



## COMMISSION EUROPÉENNE

OFFICE GESTION ET LIQUIDATION DES DROITS INDIVIDUELS

PMO.3

Bureau Central

Bruxelles le 06/04/2012

# LIGNES-GUIDES SUR L'APPLICATION DE LA COMPLEMENTARITE ET SUR L'INTRODUCTION DES DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Index: 1) La couverture RCAM - 2) La couverture complémentaire - 3) Les carences manifestes du régime primaire à prestation directe et la preuve - 3.1) La preuve d'un délai d'attente excessif pour prestations couvertes par le régime primaire national - 3.1.1) Déclaration relative au délai d'attente - 3.2) Preuve pour les prestations non couvertes ou non fournies par le régime primaire - 3.3) Preuve pour les produits pharmaceutiques non soumis au ticket modérateur - 4) Procédure pour demander le remboursement au RCAM - 4.1) Remboursement pour prestations effectuées auprès du régime primaire national - 4.2) Remboursement pour prestations effectuées auprès du secteur privé ou pour l'achat des médicaments pas soumis au ticket modérateur

## 1) La couverture RCAM

Le RCAM couvre, à titre primaire, tous les bénéficiaires ainsi que, sous certaines conditions et à différents degrés, les personnes assurées de leur chef, notamment le conjoint ou partenaire reconnu, les enfants et toute autre personne reconnue à charge de l'affilié, au sens de l'article 2 paragraphe 4 Annexe VII du Statut (Article 72.1 du Statut).

En particulier, le conjoint/partenaire reconnu est couvert par le RCAM à titre primaire s'il ne dispose pas de revenus propres d'origine professionnelle, ou si le niveau des revenus ne lui permet pas d'être couvert par un autre régime obligatoire d'assurance maladie légale ou réglementaire (art. 12 et 13 du RCAM).

S'il dispose de revenus, les dispositions sur la complémentarité s'appliquent (art. 14 RCAM - Titre I chapitre 2.3 et titre III chapitre 3 DGE).

Le droit à la complémentarité du conjoint/partenaire de l'affilié est strictement conditionné à l'envoi annuel du dernier document officiel disponible (prouvant les revenus perçus par le conjoint/partenaire) au Bureau Liquidateur.

Dans le cas contraire le droit est clôturé.

## 2) La couverture complémentaire

La couverture complémentaire a pour but de garantir aux assurés couverts par un régime primaire national de sécurité sociale le même niveau de remboursement de frais médicaux que celui auquel ils auraient pu prétendre s'ils étaient affiliés à titre primaire au RCAM.

Le principe à la base de la couverture complémentaire est que le "*libre choix ne s'applique aux bénéficiaires de la complémentarité, qu'après avoir recouru aux possibilités du régime primaire*".

Sur cette base les bénéficiaires de la complémentarité qui dépendent d'un système à prestation indirecte<sup>1</sup>, doivent d'abord avoir fait recours à leur régime primaire national de sécurité sociale et demander le remboursement de leurs frais médicaux auprès de celui-ci, le RCAM n'intervenant que comme régime complémentaire après le remboursement par le régime primaire national.

Toutes prestations pour lesquelles le régime primaire n'accorde pas de remboursement peuvent faire l'objet d'un remboursement de la part du RCAM, à condition qu'elles soient admissibles par ce dernier.

Pour les bénéficiaires en complémentarité, qui dépendent d'un système à prestation directe<sup>2</sup>, le remboursement de la part du RCAM des frais soutenus dans le secteur privé est limité à 5 catégories de prestations et à condition qu'une *autorisation préalable* soit délivrée sur base de la preuve des *carences manifestes du système même*:

- hospitalisation et intervention chirurgicale;
- traitement et examen en milieu hospitalier;
- maison de repos et de soin;
- garde-malade;
- cures thermales et de convalescence.

Les prestations autres que celles reprises dans la liste ci-dessus, peuvent faire l'objet de remboursements, à condition qu'elles soient admissibles de la part le RCAM et toujours après avoir fait recours au régime primaire national de sécurité sociale.

---

<sup>1</sup> C.à.d. le régime national **rembourse** les prestations effectuées et pour lesquelles les bénéficiaires ont payé le prix entier (France – Belgique – Luxembourg etc.)

<sup>2</sup> C.à.d. le régime national primaire **ne rembourse pas** les prestations déjà effectuées, mais prend directement à charge une partie des coûts des prestations / traitements à effectuer dans les hôpitaux ou cliniques conventionnées avec le système national primaire (par ex. Italie, Espagne, Royaume Uni, Irlande, Portugal, etc.).

