



# Document d'information

LES PIÈCES JUSTIFICATIVES MÉDICALES DANS LE CADRE DE LA  
LOI DU 02/04/1965 ET DE L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU  
30/01/1995

ÉDITION AVRIL 2021



Une publication du:

SPP Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie sociale et Politique des Grandes Villes

Boulevard du Jardin Botanique 50 boîte 165

B-1000 Bruxelles

+32 2 508 85 86

[question@mi-is.be](mailto:question@mi-is.be)

[www.mi-is.be](http://www.mi-is.be)

Suivez-nous sur



## Colophon

### Rédacteurs en chef

Service Inspection

### Rédaction

Service Inspection

### Mise en page

Service Inspection

### Editeur responsable

Alexandre Lesiw, Président f.f. SPP Intégration sociale

### Droit d'auteur

Aucune information de cette publication ne peut être reproduite et/ou publiée au moyen d'impression, photocopie, microfilm, ou autre moyen quelconque, sans autorisation écrite préalable du SPP Intégration sociale.

### Exclusion de la responsabilité

Le SPP Intégration sociale décline toute responsabilité pour les fautes d'impression, éventuelles, les erreurs qui pourraient se produire dans la traduction et autres.

## Contenu

Colophon .....	1
Introduction : Pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'AM du 30/01/1995.....	5
A. Distinction entre les différents types de frais médicaux .....	6
B. Aspects administratifs .....	8
1. Notification de la décision dans les 45 jours: formulaires B1 & B2.....	8
2. Frais médicaux et pharmaceutiques: formulaire D1 .....	8
3. Frais d'hospitalisation et de soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins: formulaire D2 .....	9
C. Base légale du remboursement des frais médicaux .....	10
D. Épuisement des droits .....	12
1. Affiliation à la mutualité belge .....	12
2. Une autre assurance ou un tiers .....	16
E. Attestation d'aide médicale urgente.....	17
1. Attestation d'aide médicale urgente dans le cadre de factures payées par le CPAS et pour lesquelles celui-ci demande une subvention au moyen de formulaires D .....	17
2. Attestation d'aide médicale urgente dans le cadre de Mediprima .....	18
F. L'enquête sociale .....	19
1. Principes généraux .....	19
2. Principes supplémentaires concernant certaines catégories de bénéficiaires .....	23
a. No-show .....	23
b. Les citoyens de l'Union et les membres de leur famille.....	24
c. Personnes provenant d'un pays soumis à l'obligation de visa et bénéficiant d'une autorisation de séjour de moins de trois mois + personnes qui séjournent dans le pays de manière clandestine après l'expiration de leur visa.....	25
d. Personnes provenant d'un pays non membre de l'UE non soumis à l'obligation de visa qui séjournent en toute légalité + personnes qui deviennent clandestines au fil du temps .....	28
e. Belges non inscrits au registre de la population (statut H) .....	29
G. La décision de prise en charge .....	30
H. Règle générale de remboursement .....	31
1. Règle générale de remboursement des frais médicaux, des frais pharmaceutiques et des frais de soins ambulatoires dispensés à l'hôpital pour les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu ou ont un revenu inférieur au revenu d'intégration (RI) .....	31
2. Règle générale de remboursement des frais médicaux, des frais pharmaceutiques et des frais de soins ambulatoires dispensés à l'hôpital pour les personnes qui bénéficient d'un revenu .....	33
I. Formulaire D1.....	36
1. Frais médicaux.....	36

<b>Des règles de remboursement spécifiques s'appliquent pour certains types de frais médicaux fréquents</b> .....	38
a. Le remboursement du transport en ambulance .....	38
b. Logopédie .....	39
c. Kinésithérapie.....	40
d. Prothèses dentaires.....	40
e. Verres et montures de lunettes .....	40
f. Fécondation in vitro (FIV) .....	42
g. Avortement .....	42
h. Orthodontie.....	42
i. Bandagisterie.....	42
j. Matériel de diagnostic du diabète .....	43
k. Contraception non orale .....	44
l. Locations de matériel médical .....	44
m. Prothèses & psychothérapie .....	44
n. Tuberculose .....	44
o. Alimentation entérale par sonde .....	44
p. l'oxygénothérapie.....	44
2. Frais pharmaceutiques .....	45
J. Formulaire D2.....	47
1. Hospitalisations et les différents rubriques sur la facture .....	47
a) Frais de séjour .....	48
b) Pharmacie – frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques – frais d'implants, de prothèses et d'aides médicales non implantables .....	49
c) Honoraires médicaux et paramédicaux.....	50
<b>Type de chambre</b> .....	51
d) Autres fournitures .....	51
e) Frais divers.....	51
2. Soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins .....	51
a) Frais de séjour .....	51
b) Pharmacie – frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques – frais d'implants, de prothèses et d'aides médicales non implantables .....	51
c) Honoraires médicaux et paramédicaux.....	52
d) Autres fournitures .....	53
e) Frais divers.....	53
K. Questions.....	54
Annexe 1 : pays non membres de l'UE et non soumis à l'obligation de visa .....	55

Annexe 2 : liste des pays non membres de l'UE pour lesquels l'organe de liaison doit être contacté via la CAAMI si l'intéressé séjourne en Belgique depuis une période ininterrompue de moins d'un an... 57

Annexe 3 : Demande d'assurabilité à l'Etranger. .... 58

## Introduction : Pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'AM du 30/01/1995<sup>1</sup>

Les modifications par rapport à la version précédente sont indiquées en vert.

