1.500 € par oreille).

Renouvellement possible tous les 5 ans, sauf en cas de variation des conditions audiométriques.

14.3. NE SONT PAS REMBOURSABLES

L'entretien et les piles.

Pour info :

En cas de maladie grave de la sphère auditive ou si l'appareil est destiné à des personnes de moins de 18 ans, une dérogation aux plafonds et aux délais de renouvellement peut être accordée après autorisation préalable.

15. APPAREILS ORTHOPEDIQUES ET AUTRES MATERIELS MEDICAUX

Pour info :

Un tableau reprenant les types d'appareils, leur taux de remboursement et les plafonds ainsi que les conditions de remboursement peut être consulté dans l'annexe 2 du titre II des DGE.

→ voir rubrique *Pour plus d'infos...*

NE SONT PAS REMBOURSABLES

- les frais d'aménagement fixes du domicile ou d'un véhicule, les accessoires domotiques, d'informatique, de télé-vigilance, le mobilier non strictement médical, tels que les fauteuils relax et autres articles assimilés.

16. FRAIS DE TRANSPORT D'UN BENEFICIAIRE DU RCAM

16.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER

Avant le déplacement...

Remplir une demande d'**autorisation préalable** et y joindre un certificat médical qui justifie la nature et la nécessité du transport. En cas de plusieurs allers retours, la prescription doit préciser les raisons et justifier le nombre de trajets indispensables.

En ce qui concerne les conditions, la décision tient compte entre autres, du fait que les soins ne peuvent être donnés au lieu d'affectation ou de résidence du bénéficiaire et/ou que celui-ci est dans l'incapacité d'utiliser les moyens de transport publics ou privés.

Après le déplacement...

Remplir une **demande de remboursement** et y joindre :

- les pièces justificatives du transport (p.ex. factures acquittées, titres de transport/voyage, etc.).

16.2. ET... DE COMBIEN ?

Remboursés à **80 %** ou **100 %** (maladie grave reconnue).

A défaut des justificatifs requis, le remboursement est fixé à **80 %** ou à **100 %** du prix d'un billet de train en 1^{re} classe ou, le cas échéant, du plafond de 0,22 €/km.

Seul est pris en considération le remboursement du moyen de transport adapté au cas du bénéficiaire, vers l'établissement ou le prestataire de soins le plus proche qui est en mesure de prendre en charge sa pathologie de manière adéquate.

16.3. NE SONT PAS REMBOURSABLES

Les frais de transport :

- pour raisons familiales, linguistiques ou de convenance personnelle ;
- pour la consultation d'un médecin généraliste ;
- pour une cure thermale ou de convalescence ;
- pour se rendre sur le lieu de travail ou pour toute autre raison non reconnue par le bureau liquidateur ;
- de rapatriement en cas de maladie ou d'accident ;
- de recherche en montagne, en mer, etc. ;
- de transport en véhicule privé à l'intérieur de l'agglomération de résidence. Sauf en cas de traitements répétitifs lourds tels que radiothérapie, chimiothérapie, dialyse, etc., auquel cas, les frais seront remboursés après avis du médecin-conseil.

Attention :

Le transport d'urgence motivé (par exemple en cas d'accident) est remboursable sans autorisation préalable. Mais, le cas échéant, le médecin-conseil peut être appelé à rendre un avis.

Le libre choix du prestataire ou de l'hôpital n'implique pas nécessairement le remboursement des frais de déplacements.

17. FRAIS FUNERAIRES

Une indemnité forfaitaire pour frais funéraires est versée :

- **à l'affilié** : en cas de décès d'une personne affiliée de son chef ou d'un enfant mort-né (d'au moins 22 semaines) ;
- **au conjoint, partenaire reconnu, enfants ou, à défaut, à toute autre personne qui justifie du paiement des frais funéraires** : en cas de décès de l'affilié.

17.1. POUR SE FAIRE REMBOURSER

Pour l'affilié (en cas de décès d'une personne affiliée de son chef ou d'un enfant mort-né) : envoyer une copie de l'acte de décès au bureau liquidateur de l'affilié.

Pour les ayants-droit : envoyer une copie de l'acte de décès au bureau liquidateur de l'affilié.

Pour les tiers : envoyer la preuve du paiement des frais funéraires au bureau liquidateur de l'affilié.

17.2. ET... DE COMBIEN ?

Le montant de l'indemnité forfaitaire pour frais funéraires s'élève à 2.350 €.

18 Vacances

Il vous est suggéré de faire le suivant:

- Imprimez un certificat de couverture par notre assurance maladie pour vous et votre famille (via RCAM en ligne) : <https://webgate.ec.testa.eu/RCAM>).
- Imprimez également une demande de prise en charge (http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#1d)
- et une déclaration d'accident (http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx#4a)

Attention :

Certains hôpitaux n'acceptent pas la prise en charge et exigent un paiement immédiat. C'est pourquoi, nous vous conseillons de souscrire une assurance complémentaire auprès d'une compagnie d'assurance privée. Celle-ci couvrira également les coûts qui ne sont pas pris en charge par notre assurance maladie tels que les frais de transport ou de rapatriement vers le domicile ou la partie des frais qui pourrait rester à votre charge, notamment dans des pays à médecine chère.

POUR PLUS D'INFOS...

SI VOUS AVEZ ACCÈS À MYINTRA COMM ...

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx
(accès Commission)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx
(accès autres institutions et agences)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>
(accès pour les pensionnés)

RCAM en ligne

Avec votre mot de passe ECAS vous pouvez facilement accéder à RCAM-en-ligne. Vous pouvez suivre l'état de votre dossier auprès du Régime commun d'assurance maladie et, à ce stade, introduire vos demandes de remboursement et vos demandes d'autorisations médicales (devis dentaire, maladie grave, autorisation préalable). Suivez l'évolution de vos dossiers via RCAM-en-ligne suite à une notification par email ou en vous connectant de temps à autre:

<https://webgate.ec.europa.eu/RCAM/>

Les formulaires papier sont disponibles dans leur version la plus récente :

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx
(accès Commission)

http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/form.aspx
(accès autres institutions et agences)

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/retired>
(accès pour les pensionnés)

- demande d'autorisation préalable ;
- demande de remboursement de frais médicaux ;
- demande de reconnaissance de maladie grave ;
- demande de prise en charge ;
- demande de prise en charge pour maison de repos/de soins ;
- demande d'avance sur frais médicaux élevés ;
- note d'honoraires dentaires ;
- devis dentaire pour demande d'autorisation préalable ;
- devis orthodontique pour demande d'autorisation préalable.

Contacter le PMO, chercher une réponse ou transmettre une requête? Voici le moyen le plus simple:

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>





SINON...



PMO Contact

☎ + (32) 2-29.97777

Annexes

- exemple reçu pédicure 
- exemple reçu podologue 
- exemple reçu ostéopathe 
- exemple reçu psychologue 

- exemple facture Italie 