### 3) Les carences manifestes du régime primaire à prestation directe et la preuve

Les carences manifestes d'un régime primaire de sécurité sociale à prestation directe peuvent se résumer ainsi:

- a) Délais d'attente excessifs pour les prestations (visites, traitements, examens) fournies de la part du régime primaire;
- b) Prestations (visites et consultations) non prises en charge par le régime primaire<sup>3</sup>;
- c) Produits pharmaceutiques non soumis au ticket modérateur pour lesquels le prix plein est payé par le bénéficiaire.

Pour avoir droit au remboursement de la part du RCAM des frais soutenus dans le secteur privé, le bénéficiaire de la complémentarité, qui dépend d'un régime à prestation directe, **doit fournir la preuve des carences manifestes existantes dans son régime primaire de sécurité sociale.**

#### 3.1) La preuve d'un délai d'attente excessif pour prestations couvertes par le régime primaire national

Au cas où le régime primaire national fournit la prestation demandée, le bénéficiaire de la complémentarité doit d'abord y faire recours. Toutefois, si le bénéficiaire estime que le délai d'attente pour obtenir la prestation est trop long par rapport à sa pathologie, il doit, **avant d'effectuer la prestation,** demander au BL l'autorisation, en fournissant au préalable, les preuves suivantes :

##### 3.1.1) déclaration relative au délai d'attente:

La déclaration relative au délai d'attente doit être délivrée par le régime national, qui a le devoir de répondre, étant partie de l'administration publique. Si ceci n'est pas le cas, le bénéficiaire peut se rendre auprès de l'office réservation du régime primaire national<sup>4</sup> et prendre un rendez-vous pour la visite/traitement/consultation nécessaire: la nécessité de s'adresser au système privé sera évaluée par le médecin conseil du RCAM sur base de la date fixée et en relation avec la pathologie.

---

<sup>3</sup> A titre d'exemple pour l'Italie: ostéopathie, massothérapie ...

<sup>4</sup> Pour l'Italie: CUP- centro unico prenotazioni / ASL – azienda sanitaria locale . En particulier, pour les résidents dans la région Lombardie (Italie) la région met à disposition un site internet qui donne les délais d'attente pour effectuer les différentes prestations, dans des hôpitaux/structures publiques ainsi que dans des centres conventionnés. Cette liste donne la possibilité de trouver un centre dans la région (lié à son propre ASL d'appartenance) qui fournit la prestation demandée dans les plus brefs délais.

**Le document mentionnant le rendez-vous des prestations/traitements ainsi que la prescription médicale, doivent être envoyés à l'attention du Médecin conseil du RCAM, afin qu'il puisse vérifier si le délai d'attente pour la visite/consultation/traitement est excessif et incompatible avec la pathologie. Seulement dans le cas où le Médecin conseil du RCAM donne son accord, la prestation/visite/consultation/traitement effectuée dans le secteur privé pourra être remboursée.**

Si le rendez-vous peut être fixé par téléphone, il faut néanmoins obtenir la preuve écrite de la date, en particulier:

- de la part de la structure auprès de laquelle le rendez-vous a été pris<sup>5</sup>;
- de la part du médecin généraliste qui doit attester que la date, indiquée oralement par la structure, est trop éloignée en tenant compte de la pathologie en acte, au cas où la structure auprès de laquelle le rendez-vous a été pris refuse de donner une confirmation écrite<sup>6</sup>.

### **3.2) Preuve pour les prestations non couvertes ou non fournies par le régime primaire**

Au cas où le régime primaire national ne couvre pas les coûts ou ne fournit pas une prestation, les bénéficiaires peuvent s'adresser directement au secteur privé. Toutefois, afin d'obtenir le remboursement RCAM, le bénéficiaire doit prouver que la prestation/traitement n'est pas fournie par le régime primaire national.

A titre d'exemple, les pièces justificatives acceptables sont les suivantes:

- Déclaration officielle livrée par une structure/bureau<sup>7</sup> du régime primaire de sécurité sociale attestant que la prestation/visite/traitement n'est pas couverte ou n'est pas fournie.
- Déclaration du médecin généraliste<sup>8</sup> qui atteste dans sa prescription médicale que la prestation/visite/traitement n'est pas couverte ou n'est pas fournie par le régime primaire.
- Acte légal officiel (lois/décrets) attestant que la prestation/visite/traitement n'est pas couverte ou n'est pas fournie.