Les frais d'hôpital pour les personnes non affiliables à une mutuelle sont gérés par MEDIPRIMA (voir Circulaire du 24/12/2013 relative au projet MEDIPRIMA phase 1).

Dès lors, ce sont surtout les rubriques « Affiliation à une mutuelle » (point D), « attestation d'aide médicale urgente » (Point E) et « Enquête sociale » (point F) de ce document informatif qui s'appliquent encore à ces personnes.

En ce qui concerne MEDIPRIMA (manuel, circulaires), veuillez consulter le site [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be).

En 2019, le système MEDIPRIMA a été élargi aux médecins généralistes. Cet accès aux médecins généralistes continuera à être déployé en 2020 et 2021; la phase relative aux pharmaciens devra également être déployée à moyen terme. Vous en serez informé via d'autres canaux d'information du SPP IS. Vous devrez bien entendu à partir de ce moment suivre les instructions qui vous seront communiquées.

Ceci est la version la plus récente du document d'information. Les modifications de loi, les modifications découlant des circulaires et les mises à jour d'informations postérieures au 01/01/2021 n'y sont pas incluses. Vous pouvez rester informé des dernières évolutions grâce aux circulaires et aux FAQ disponibles sur [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be). Vous pouvez bien entendu aussi vous adresser à [question@mi-is.be](mailto:question@mi-is.be) (Front Office).

---

<sup>1</sup> Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 réglant le remboursement par l'Etat des frais relatifs à l'aide accordée par les centres publics d'aide sociale à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge et qui n'est pas inscrit au registre de population.

## A. Distinction entre les différents types de frais médicaux

La loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS dispose en son article 12 que "les frais *recouvrables* sont payables sur présentation d'un état de débours...". Il en résulte que les CPAS ne peuvent porter en compte les frais recouvrables que sur les formulaires D1 et D2 mis à leur disposition électroniquement par le SPP Is. La présente note vise à préciser ce qui est recouvrable ou non auprès du SPP IS (Service public fédéral de Programmation Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté).

Quatre types de frais médicaux doivent être distingués:

Par **frais médicaux** (formulaire D1), il faut entendre les frais payés pour des prestations médicales en dehors de l'établissement de soins (par exemple la consultation d'un médecin et des examens de laboratoire).

Par **frais pharmaceutiques** (formulaire D1), il faut entendre les frais de pharmacien payés en dehors de l'établissement de soins.

Par **frais d'hospitalisation** (formulaire D2), il faut entendre les frais payés à l'établissement de soins (avec numéro INAMI) lors d'un séjour à l'hôpital pendant plusieurs jours (donc *avec nuitée*). Les frais recouvrables sont toujours remboursés à 100 %.

Par **soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins** (formulaire D2), il faut entendre les frais payés à l'établissement de soins (avec numéro INAMI) lors d'un séjour ou une consultation à l'hôpital *sans nuitée* (une hospitalisation de jour fait donc partie de cette catégorie). Les frais recouvrables sont toujours remboursés à 100 %.

Les notions suivantes sont très importantes pour savoir ce que rembourse le SPP IS en ce qui concerne les différents types de frais médicaux:

- **les honoraires légaux**: il s'agit du prix maximum qu'un médecin conventionné peut demander à un patient ou le prix maximum fixé pour un médicament remboursable;
- **l'intervention ordinaire**: il s'agit du montant qu'une mutualité rembourse à un patient lorsque celui-ci n'a pas le statut BIM (Bénéfice de l'Intervention Majorée)
- **l'intervention majorée**: il s'agit du montant qu'une mutualité rembourse à un patient lorsque celui-ci a le statut BIM;
- **ticket modérateur**: la différence entre les honoraires légaux et l'intervention ordinaire ou l'intervention majorée;
- **supplément (d'honoraires)**: le montant des honoraires supérieur à celui des honoraires légaux.

Les honoraires légaux = intervention ordinaire/majorée + ticket modérateur.

Exemple:

Un médecin demande 25 € pour une consultation Les honoraires légaux s'élèvent à 19 €.

L'intervention majorée s'élève à 17 €.

→ le ticket modérateur est égal à 2 € (19 € - 17 €) et le supplément d'honoraires à 6 € (25 € - 19 €).

### **Qu'est-ce que le statut BIM (intervention majorée)?**

Il s'agit du statut d'une personne, qui fait que cette personne a droit à une allocation majorée, c'est-à-dire un tarif préférentiel des remboursements des soins de santé.

Ce tarif est attribué en fonction de la situation spécifique de l'ayant droit (veuve, orphelin, invalide, revenu d'intégration, équivalent au revenu d'intégration, bénéficiaire de la sécurité sociale, etc.). Ce droit est également élargi à l'époux/l'épouse, au partenaire cohabitant légal ou au partenaire de vie et aux personnes à leur charge.

Les personnes qui avaient autrefois le statut VIPO (veuves, invalides, pensionnés, orphelins) ont donc aussi le statut BIM. Le statut BIM est toutefois plus large que l'ancien statut VIPO. Les personnes avec un revenu d'intégration ou l'équivalent au revenu d'intégration bénéficient également de ce statut. Le tarif de l'allocation majorée est important pour le remboursement des frais médicaux. Les clients du CPAS ont droit après trois mois d'affiliation à la mutuelle à l'allocation majorée, en tant que personne avec le statut BIM (intervention majorée).



## B. Aspects administratifs

### 1. Notification de la décision dans les 45 jours: formulaires B1 & B2

Le SPP IS doit être informé administrativement dans un délai de 45 jours de l'aide accordée via un formulaire B1 of B2.

