

10. Dépendance

Maisons de repos et de soins et garde malade à domicile

10.1. Reconnaissance de la dépendance : les documents à fournir

- Évaluation de l'autonomie fonctionnelle (aspects physiques) ;
- Évaluation spatio-temporelle (aspects cognitifs) ;
- Déclaration d'aide financière complémentaire où l'on indique si on dispose d'un autre système d'assurance ;
- Rapport médical ou prescription médicale expliquant les raisons pour lesquelles l'affilié doit séjourner dans une maison de repos ou de soins ou doit avoir recours au service d'une garde malade à domicile.

Un formulaire d'évaluation de l'autonomie et une déclaration d'aide financière éventuelle ainsi qu'un rapport doivent être respectivement remplis et établis par le médecin traitant.

Une demande d'autorisation préalable (AP) doit également être envoyée (voir point 5). Ce formulaire est identique aussi bien pour un séjour en maison de repos et de soins que pour une garde-malade. Un même formulaire devra être établi pour les frais de transport non urgents par ex de la maison de soins vers le domicile.

Pour les maisons de repos et de soins, des documents supplémentaires sont à fournir : un plan de soins détaillé et une facture proforma.

Tous ces documents doivent être envoyés au médecin conseil qui établit le degré de dépendance de l'affilié.

Une prise en charge des frais relatifs aux soins en maison de repos et de soins pourra être demandée mais ne pourra être transmise que lorsque les informations relatives à la maison de soins et à la durée du séjour seront connues.

10.2. Maisons de repos et de soins

Les frais de soins sont remboursés soit à 85% soit à 100% s'ils sont liés à la maladie grave. (attention toujours à l'excessivité).

Pour les frais de séjour résidentiels : plafonnés à 36 Euros par jour (en Belgique).

Pour ceux non résidentiels (en centre de jour) : plafonnés à 18 Euros par jour (en Belgique).

Attention : bien faire comprendre à ces établissements que les pensionnés ne sont pas affiliés au système de sécurité sociale nationale et qu'ils ne peuvent pas bénéficier en principe de l'aide nationale ou locale. Dans ces conditions, les factures seront de préférence établies en deux parties, l'une pour les frais de séjour (x jours à y Euros par ex) et l'autre pour les frais de soins collectifs. Les autres frais comme les visites médicales, analyses, médicaments, frais de transport par ambulance sont traités dans les demandes de remboursement habituelles.

À noter que très souvent, pour s'assurer de la solvabilité des personnes souhaitant entrer dans une maison de retraite, il leur sera demandé le montant de leurs revenus. C'est l'un des rares cas où le bulletin de pension avec montant doit être fourni.

En cas de facture forfaitaire, cette séparation des frais est effectuée en fonction du degré de dépendance :

- ✓ degré 1 (le plus élevé) : 70% soins-30% séjour ;
- ✓ degré 2 : 60 % soins-40% séjour ;
- ✓ degré 3 : 50% soins-50% séjour ;
- ✓ degré 4 : 30% soins-70% séjour.
- ✓ le degré 5 n'ouvre pas droit à un remboursement.

10.3. Garde malade à domicile

1. Si le/la garde-malade dépend d'un organisme officiel (ex-Croix Rouge) ou d'un organisme non officiel (coopérative/société/service privé), joindre :

- une copie du Statut qui prouve que l'organisme est reconnu pour fournir des services de garde malade ;
- une copie du contrat signé entre ce service et l'affilié ;
- le contrat en bonne et due forme entre l'organisme et la/les personne(s) qui fourni(ssen)t les prestations de garde malade selon le droit national du pays où les prestations de garde malade sont fournies.

Le contrat doit notamment stipuler :

- la nature des prestations de garde malade à effectuer (pas de tâches ménagères) ;
- le nombre d'heures à prester ;
- le nom du/de la ou des garde malades ;
- le prix horaire applicable.