**La plupart des Etats membres à prestation directe ne couvrent pas les frais dentaires (sauf pour des cas spécifiques, exceptionnels et de très grave urgence), ainsi que les remboursements des lunettes, verres et lentilles: ces prestations sont considérées remboursables de la part du RCAM à titre primaire sans preuve.**

---

<sup>5</sup> Pour l'Italie de l'ASL ou du CUP

<sup>6</sup> Pour l'Italie, il faut néanmoins rappeler que pour les urgences le régime primaire a établi une procédure *ad hoc*: le médecin généraliste ajoute une vignette verte sur la prescription afin que les prestations/visites demandées soient effectuées par les structures sanitaires publiques endéans un délai maximal de 72 heures.

<sup>7</sup> Pour l'Italie: ASL- CUP

<sup>8</sup> Pour l'Italie "medico di base".

### **3.3) Preuve pour les produits pharmaceutique non soumis au ticket modérateur**

Dans le cas où un médicament n'est pas soumis au ticket modérateur par le régime primaire, les produits pharmaceutiques peuvent être achetés à prix plein.

Toutefois, afin d'obtenir le remboursement de la part du RCAM, la preuve que le produit pharmaceutique n'est pas soumis au ticket modérateur par le régime primaire de sécurité sociale est demandée.

Les pièces justificatives acceptables sont les suivantes:

- Déclarations du médecin généraliste<sup>9</sup> attestant, dans la prescription médicale pour les produits pharmaceutiques, que les produits prescrits ne sont pas soumis au ticket modérateur.
- Déclaration de la pharmacie, apposée sur la prescription médicale au moment de l'achat des produits, avec vignette et signature du docteur de la pharmacie, qui atteste que le produit acheté n'est pas soumis au ticket modérateur.

### **4) Procédure pour demander le remboursement au RCAM**

Après avoir effectué toute démarche pour obtenir la prestation/traitement auprès du régime de couverture primaire et avoir obtenu la documentation nécessaire, deux situations différentes peuvent se présenter pour demander le remboursement de frais:

#### **4.1) Remboursement pour prestations effectuées auprès du régime primaire national**

Pour obtenir le remboursement des frais encourus pour des prestations effectuées auprès du régime primaire national ou de médicaments achetés à travers le même régime, le bénéficiaire doit remplir une demande de remboursement en joignant les factures relatives aux "tickets modérateurs" payés pour les prestations (ou pour les produits pharmaceutiques achetés) et l'envoyer au RCAM avec la prescription médicale. Si le régime primaire garde la prescription médicale originale, le bénéficiaire devra présenter une copie attestant que la prescription a été retenue.

Le remboursement des frais pour prestations ou pour l'achat de produits soumis à ticket modérateur sera accordé par le RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement et selon les pourcentages indiqués par la réglementation, à savoir 80% ou 85 %.

En cas de maladie grave reconnue par le RCAM le remboursement du ticket modérateur sera effectué à concurrence de 100% du coût restant à charge du bénéficiaire.

---

<sup>9</sup> Pour l'Italie: medico di base de l'ASL"

#### **4.2) Remboursement pour prestations effectuées auprès du secteur privé ou pour l'achat des médicaments pas soumis au ticket modérateur**

Le bénéficiaire doit remplir une demande de remboursement en joignant:

- la facture de la visite/consultation/traitements avec l'accord du RCAM (dans le cas où la carence manifeste du régime primaire a été démontrée) ou lesdits documents avec la déclaration du médecin généraliste qui atteste que les prestations ne sont pas fournies par le régime primaire, ou les actes légaux attestant que les prestations ne sont pas fournies par le régime primaire;
- La prescription médicale, le reçu/la facture des produits pharmaceutiques avec la déclaration du médecin généraliste et/ou la déclaration et cachet de la pharmacie sur la prescription médicale.