Le formulaire B1 est la notification administrative au SPP Is d'une aide pour des frais médicaux ou pharmaceutiques en dehors de l'établissement de soins (par exemple des factures de médecins généralistes, de dentistes, d'autres spécialistes, de frais pharmaceutiques, ...).

Le formulaire B2 est la notification administrative au SPP Is d'une aide pour des frais médicaux ou pharmaceutiques en établissement de soins (frais d'hospitalisation et/ou ambulatoires).

En ce qui concerne une hospitalisation, l'aide commence le premier jour de l'hospitalisation **et le délai de 45 jours commencent à courir à partir du premier jour de l'hospitalisation** (art. 9, § 1<sup>er</sup> de la loi du 02/04/1965).

Les hôpitaux n'ont pas l'obligation d'informer un CPAS d'une hospitalisation dans un certain délai. Le centre secourant perd toutefois la possibilité de recouvrer les frais de l'aide si l'hôpital avertit le CPAS secourant après le délai de 45 jours à partir de l'hospitalisation. Afin de pouvoir assurer le financement, l'hôpital doit avertir le CPAS au plus vite et certainement dans les 45 jours à partir de l'hospitalisation ; à défaut, le CPAS est mis dans l'impossibilité de recouvrer les frais auprès du SPP Is. Ces modalités ont été portées à la connaissance des gestionnaires d'hôpitaux par la circulaire du 06/07/2000 du Ministre des Affaires Sociales et des Pensions. Pour éviter ces problèmes, le CPAS peut toujours envoyer un formulaire B2 par personne pour toute une année et le prolonger annuellement au besoin. S'il se produit une hospitalisation, le CPAS se trouve toujours dans le délai des 45 jours. Ce qui est décrit ci-dessus constitue un acte purement administratif. Voir le point G pour ce qui concerne la décision juridique formelle du CPAS et la notification de cette décision. Pour les CPAS disposant d'un établissement de soins sur leur territoire, une bonne pratique consiste à conclure une convention entre le CPAS et l'établissement de soins. De cette manière, des accords peuvent être fixés en ce qui concerne les délais dans lesquels ils doivent s'informer d'une hospitalisation, la réalisation de l'enquête sociale, l'introduction d'une demande d'aide, etc.

### 2. Frais médicaux et pharmaceutiques: formulaire D1

Les frais médicaux et pharmaceutiques doivent être introduits au niveau des rubriques prévues à cet effet dans le formulaire D1. Ceci n'est possible que s'il existe un formulaire B1 approuvé pour la période en question. **Les frais doivent être introduits au moyen du formulaire D1 du mois au cours duquel les soins ont été dispensés ou les médicaments ont été délivrés.** Lorsqu'il y a plusieurs factures pour des soins dispensés au cours du même mois, les montants récupérables de ces factures doivent être additionnés et introduits dans le même formulaire D1.

Exemple: la personne X va en consultation chez le médecin généraliste le 18/11/2018 et chez le dentiste le 20/11/2018. Les frais récupérables de ces deux factures doivent être additionnés et introduits dans le formulaire qui a 11/2018 comme date d'entrée en vigueur.

Il en résulte que si par exemple un formulaire D1 avec 11/2018 comme date d'entrée en vigueur a été envoyé en janvier 2019 au SPP IS et qu'une facture de novembre 2018 arrive encore en février 2019, le formulaire D1 concerné de 11/2018 doit être régularisé (le nouveau montant est ajouté au montant initialement communiqué). Il n'est *pas* permis de mentionner ces frais de novembre 2018

dans le formulaire D1 avec comme date d'entrée en vigueur 02/2019 (date à laquelle la facture arrive au CPAS).

Lorsque les frais ne sont pas indiqués dans le formulaire D1 du mois au cours duquel les soins ont été dispensés, il peut en résulter:

- que les frais sont portés en compte deux fois
- que les factures ne sont pas retrouvées
- que les frais sont introduits en dehors du délai légal d'un an (+ fin de trimestre)

Par ailleurs, la situation du bénéficiaire peut évoluer rapidement lorsqu'il/elle fait l'objet d'une procédure d'asile. L'illégalité (attestation de soins médicaux urgents nécessaire), la reconnaissance (affiliation obligatoire à une mutualité) modifient les règles en matière d'octroi de subventions par le SPP IS. La mention des frais pour un mois erroné peut avoir des conséquences importantes car la situation de l'intéressé peut être différente en février et en novembre. Exemple: les frais d'une personne qui, au moment des soins, était en séjour illégal mais qui sont déclarés pour un mois au cours duquel la personne n'était pas en séjour illégal peuvent donner lieu à une récupération s'il n'y a pas d'attestation de soins médicaux urgents.

### **3. Frais d'hospitalisation et de soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins: formulaire D2**

Les frais d'hospitalisation et de soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins doivent être introduits dans les rubriques prévues à cet effet dans le formulaire D2.

Ceci n'est possible que s'il existe un formulaire B2 approuvé pour la période en question.

La date d'entrée en vigueur des formulaires D2 est toujours la date de début de la période au cours de laquelle les soins ont été dispensés (par exemple la date de début de l'hospitalisation). Lorsqu'il y a plusieurs factures pour soins ambulatoires dans le même hôpital au cours du même mois, la première date des soins ambulatoires dispensés doit servir de date d'entrée en vigueur. On peut également opter pour la création d'un nouveau formulaire D2 par facture de soins ambulatoires, avec comme date d'entrée en vigueur la date à laquelle les soins ont été dispensés. Les formulaires D2 doivent toujours être établis au nom du patient lui-même et donc pas nécessairement au nom du bénéficiaire principal. Il faut dès lors utiliser les suffixes (comme le formulaire A l'indique).

