

3. Remboursement

3.1. Généralités

Les pensionnés doivent introduire une [demande de remboursement](#) auprès du RCAM, soit via [MyPMO](#) ou [RCAM en ligne](#)¹, soit sur papier, jamais les deux en même temps. Un taux de remboursement de 80% ou de 85% est appliqué en fonction des prestations sous réserve d'application de l'excessivité (voir point 4.2). Un taux de remboursement de 100% peut être appliqué pour certains frais en cas de maladie grave reconnue par le RCAM, toujours sous réserve d'application de l'excessivité.

Des plafonds de remboursement s'appliquent afin de sauvegarder l'équilibre financier du régime ainsi que des coefficients d'égalité qui sont arrêtés au plus tard tous les 2 ans, afin d'assurer un traitement égal des prestations liquidées au sein des États membres de l'UE.

À partir du 1^{er} jour de pension, seul le numéro de pension doit être utilisé. Le pensionné continue à disposer du libre choix du prestataire (médecin, kiné, infirmier/infirmière...) comme les membres de la famille qui bénéficient de la couverture primaire. Par contre le conjoint en complémentarité n'a pas cette liberté de choix du prestataire, il doit d'abord avoir recours au régime national primaire de sécurité sociale et demander ensuite le remboursement, le RCAM intervenant comme régime complémentaire.

Attention : dans le formulaire toujours préciser le numéro de pension dans la rubrique « numéro de personnel »

Les demandes de remboursement « papier » doivent toujours être accompagnées des pièces justificatives originales. Les copies doivent être conservées par l'affilié pendant 18 mois à partir de la date de réception du décompte. Si les demandes sont faites en ligne, les documents originaux doivent être conservés pendant la même période. Dans le cas d'un remboursement en complémentarité, joindre la facture originale acquittée, accompagnée du relevé détaillé des remboursements perçus du régime national.

Attention : Présenter au plus tard la demande de remboursement endéans 18 mois de la date de la prestation.

En Belgique, en théorie, les prescriptions pour traitements médicaux sont valables 2 ans à condition que le traitement ait commencé dans les 6 mois à partir de la date d'émission. Cependant, cette durée est différente selon les États membres. Elle dépend du lieu de la prestation médicale.

En cas d'accident, les pensionnés ne bénéficient plus de la couverture dont ils bénéficiaient pendant leur activité (possibilité d'assurance « accidents » privée, voir point 6).

3.2. Consultation et visite médicale

Les consultations et visites médicales chez un médecin généraliste ou un spécialiste sont remboursées à 85% (100% en cas de maladie grave), dans la limite d'un [plafond](#) (auquel le coefficient d'égalité s'applique).

Les frais de visite aux urgences, de nuit, le week-end et les jours fériés sont également remboursés à 85% et 100% en cas de maladie grave.

¹ Tous deux accessibles uniquement via un accès sécurisé appelé EU Login. Vos données sont protégées par authentification à 2 facteurs pour plus de sécurité.

Joindre au formulaire de demande de remboursement l'attestation de la consultation au cabinet du médecin ou à domicile, précisant toujours le nom complet du patient, la date et le montant des honoraires.

3.3. Téléconsultation médicale

À la suite de l'épidémie de Covid et des mesures sanitaires de confinement qui en ont découlé, la téléconsultation médicale s'est développée. Cette consultation est remboursée par le RCAM sous le même code que la prestation.

3.4. Produits pharmaceutiques

Les produits pharmaceutiques sont remboursés à 85%.

Attention : certains produits pharmaceutiques sont soumis à autorisation préalable (AP) et d'autres sont non-remboursables même si prescrits par un médecin (voir point 5).

Conditions :

- obligatoirement prescrits
- joindre le reçu officiel délivré par la pharmacie avec :
 - ✓le nom du médecin prescripteur ;
 - ✓le nom complet du patient ;
 - ✓la désignation du médicament prescrit ;
 - ✓le prix de chaque produit ;
 - ✓la date de délivrance des médicaments ;
 - ✓le cachet et la signature du pharmacien.

Pour les pays où un tel reçu n'existe pas, une copie de la prescription médicale est à ajouter à la facture originale. Sinon, la prescription n'est pas nécessaire.