## INFORMATIONS GENERALES

### COMMENT INTRODUIRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT ?

#### 1) REMPLIR UN FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

1. Indiquer s'il s'agit d'une demande de :
  - remboursement normal;
  - remboursement suite à "accident ou maladie professionnelle" (avec références);
  - remboursement pour "maladie grave" (avec références);
  - remboursement pour "personnel affecté hors UE".
2. Etaler l'envoi de vos demandes de remboursement tout au long de l'année afin d'éviter l'afflux de demandes déposées à la fin de chaque semestre.
3. Introduire la demande de remboursement dans la période de 18 mois qui suit la date de la prestation, faute de quoi le remboursement sera refusé, sauf cas de force majeure dûment prouvé.
4. Introduire des demandes de remboursements séparées et spécifiques pour vos frais médicaux relatifs à un accident ou une maladie grave.
5. Insérer sur chaque DR (formulaire) **10 lignes maximum. Ne pas effectuer de report de lignes sur un autre formulaire, chaque demande étant traitée séparément.**
6. Remplir une seule ligne par facture/reçu (si plusieurs soins/médicaments sur une facture, ne pas les détailler).
7. Ne pas oublier de spécifier le pays/la devise.
8. Joindre une traduction en EN, FR, DE en cas de langue d'un pays hors-UE.

**2) Joindre les pièces justificatives originales** (sauf si remboursement en complémentarité, pour des pays à prestation indirecte (par ex. France, Luxembourg, Belgique))

Les **reçus et factures** doivent être conformes à la législation du pays dans lequel ils ont été émis ou 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.

Si le RCAM intervient en **complémentarité**, lorsqu'il y a remboursement partiel par le régime primaire à prestation indirecte, une copie des factures ainsi que l'original du décompte édité par ce dernier précisant le détail des prestations remboursées doivent être joints à la demande de remboursement.

Le remboursement des **médicaments** s'effectue sur base de reçus ou factures pharmaceutiques 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 dans des pays à prestation indirecte du prix effectivement payé;
- la date de délivrance des médicaments;
- le cachet et la signature du pharmacien pour les personnes assurées en complémentarité dans des pays à prestations directes, si le médicament n'est pas soumis à ticket modérateur, déclaration du médecin ou de la pharmacie à ce propos;

**3)** La preuve des paiements n'est plus exigée (à savoir: reçu de la carte de crédit / ATM etc.), étant donné que par votre signature sur la demande vous certifiez avoir effectué le paiement des prestations.

**4)** Afin de permettre d'enregistrer les demandes de remboursement et les pièces justificatives, **utiliser des trombones et éviter d'utiliser des agrafes.**

**5) Signer les formulaires DR, les formulaires non-signés ne seront pas traités et seront renvoyés.**

- Compte tenu de la charge de travail, les bureaux liquidateurs ne pourront vous faire parvenir des copies de vos documents qu'à titre exceptionnel.

Conservez, donc, soigneusement les doubles de vos demandes de remboursement, les pièces justificatives ainsi que les décomptes **que votre bureau liquidateur vous fera parvenir après traitement.**

**6)** Le remboursement s'effectue sur le compte bancaire sur lequel votre rémunération/pension est versée. En cas de **changement de compte bancaire**, ne pas clôturer immédiatement l'ancien compte mais attendre un certain temps afin de s'assurer que les remboursements en cours sont bien parvenus.

<b>INDICATIONS POUR LES AFFILIÉS EN PRIMAIRE</b>
--

Une **PRESCRIPTION MEDICALE** est nécessaire pour chaque prestation demandée, en particulier pour :

- Physiothérapie, kinésithérapie, chiropratique, ostéopathie etc.
- Pédicure (si effectuée par un podologue);
- Consultation auprès du diététicien / visite auprès d'un nutritionniste.



Une **AUTORISATION PREALABLE** est nécessaire pour :

- Psychothérapie effectuée par un psychologue;
- Lymphodrainage;
- Appareil pour aérosol;
- Ostéopathie pour enfants âgés de moins de 12 ans;
- Produits pharmaceutiques comme RILATINE, XENICAL, FINASTERIDE, CIALIS, etc.

**Avant d'envoyer une demande de remboursement des frais médicaux liés à une demande d'autorisation préalable, veuillez attendre la décision sur la demande d'autorisation préalable**

### **Verres et lentilles**

- Pour le premier achat de verres ou lentilles il faut avoir une prescription médicale originale d'un ophtalmologue / oculiste ou d'un optométriste;
- la facture doit toujours distinguer les coûts pour les verres et le coût de la monture ainsi que le coût pour les lentilles;
- Pour l'achat des lentilles, chaque facture doit préciser le type de lentilles et les dioptries (sphère – cylindre – axe).

### **Dentisterie**

- Il faut obligatoirement un devis dentaire pour : prothèse, parodontologie, orthodontie
- Pour les cures conservatives, le devis dentaire n'est pas nécessaire (radios, obturations, dévitalisations, extractions, etc.).