2. Si le/la garde malade exerce dans un cadre libéral officiel, joindre :

- la preuve qu'il/elle soit officiellement reconnu (e) pour fournir des services de garde malade lorsque la législation nationale le prévoit, et/ou la copie de l'enregistrement de l'activité libérale de garde malade auprès des services nationaux compétents ;
- la copie du contrat signé entre le/la garde malade et l'affilié selon le droit national du pays où les prestations de garde malade sont fournies.

Le contrat doit stipuler les mêmes éléments qu'au point 1.

3. Si le/la garde malade est engagée par l'affilié, joindre :

- **le contrat de travail** en bonne et due forme et/ou le contrat d'assurance spécifique pour l'emploi de garde malade (selon les dispositions de la législation nationale du pays où les prestations de garde malade sont fournies). Le contrat doit clairement stipuler qu'il s'agit de prestations de garde malade et pas de tâches ménagères ;
- **la prescription médicale du médecin traitant** du bénéficiaire mentionnant le nom du/de la garde malade, certifiant qu'il/elle a les compétences requises et qu'il/elle peut dispenser les prestations ;
- **la copie d'un document d'identité** du/de la garde malade ;
- la copie du permis de séjour (dans le cas de citoyens hors UE) ;
- la preuve d'inscription à la sécurité sociale conformément à la législation nationale du pays où les prestations de garde malade sont fournies (les charges sociales relatives aux contrats d'emploi et/ou les primes d'assurance qui sont incluses dans les frais de garde malade et sont remboursables à ce titre sur base de la preuve de paiement de cotisations) ;
- le prix horaire applicable.

Afin de bénéficier du remboursement des frais des prestations de garde malade, un formulaire de demande de remboursement doit être présenté : il doit être daté, signé et doit mentionner uniquement les montants de la facture pour frais de garde malade relatifs au mois précédent (et jamais de facturation par quinzaine ou plusieurs mois). Il doit être accompagné de :

- Pour les cas prévus aux points 1 et 2 : la facture (conforme à la législation du pays dans lequel les prestations sont fournies) où les informations suivantes doivent être indiquées :

- no de la facture ;
- no de reconnaissance de l'entreprise/no TVA ;
- date de la facture ;
- nom du bénéficiaire ;
- nom du/de la/ des garde malade(s) ;
- libellé exact de « prestations de garde malade » ;
- nombre d'heures prestées et prix unitaire et total.

- Pour les cas prévus au point 3 :

copie du bulletin de salaire mensuel et des paiements de cotisations sociales.

Si la facture concerne un(e) garde malade dont le nom ne figure pas dans le contrat, le remboursement ne pourra avoir lieu qu'à la seule condition qu'un avenant au contrat ait été établi et qu'une nouvelle AP ait été accordée préalablement à la facturation.

En l'absence des documents demandés, l'AP ne pourra pas être accordée et les prestations correspondantes ne seront pas remboursées.

Le **montant** du remboursement de prestations de garde malade dépend de la durée (< de 60 jours et > de 60 jours). Il est assorti d'un plafond. Dans le cas de prestations de garde malade de > de 60 jours, le plafond dépend du degré de dépendance et du niveau de la pension.

Appareils orthopédiques, autre matériel médical et aide-ménagère

Le remboursement des frais liés à ces appareils ainsi qu'à l'aide-ménagère est soumis à un **plafond**.

10.4. Lit médicalisé

Conditions à remplir : le besoin doit être reconnu et le lit prescrit par un médecin.

Procédures à suivre : joindre à la prescription médicale une demande d'autorisation préalable (AP) (voir point 5).

Formulaires à remplir : demande d'AP, non renouvelable pour l'achat.

Conditions de remboursement : 85% avec un plafond pour l'achat. La réparation ou l'usage en institution médicalisée ne sont pas remboursables.

Location < à 3 mois : prescription médicale. Taux de remboursement à 85%.

Location > à 3 mois : prescription médicale et demande d'AP. Taux de remboursement à 85%.