Les dispositions du point B.2) ci-dessus pour la régularisation du formulaire D1 sont également applicables au formulaire D2.

## C. Base légale du remboursement des frais médicaux

L'article 11 § 1<sup>er</sup>, 2° de la loi du 2 avril 1965 a été modifié par la loi-programme du 27/12/2005 et dispose que les frais médicaux sont "remboursables à concurrence du prix qui est remboursé par l'assurance maladie-invalidité des autres prestations de santé. Toutefois, lorsqu'il s'agit de frais de traitement occasionnés dans le cadre d'une hospitalisation ou lorsqu'il s'agit de frais de traitement exposés pour des personnes qui disposent de ressources inférieures au montant du revenu d'intégration, ceux-ci sont remboursables à concurrence du prix qui sert de base au remboursement par l'assurance maladie-invalidité."

Ce changement a été explicité dans la circulaire du 09/01/2006 concernant les frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995.

Pour les frais médicaux, les frais pharmaceutiques et les frais de soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins, il faut donc faire une distinction entre les personnes qui bénéficient d'un revenu suffisamment élevé et les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu suffisamment élevé (certaines personnes en séjour illégal et personnes qui séjournent dans une initiative locale d'accueil, certaines personnes disposant d'un revenu trop faible ou personnes sans revenu).

Tout comme pour le DIS, il faut tenir compte des revenus du partenaire cohabitant. Les revenus d'un parent au premier degré avec lequel le bénéficiaire cohabite peuvent être pris en compte. Les revenus des personnes qui ne sont pas débiteurs d'aliments ne peuvent pas être pris en compte.

Dans la suite de ce document d'information, le terme '**revenu**' désignera les moyens financiers (mensuels) qu'une personne perçoit (revenu du travail, aide du CPAS, allocation, ...) et qui sont supérieurs ou égaux au montant du revenu d'intégration correspondant à la catégorie à laquelle le bénéficiaire appartient.

**Exemple 1** : un ménage avec plusieurs enfants mineurs qui bénéficie de l'équivalent du revenu d'intégration de catégorie charge de famille a un 'revenu'.

**Exemple 2** : un isolé sorti de l'ILA ayant travaillé durant un mois et ayant gagné €1.000 a un 'revenu'.

**Exemple 3** : un isolé sorti de l'ILA ayant travaillé durant un mois et ayant gagné €500 a un revenu insuffisant et est considéré dans ce document comme une personne sans revenu suffisant.

**Exemple 4** : une personne en séjour illégal qui effectue du travail au noir, gagne €300/mois et cohabite avec un frère qui ne perçoit pas de revenu est considérée dans ce document comme une personne sans revenu suffisant.

**Exemple 5** : une personne en séjour illégal qui effectue du travail au noir, gagne €800/mois et cohabite avec un grand-père qui ne perçoit pas de revenu a un 'revenu'.

**Exemple 6** : une personne en séjour illégal qui ne perçoit pas de revenu mais qui cohabite avec son partenaire qui gagne €1.400 a un 'revenu'.

**Exemple 7** : une personne en séjour illégal (pas de revenu), qui cohabite avec ses enfants mineurs et son partenaire (€800 de revenus) n'a pas de revenu suffisant (la somme est inférieure au montant correspondant à la catégorie charge de famille).

Les frais hospitaliers (nuitées) sont remboursables à concurrence du prix qui sert de base au remboursement par l'assurance maladie-invalidité tant pour les personnes qui bénéficient d'un revenu que pour les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu. Ainsi, le SPP IS rembourse les honoraires légaux (voir point A).

La modification légale implique que le ticket modérateur des personnes qui bénéficient d'un revenu n'est plus remboursé par le SPP IS à partir de la date de dispensation des soins du 09/01/2006, sauf lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation (nuitées).

Par contre, le ticket modérateur est remboursé lorsque la personne ne bénéficie pas d'un revenu et est affiliée à une mutualité. Lorsqu'une personne qui ne bénéficie pas d'un revenu ne peut également pas être affiliée à une mutualité, les honoraires légaux sont remboursés.

Avoir un revenu ne signifie pas qu'il ne puisse pas y avoir un état de besoin et une demande d'aide/d'intervention introduite au CPAS. Cependant, dans cette situation, le ticket modérateur des frais non hospitaliers éventuellement pris en charge n'est pas remboursé au CPAS par le SPP IS.

Les frais de séjour dans les établissements repris dans la liste suivante ne sont pas remboursés. Les frais médicaux et pharmaceutiques peuvent cependant faire l'objet d'une demande de recouvrement du SPP IS, mais uniquement à l'aide du formulaire D1:

- une initiative d'habitation protégée en faveur de patients psychiatriques;
- une institution médico-pédagogique;
- une institution pour sourds-muets, aveugles ou infirmes qui souffrent d'une affection grave incurable;
- une crèche;
- une maison de repos pour personnes âgées;
- une résidence-services.
- complexes résidentiels proposant des services

Depuis le 01/07/06, les frais de séjour en hôpital psychiatrique et en maison de soins psychiatriques sont remboursés sur base de l'introduction d'un formulaire D2.

