

5. L'autorisation préalable au remboursement

5.1. Principes de base

Pour être remboursées, certaines prestations médicales sont soumises à autorisation préalable (AP). Pour permettre le remboursement (AP médicale ou dentaire) ou pour adapter le taux de celui-ci dans le cas d'une maladie grave (voir point 7), la demande d'autorisation préalable (ou son renouvellement) doit être introduite bien avant le début d'un traitement ou d'une intervention. Si il y a urgence, les soins nécessaires peuvent être commencés avant l'accord sur le remboursement.

Le formulaire d'AP doit être accompagné d'une prescription détaillée du médecin et d'un rapport médical complet qui justifie les soins. C'est le médecin conseil ou le dentiste conseil du Bureau liquidateur (Bruxelles, Luxembourg, Ispra) qui analyse le dossier et donne son avis sur le caractère fonctionnel des soins prévus.

5.2. Dans quels cas l'autorisation préalable est nécessaire :

Ce [formulaire](#) détaille les prestations soumises à une AP.

5.3. Comment remplir correctement le formulaire :

- ✓ il est important d'indiquer pour qui l'AP est demandée : affilié principal, conjoint ou partenaire reconnu, enfant, personne assimilée à un enfant à charge ;
- ✓ vérifier que la prescription et le rapport médical sont complets et lisibles (ex problème médical à traiter, nombre de séances, type de traitement, durée, date). Si le rapport médical est rédigé dans une langue autre que le français ou l'anglais, il est recommandé d'annexer une traduction libre pour accélérer la gestion du dossier ;
- ✓ quand tous les documents sont finalisés, les adresser au Bureau liquidateur compétent ;
- ✓ transmission des documents : en papier ou en ligne, pas les deux.

5.4. L'autorisation préalable et régime national de santé

- ✓ Pour le bénéficiaire de la complémentarité, il faut justifier que le système public national auquel il est affilié, présente des carences (délai d'attente, manque de matériel pour effectuer le diagnostic ...). Dans ce cas, l'AP doit être introduite avant le début des soins ;
- ✓ Pour un bénéficiaire à titre primaire ou un enfant en complémentarité, cette obligation n'existe pas.

5.5. L'autorisation préalable pour les remboursements de frais dentaires

Une AP dentaire est requise si l'acte n'est pas un traitement préventif (voir point 3.6). Les cas sont les suivants :

- ✓ prothèses dentaires (couronne, bridge, inlay, prothèse complète...). Le remboursement des couronnes est soumis à un [plafond](#) ;
- ✓ implants : le remboursement est limité à 4 implants par mâchoire soit un maximum de 8 implants par bénéficiaire et ce tout au long de la vie ;
- ✓ parodontie (traitement de la gencive chez l'adulte) ;
- ✓ occlusodontie (gouttière occlusale) ;
- ✓ orthodontie (appareil dentaire chez l'enfant).

Pour les demandes en version papier, les documents suivants doivent être joints au formulaire d'AP: la partie « devis » du formulaire ci-dessous, les radios et le plan détaillé du traitement. Ces documents doivent être envoyés sous pli fermé portant la mention « secret médical » au Bureau liquidateur concerné.

Attention : Pour le remboursement, une facture officielle détaillée délivrée par le dentiste doit être jointe à la partie « honoraires » du [formulaire](#) ad hoc.

5.6. L'autorisation préalable pour le remboursement des produits pharmaceutiques

Le remboursement de certains [médicaments](#) nécessite aussi une AP sur présentation d'un rapport médical :

Si vous accédez à RCAM en ligne¹, sur l'écran principal, cliquez sur l'onglet « recherche », puis « liste des produits pharmaceutiques », vous verrez si le médicament est remboursable et s'il est soumis à une AP ou non.

5.7. L'autorisation préalable pour le remboursement des frais de transport

Tout dépend si le transport est urgent ou pas.

- ✓ Transport **urgent** : l'AP n'est pas requise, il suffira de motiver l'urgence. Le retour nécessite une AP.
- ✓ Transport **non urgent** : il faut joindre à la demande d'AP un certificat médical du médecin mentionnant le motif médical, le nombre de déplacements, le trajet effectué, le mode de transport nécessaire. Il est tout à fait possible de demander une AP pour une série de déplacements. Dans ce cas, il faudra joindre avec la prescription du médecin le kilométrage et le nombre de voyages (ex-séances de kiné, de chimiothérapie).

Le remboursement n'a lieu que dans des cas bien précis :

- ✓ du centre hospitalier le plus proche vers le domicile ;
- ✓ aller-retour pour des séances de radiothérapie, chimiothérapie ;
- ✓ transfert d'un centre hospitalier ne disposant pas de l'équipement nécessaire vers le centre le plus proche dans lequel l'équipement est disponible.

Ne sont pas remboursés :

- ✓ les frais de rapatriement en cas de maladie ou d'accident ;
- ✓ les frais de transport pour une cure thermique ou de convalescence ;
- ✓ les frais de transport pour la consultation d'un médecin généraliste ;
- ✓ les frais de transport en véhicule privé à l'intérieur de l'agglomération sauf traitements répétitifs lourds.

5.8. L'autorisation préalable pour le remboursement d'une cure thermique

- ✓ Le séjour dans un établissement thermal est de 10 à 21 jours.
- ✓ Une cure doit comporter au moins deux soins appropriés par jour et ne peut pas être interrompue.
- ✓ L'autorisation de cure est limitée à une par an avec un maximum de 8 sur la durée de la vie du bénéficiaire, pour chacune des pathologies détaillées dans les DGE. Cependant, une cure

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

par an est possible à condition qu'elle soit effectuée dans le cadre du traitement d'une maladie grave reconnue ou dans le cas d'un psoriasis sévère ne répondant pas aux traitements classiques.

- ✓ Au moins 6 semaines avant la cure, envoyer le formulaire d'AP accompagné de la prescription médicale du médecin traitant indépendant du centre de cure et d'un rapport médical détaillé, établi depuis moins de 3 mois. Ce rapport précisera les antécédents du patient, la durée de la cure, la nature des soins à suivre et le type de centre thermal agréé en rapport avec la pathologie concernée.
- ✓ Le rapport médical précisera également le détail des traitements suivis pendant 1 année pour la pathologie nécessitant la cure.

5.9. La demande de remboursement

La **demande de remboursement** ne sera introduite qu'après notification à l'affilié de l'autorisation de remboursement du traitement demandé. Cette notification reprendra :

- ✓ la référence de l'autorisation ;
- ✓ le nombre de prestations remboursables éventuellement accordées ;
- ✓ une éventuelle remarque du médecin conseil ;
- ✓ la période de validité de l'autorisation.

Attention : la période de validité est importante car les soins doivent être effectués dans le cadre strict de cette période et elle conditionne une demande de renouvellement éventuelle.