10.5. Fauteuil roulant simple, propulsion personnelle

Conditions à remplir : le besoin doit être reconnu et l'appareil prescrit par un médecin.

Procédure à suivre : joindre à la prescription médicale une demande d'autorisation préalable (voir point 5).

Formulaires à remplir : demande d'AP (valable 5 ans).

Location < à 3 mois : prescription médicale. Taux de remboursement à 85%.

Location > = 3 mois : prescription médicale et demande d'AP (valable 5 ans). Taux de remboursement : 85%.

Conditions de remboursement : le montant maximum remboursable est limité pour l'achat comme pour la location. En cas de besoin pour une longue durée, préférer l'achat. La location

peut être transformée en achat pendant la durée de location, le montant remboursable restant limité.

Les frais d'entretien, y compris les pneus, ne sont pas remboursables. Les frais de réparation sont remboursables sous réserve d'une autorisation préalable.

10.6. Matériel pour incontinence

Une prescription médicale est nécessaire ainsi qu'une demande d'AP (voir point 5). Ce matériel est remboursé au taux de 85% avec un plafond.

10.7. Chaise percée, chaise de douche (à domicile)

Achat : prescription médicale et demande d'autorisation préalable non renouvelable. Taux de remboursement : 85% avec un plafond.

Location < à 3 mois : prescription médicale. Taux de remboursement : 85%.

Location ≥ à 3 mois : prescription médicale et demande d'AP. Taux de remboursement : 85%.

La réparation n'est pas remboursable.

10.8. Cadre de marche 2 roues et siège

Achat : prescription médicale et demande d'autorisation préalable non renouvelable. Taux de remboursement : 85% avec un plafond.

Location < de 3 mois : prescription médicale seulement. Taux de remboursement : 85%.

Location ≥ 3 mois : prescription médicale et demande d'AP. Taux de remboursement : 85%.

Les réparations ne sont pas remboursables.

10.9. Appareil pour apnée du sommeil

Le remboursement est prévu pour l'achat ou la location d'un appareil assurant la ventilation en pression positive continue (en anglais, CCAP pour Continuous Positive Airway Pressure), permettant de traiter certains troubles respiratoires, notamment pour traiter le syndrome d'apnée du sommeil (SAS). Les accessoires ainsi que l'entretien sont également remboursables.

Le besoin de matériel doit être reconnu et l'appareil prescrit par un pneumologue, prescription accompagnée d'un test du sommeil sans équipement et avec équipement.

Joindre à la prescription médicale une demande d'AP pour l'achat (voir point 5), sauf pour une location < à 3 mois ou une location ≥ à 3 mois. Dans le cas d'un achat où l'AP est nécessaire, sa durée est de 5 ans.

Attention : depuis l'Arrêt de la Cour de Justice du 16 décembre 2020, le plafond de remboursement de 1700 Euros pour l'achat est maintenu, mais ce même plafond utilisé jusqu'ici pour la location longue durée est supprimé. Le taux de remboursement est de 85% pour l'achat comme pour la location. Il est conseillé d'opter d'abord pour la location de 3 mois puis de passer ensuite soit à l'achat soit à la location longue durée. La demande d'autorisation préalable pour la location longue durée peut être transformée en achat. Dans ce cas, les accessoires et l'entretien sont remboursables à 85% à partir d'un an après l'achat, avec un plafond de 350 Euros par an sans prescription médicale.

10.10. Aide-ménagère

L'octroi d'une aide financière pour le paiement de travaux ménagers est lié à un état de dépendance reconnu (voir point 10.1). Ici l'organisme compétent n'est pas le RCAM mais la DG Ressources humaines (HR). Conditions à remplir : l'aide est soumise à un plafond de revenus

Procédure à suivre : obtenir un certificat du médecin qui statue sur l'état de dépendance et s'adresser aux services sociaux de la Commission selon son lieu de résidence (voir point 13).