## D. Épuisement des droits

### 1. Affiliation à la mutualité belge

Le 24/11/2014, l'INAMI a publié la circulaire n° 2014/452. L'Institut y énumère les étrangers qui peuvent être affiliés à la mutualité (applicable pour le SPP depuis le 01/01/2015). Pour lire la circulaire dans son intégralité, allez sur [www.inami.be](http://www.inami.be) et suivez le chemin suivant : [Accueil](#) ▶ [Professionnels](#) ▶ [Autres professionnels](#) ▶ [Mutualités](#) ▶ [Circulaires aux organismes assureurs – Service du contrôle administratif](#)  
Vous pouvez obtenir un récapitulatif des Circulaires de l'INAMI par l'intermédiaire du lien suivant : <http://ondpanon.riziv.fgov.be/ozbpublic/>

Concernant cette circulaire, vous trouverez ci-dessous les grandes lignes de ce qui est important pour les CPAS, complétées par toutes les informations utiles pour les CPAS.

En application de l'article 32, 15° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques peuvent être considérées comme bénéficiaires du droit aux prestations de santé.

En vertu des dispositions de l'article 128 quinquies, § 1 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, les personnes énumérées ci-après ne sont pas exclues du champ d'application de l'article 32 précité et elles peuvent aussi être reprises comme personnes inscrites au Registre national :

- a. les étrangers autorisés ou habilités de plein droit à un séjour de plus de trois mois dans le Royaume (inscrits au registre des étrangers)
- b. les étrangers habilités à un séjour à durée indéterminée (inscrits au registre des étrangers) ou établis dans le Royaume (inscrits au registre de la population) ;
- c. les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable avant le 1<sup>er</sup> juin 2007 par l'Office des étrangers ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (inscrits au registre d'attente). Les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable avant le 1<sup>er</sup> juin 2007 et qui ont reçu avant ou après le 1<sup>er</sup> juin une décision négative du Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, et qui ont fait appel contre cette décision auprès du Conseil du Contentieux des Etrangers, font aussi partie de ce groupe.

Vous trouverez dans la circulaire mentionnée ci-dessus ce dont les personnes citées sous a), b) et c) ont besoin afin de pouvoir être inscrites. Il s'agit pour les points a), b) de pouvoir présenter une carte électronique A, B, C, D, E, E+, F, F+ ou H.

Un réfugié reconnu peut déjà être affilié s'il présente :

- l'attestation d'immatriculation A ou l'annexe 15 combinée avec une lettre accompagnée de la décision de reconnaissance ou de la décision d'octroi du CGRA ;
- l'attestation d'immatriculation ou l'annexe 15 combinée avec l'arrêt de reconnaissance ou d'octroi du Conseil du Contentieux des Étrangers devenu définitif (en cas de reconnaissance ou d'octroi par le Conseil du Contentieux des Étrangers et à la condition qu'aucun recours en cassation n'ait été introduit dans le délai de recours prévu de 30 jours auprès du Conseil d'État ou, si un recours a été introduit, à la condition que ce recours ait été rejeté).

L'annexe 15 vaut preuve d'immatriculation au registre des étrangers/registre de la population.

En relève une preuve de l'octroi du statut de protection subsidiaire (statut visé au chapitre II, article 48/4 de la loi sur les étrangers du 15 décembre 1980), délivrée par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides.

En cas de protection subsidiaire, les démarches requises doivent donc également être accomplies en vue d'affilier la personne concernée à la mutuelle.

Voir également la Circulaire n° 2016/380 pour tous les détails.

Une personne peut également être affiliée sur base de l'**emploi**.

Celui qui travaille et paie ainsi des cotisations sociales peut s'affilier auprès d'une mutuelle.

Un travailleur en service qui souhaite s'affilier à une mutuelle doit présenter l'un des documents suivants :

- le document « attestation d'affiliation à la sécurité sociale », complété par l'employeur
- ou une déclaration écrite de l'employeur avec mention de son numéro ONSS
- ou un « document de cotisation » concernant un emploi (c'est la preuve de l'ONSS que les cotisations sociales sont payées)

En cas de nouveau dossier, le CPAS doit toujours vérifier si l'intéressé n'a pas été mis à l'emploi pendant la période précédant la première demande, auquel cas il peut être affilié à une mutualité. Cette règle vaut également pour les personnes qui séjournent en ILA. Le CPAS peut demander la situation d'emploi auprès de la Banque carrefour de la sécurité sociale (flux DIMONA), ce qui est notamment nécessaire à partir du moment où le bénéficiaire dispose d'un permis de travail (disponible sous le code 198 de la Transaction 25).

Après affiliation, la mutuelle peut vérifier elle-même si des cotisations sociales continuent à être payées. Ceci se fait à l'aide du numéro d'identification de la sécurité sociale de l'intéressé. Ce numéro correspond au numéro de registre national de l'intéressé.

En vertu de l'article 32, 1er alinéa, 14° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sur l'assurance-maladie, les étudiants, qui suivent un enseignement de troisième niveau dans un institut d'enseignement de jour, peuvent être considérés comme des ayants droit pour les prestations médicales. Plus d'informations à l'adresse [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be)

Les étrangers mineurs non accompagnés et les mineurs européens non accompagnés peuvent également s'affilier à une mutualité. Voir [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be)

Si le bénéficiaire est à charge d'une personne affiliée (ou affiliable) à une mutualité, le CPAS doit toujours s'informer auprès de la mutualité pour savoir si le bénéficiaire ne peut pas être affilié.

Pour pouvoir vous inscrire en tant que personne à charge, votre revenu trimestriel ne peut excéder 2.534,53 euros bruts (montant 2020, <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/verzekerbaarheid/Paginas/personen-ten-laste-toegelaten-inkomsten.aspx>).