3.5. Achat de produits pharmaceutiques en ligne

Le RCAM peut rembourser certains produits pharmaceutiques achetés en ligne si toutes les mentions nécessaires au remboursement sont reprises sur la facture (voir plus haut « produits pharmaceutiques »). Ils peuvent être délivrés par un pharmacien, un médecin ou tout autre organisme ou système autorisé à délivrer des médicaments dans l'État membre concerné. Par pharmacien, il faut entendre pharmacie en ligne reconnue officiellement dans l'État membre concerné.

3.6. Soins dentaires préventifs

Ils sont remboursables à 80% avec un plafond établi par année calendrier et par bénéficiaire. Les soins liés aux implants et couronnes sont inclus dans les soins préventifs. Si les soins ne sont pas préventifs, ils sont soumis à AP (voir point 5).

Attention : Joindre au formulaire une facture officielle détaillée délivrée par le dentiste.

3.7. Lunettes

Elles sont remboursables à 85% jusqu'au plafond applicable. 2 paires maximum tous les 2 ans, sauf si changement de dioptrie ou d'axe au moins égal à 0,50 attesté médicalement par rapport au dernier remboursement.

Les lentilles de contact et produits d'entretien sont remboursables à 85% avec un [plafond](#) applicable sur une période glissante de 2 ans. Le [formulaire](#) est à compléter par l'opticien et à joindre à la facture.

Il existe un [document](#) expliquant comment procéder pour obtenir un remboursement rapide de vos lunettes.

Pour avoir droit au remboursement, une facture en bonne et due forme est requise et doit spécifier :

- ✓ le nom complet du client ;
- ✓ le type de vision et le détail des dioptries ;
- ✓ pour les lunettes : les prix de la monture et des verres doivent être distincts ;
- ✓ la date d'achat ;
- ✓ le nom complet du prestataire (cachet et signature).

3.8. Appareils auditifs

Ils sont remboursables à 85% avec un [plafond](#) par appareil, sans autorisation préalable. Pour avoir droit au remboursement, une prescription médicale par un médecin oto-rhino-laryngologiste (ORL) ou par un audioprothésiste est nécessaire, accompagnée des résultats audiométriques avec et sans appareil.

Renouvellement possible après 5 ans, l'entretien et les batteries ne sont pas remboursables.

3.9. Pédicure médicale

Elle est remboursable à 80% avec un [plafond](#) si :

- ✓ prescription médicale ;
- ✓ la pédicure est effectuée par un prestataire légalement reconnu par le ministère de la santé publique du pays dans lequel la prestation médicale est effectuée ;
- ✓ reçu officiel conforme à la législation du pays dans lequel le traitement a été dispensé.

3.10. Ostéopathie-kinésithérapie

Pour l'**ostéopathie** : une prescription médicale suffit avec une limite de 24 séances par an remboursées à 80% avec un [plafond](#). Un nombre supérieur de séances ne peut être accordé que sur AP (voir point 5).

Pour la **kinésithérapie** : une prescription médicale suffit avec une limite de 60 séances par an remboursées à 80%, avec un [plafond](#). Si davantage de séances sont nécessaires, demander une AP avec le rapport du médecin justifiant la poursuite des soins (voir point 5).

3.11. Semelles et chaussures orthopédiques

Semelles : Pas d'AP (voir point 5), une prescription médicale suffit. Remboursement à 85% à raison d'un maximum de 4 semelles par an, jusqu'à un [plafond](#) par semelle.

Chaussures orthopédiques : AP (voir point 5) plus la prescription médicale (s'adresser à des magasins spécialisés type bandagiste). Remboursement à hauteur de 85% pour maximum 2 paires par an jusqu'à un [plafond](#) par paire.

3.12. Drainage lymphatique

AP (voir point 5) plus la prescription médicale. Le nombre de séances est limité à 20 par an. Remboursement à 80% % avec un plafond. Pas de limitation de séances ni de plafond en cas de maladie grave.

3.13. Acupuncture

Pas d'AP. Joindre une prescription médicale détaillée à la demande de remboursement, mentionnant le nom et les références officielles du médecin prescripteur, le nom complet du patient, la date d'émission, le type de traitement concerné, la motivation médicale (raison du traitement, contexte pathologique), le nombre de séances prescrites.

Le nombre de séances remboursable est limité à 30 par an. Remboursement à 80 % avec un plafond.

Le traitement doit être effectué par un prestataire légalement autorisé à délivrer ce type d'acte dans le pays concerné.