L'intéressé peut être affilié en tant que personne à charge d'un ayant droit, s'il possède la qualité :

- d'époux ou épouse
- de descendant de moins de 25 ans
- d'ascendant cohabitant
- d'autre cohabitant

Un ayant droit peut prendre un adulte à sa charge, qu'il ait ou non des enfants à charge. L'intéressé peut s'inscrire en tant que personne à charge en fonction de la relation familiale ou de cohabitation avec l'ayant droit.

Dans le cadre de l'épuisement des droits, le CPAS est tenu de demander aux personnes en séjour légal pouvant être à la charge d'un ayant droit, de faire la démarche pour une affiliation à la mutuelle. Si une personne à charge en séjour légal ne peut être affiliée, la preuve doit en être apportée dans le dossier. Il s'agit en l'occurrence de personnes qui, selon le registre national, sont

**inscrites à la même adresse que l'ayant droit/titulaire (personne affiliée à la mutuelle) et qui perçoivent un revenu trimestriel brut maximum de 2 534,53 euros.**

Conformément à l'article 60, § 5 de la loi organique des CPAS du 08/07/1976, le CPAS doit affilier à un organisme assureur au choix (du bénéficiaire), et à défaut d'un tel choix à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie (CAAMI), une personne qu'elle aide et qui n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité.

Il a donc l'obligation légale d'affilier, si possible, les personnes répondant aux conditions susmentionnées à une mutualité. Le droit à l'aide sociale constitue en effet un droit résiduaire: le CPAS doit, conformément à l'article 60, § 2 de la loi organique du 08/07/1976, fournir tous conseils utiles et accomplir les démarches pour accorder aux intéressés tous les droits et avantages auxquels ils peuvent prétendre en vertu des lois belges et étrangères.

Si un CPAS n'affilie pas ou ne fait pas affilier une personne à une mutualité alors que cette personne peut l'être, l'inspection donnera lieu à une récupération des frais médicaux découlant des soins dispensés à partir de 3 mois après la date d'affiliation possible (date à laquelle quelqu'un devient affiliable). Sinon, le CPAS devra pouvoir justifier, par écrit, le retard d'affiliation de l'intéressé à une mutualité sur base de raisons fondées (ex : attestation de la mutuelle sur les raisons du retard après la date d'affiliation possible).

Il peut arriver qu'une mutuelle découvre que l'un de ses membres ne remplit plus les conditions d'affiliation depuis un certain temps, et annule l'affiliation avec effet rétroactif. Il peut même arriver que la mutuelle réclame les interventions versées à l'intéressé. Le cas échéant, le CPAS peut réclamer ces frais au SPP si les conditions suivantes sont remplies :

- si les frais sont prescrits<sup>2</sup>, une preuve doit être envoyée au service Front office concernant l'annulation de l'affiliation avec effet rétroactif. Cette preuve est une copie du courrier de la mutuelle adressé à l'intéressé ou au CPAS, où il est mentionné que l'intéressé n'est plus affilié dès la date X avec effet rétroactif. La lettre originale doit être conservée dans le dossier pour l'inspection ;
- la conservation des (copies de) factures ou aperçus de remboursements de la mutuelle. En cas de contrôle, il doit toujours pouvoir être vérifié de quels soins il s'agissait.

Si la mutuelle affilie quelqu'un avec effet rétroactif, le CPAS doit alors rembourser au SPP les frais éventuellement introduits (en régularisant le formulaire D ou en envoyant un formulaire F).

Un autre système s'applique pour Mediprima : une personne reste dans la base de données Mediprima jusqu'à ce qu'elle soit assurée. Dès qu'elle s'affilie à une mutualité, il faut mettre fin à la décision dans la base de données Mediprima. Lorsqu'une personne a été affiliée rétroactivement, le CPAS ne doit entreprendre aucune démarche pour récupérer les frais éventuellement déjà pris en charge par l'État pour la période concernée.

La règle des 3 mois vaut également pour les dossiers Mediprima. Si une personne est affiliée tardivement et que le CPAS ne peut invoquer aucune raison valable pour ce retard (lettre ou e-mail de la mutualité qui indique que l'intéressé n'a pas pu être affilié pour tel ou tel motif), les frais se rapportant à la période comprise entre le moment où l'intéressé aurait dû être affilié et son affiliation seront récupérés par le service inspection.

La cotisation de base est égale à 0 € (après 3 mois sans interruption ou six mois interrompus d'aide financière) si le bénéficiaire fournit la preuve que le montant annuel total des revenus de son ménage ne dépasse pas 8.800 € (indexés).

---

<sup>2</sup> Il y a plus d'une année (+fin trimestre) entre la date de la dispensation des soins et la date à laquelle les frais ont été envoyés au SPP IS.

Pour les bénéficiaires dans le cadre de la loi de 02/04/1965, seule la cotisation de base peut donc être réclamée pour les statuts A, B, F et I si ces personnes n'ont pas reçu d'aide financière depuis 3 mois sans interruption ou 6 mois interrompus.

L'exemption du paiement de la cotisation, une fois octroyée, reste maintenue jusqu'au 31/12 de l'année suivante. Informez-vous donc auprès de la mutualité lorsque vous affiliez quelqu'un. Sachez également que la réglementation relative à l'octroi d'une intervention majorée à une personne a changé en mai 2014. L'INAMI a publié une circulaire 2014/209 à ce sujet (20/05/2014) portant sur la nature des revenus à prendre en compte. Si le bénéficiaire est affilié à une mutualité, il faut veiller à ce qu'il obtienne le statut le plus favorable. L'inspecteur part du principe qu'une personne affiliée a le statut d'intervention majorée. Si ce n'est pas le cas, le CPAS doit pouvoir prouver pourquoi elle n'a pas obtenu ce statut.

Les cotisations de mutualité pour les personnes dans une ILA doivent être payées au moyen de la subvention forfaitaire pour l'ILA et ne peuvent pas être mises à charge du SPP IS.

Dès lors, il est recommandé que les CPAS disposent d'une liste de toutes les personnes affiliées à la mutualité (et de la date du début d'affiliation).

Le SPP ne rembourse pas les cotisations de l'assurance dépendance.

Pour ce qui concerne l'affiliation à une mutualité, des dispositions immédiates doivent être prises pour que la personne en question s'affilie dès que celle-ci est habilitée à le faire (du fait, par exemple, d'un jour de travail ou à compter de la date de délivrance de la carte de séjour).

Lorsque le CPAS apprend que l'affiliation à une mutualité est en ordre (via l'intéressé, la mutualité elle-même ou une mutation BCSS), ce CPAS annule la carte médicale Mediprima. Si le CPAS attend systématiquement trop longtemps avant d'annuler la carte médicale Mediprima, l'inspection le lui signalera afin qu'il corrige sa méthode de travail. Le SPP IS ne remboursera aucuns frais datant de plus de trois mois après la date à laquelle l'affiliation était possible (à l'exception d'éventuels tickets modérateurs), à moins que le CPAS ne soit en mesure de démontrer les raisons pour lesquelles l'affiliation n'a pas pu être réglée à temps (à l'aide, par exemple, d'une lettre ou d'un courriel de la mutualité).

Pour les frais introduits à l'aide de formulaires D1, le SPP IS ne remboursera aucuns frais à compter de la date d'affiliation à la mutualité (à l'exception d'éventuels tickets modérateurs).

#### Exemple

L'intéressé reçoit une carte de séjour A le 18/04/2018. La mutualité affilie l'intéressé le 7/06/2018 à compter du 01/04/2018 et le CPAS reçoit un avis de mutation BCSS le 10/06/2018 :

- Tous les frais médicaux/pharmaceutiques que le CPAS a éventuellement introduits à l'aide du formulaire D1 auprès du SPP IS, avec des données d'entrée en vigueur au 01/04/2018 et ultérieurement, doivent être remboursés au SPP IS par le CPAS (le montant de l'éventuel ticket modérateur peut, au maximum, être récupéré) ;
- Le 10/06/2018 ou très rapidement après cette date, le CPAS annule la carte médicale Mediprima. Si le CPAS a omis d'annuler la carte médicale à partir du 10/06/2018 ou très rapidement après cette date, l'inspection en informera le CPAS lors de son contrôle afin qu'il corrige sa procédure en la matière à l'avenir. Tous les frais Mediprima à partir du 18/07/2018 (3 mois à compter du 18/04/2018) seront en tous cas récupérés par l'inspection (à moins que le CPAS ne soit en mesure de démontrer les raisons pour lesquelles l'affiliation n'a pas pu être réglée à temps).

La date d'affiliation à la mutuelle doit être précisée dans le dossier ainsi que, de préférence, dans un rapport social. La preuve de l'affiliation à une mutuelle peut être fournie, en conservant soit une



lettre de la mutuelle dans le dossier, soit une preuve de la mutation de la BCSS, soit sur la base de l'échange de courriers électroniques entre le CPAS et la mutuelle.

## 2. Une autre assurance ou un tiers

Il se peut parfois qu'une **assurance** intervienne pour (une partie) des frais médicaux de l'intéressé, par exemple (liste non limitative) :

- une assurance maladie publique dans le pays d'origine (cf. aussi F.2.B) ;
- une assurance voyage (cf. aussi F.2.C) ;
- une assurance accidents de travail (souvent seulement après une longue procédure (judiciaire)) ;
- une assurance scolaire (souvent seulement après une intervention (facultative) de la mutuelle).

Il se peut parfois qu'un **tiers** intervienne pour (une partie) des frais médicaux de l'intéressé, par exemple :

- un garant (cf. aussi F.2.C) ;
- un débiteur alimentaire (partenaire ou parent au premier degré).

Dans ce cadre, nous rappelons l'art. 98 §2 de la loi organique :

« Le centre public d'action sociale poursuit également, en vertu d'un droit propre, le remboursement des frais de l'aide sociale :

- à charge de ceux qui doivent des aliments au bénéficiaire et ce à concurrence du montant auquel ils sont tenus pour l'aide octroyée ;
- à charge de ceux qui sont responsables de la blessure ou de la maladie qui a rendu nécessaire l'octroi de l'aide.

Lorsque la blessure ou la maladie est la suite d'une infraction, l'action peut être exercée en même temps et devant les mêmes juges que l'action publique. »

L'existence théorique d'une assurance ou d'un tiers ne doit pas entraîner automatiquement un refus de prise en charge par le CPAS.

Il appartient à celui-ci de vérifier la matérialité de l'intervention de ceux-ci :

l'intéressé doit épuiser ses droits en contactant l'assureur ou le tiers pour qu'il intervienne dans les frais médicaux. Ces démarches peuvent prendre un certain temps. Il est possible dans ces cas de facturer les frais au SPP IS (ou de créer une carte médicale avec durée limitée) dans l'attente de la réponse de l'assurance et/ou de l'enquête sur l'intervention possible d'un tiers.

Si le CPAS décide d'intervenir, le dossier doit faire l'objet d'un suivi strict (recherche/contact avec le garant, avec l'assureur par courriel ou par lettre, etc. ). Ce suivi/établissement de subrogation doit être constaté dans le rapport social et les documents probants afférents. Si le CPAS est intervenu, il doit exercer son droit de récupération au moment où l'assureur ou le tiers est sur le point d'intervenir. Les montants perçus doivent être reversés au SPP IS à l'aide du formulaire F s'ils ont été facturés.

Si le CPAS ne démontre pas le suivi du dossier, le service d'inspection se réserve le droit de récupérer la subvention auprès du CPAS.

Le CPAS a toutefois le droit de décider de manière autonome de refuser, avec motivation, les frais en raison du caractère non résiduaire, en cas d'existence établie d'un assuré ou d'un tiers. Ce n'est pas l'existence théorique d'un garant, d'une assurance ou d'un débiteur alimentaire, mais leur existence réellement établie qui constitue le fondement de l'éventuelle décision de refus.

## E. Attestation d'aide médicale urgente

Une attestation d'aide médicale urgente est nécessaire uniquement pour les personnes séjournant sur le territoire de manière illégale ou clandestine (statuts C et D).

En raison de la crise de la COVID-19, aucun certificat d'aide médicale urgente n'a été réclamé entre le 14/03/2020 et le 31/05/2020 pour le remboursement par le SPP IS.

Depuis le 1er juin 2020, les certificats sont à nouveau obligatoires pour les nouveaux traitements. Une exception existe cependant pour les traitements qui ont débutés entre le 14/03/2020 et le 31/05/2020 et poursuivis après le 1/6/2020.

Depuis le 2/11/2020, aucun certificat d'aide médicale urgente n'est exigé pour le remboursement des frais par le SPP IS. La date d'échéance de cette période d'assouplissement dépendra de la décision du Comité de concertation.

### 1. Attestation d'aide médicale urgente dans le cadre de factures payées par le CPAS et pour lesquelles celui-ci demande une subvention au moyen de formulaires D

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005, **l'attestation d'aide médicale urgente** doit être conservée par le CPAS en vue de l'inspection<sup>3</sup>.

« Depuis le 1 mars 2005, les attestations 'd'aide médicale urgente' ne doivent plus être envoyées au SPP IS. Ces attestations doivent être conservées au CPAS, avec les autres pièces justificatives ou factures médicales/pharmaceutiques, de manière à ce que tout puisse être contrôlé en même temps en cas d'inspection. À défaut de telles attestations, le subside versé par l'État sera récupéré. »

L'attestation doit pouvoir être reliée à une facture. Plusieurs factures peuvent être liées à une attestation d'une durée plus longue si ces factures portent sur le même fait médical. Le moment où cette attestation est établie a une importance relative.

Si aucune attestation ne peut être présentée sur place au moment du contrôle, les frais sont récupérés par l'inspection. Si le CPAS produit une attestation (ou un duplicata) pouvant être relié à la facture dans les 30 jours suivant le contrôle, cette attestation est acceptée, sauf si elle a été établie après la date d'inspection ou si cette attestation ne mentionne aucune date.

L'attestation d'aide médicale urgente est rédigée par un médecin agréé (pas un kinésithérapeute, logopède, ou pharmacien, par exemple) pour un traitement ou une série de traitements qui découlent indéniablement d'un même fait. Cela doit ressortir très clairement du dossier social. Tant que ces conditions sont respectées, l'attestation d'aide médicale urgente peut couvrir à elle seule l'ensemble des soins prodigués par différents prestataires, comme par exemple médecin généraliste et spécialiste, gynécologue et oncologue, médecin généraliste et kinésithérapeute, hôpital et centre de revalidation, ... Il va de soi qu'il est aussi permis d'avoir une attestation d'aide médicale urgente pour chaque prestation médicale.

L'attestation d'aide médicale urgente ne peut avoir une durée de plus d'un an, étant donné que la décision elle-même vaut pour une période maximale d'un an.

---

<sup>3</sup> Voir la circulaire du 01/03/2005 relative à l'aide médicale urgente aux étrangers séjournant illégalement dans le Royaume – attestation d'aide médicale urgente

### Quelques exemples

- Un malade incurable ou de longue durée qui doit être soigné plusieurs fois dans un hôpital, aller en consultation chez des médecins et acheter des médicaments n'a besoin que d'une seule attestation d'aide médicale urgente. Le dossier social doit bien entendu attester que la personne souffre d'une maladie incurable ou de longue durée (sans qu'il soit nécessairement mentionné de quelle maladie il s'agit);
- Une personne qui doit aller 40 fois chez le kinésithérapeute pour se faire soigner n'a besoin que d'une seule attestation d'aide médicale urgente établie par un médecin agréé;
- En cas de grossesse, une seule attestation suffit pour les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals;
- Une personne qui va chez le médecin au début de la semaine et chez le dentiste plus tard dans la semaine a besoin de deux attestations d'aide médicale urgente.

Pour les frais pharmaceutiques, une attestation d'aide médicale urgente établie par le médecin prescripteur est nécessaire. Cette attestation peut alors servir à la fois pour la consultation et pour les frais pharmaceutiques.

Les frais d'ambulance d'une personne qui séjourne illégalement dans le pays et pour laquelle le CPAS reçoit une facture nécessitent une attestation d'aide médicale urgente depuis le 01/01/2015.

En vue de l'inspection, une attestation d'aide médicale urgente ou une copie de celle-ci doit être reliées à chaque état mensuel (les frais de chaque mois) pour les personnes en séjour illégal ou clandestines. Cela vaut aussi pour les personnes en séjour illégal qui sont encore acceptés à l'ILA. Exemple: il y a trois factures de frais médicaux pour le mois d'avril. Une seule attestation d'aide médicale urgente doit être jointe à ces factures si celles-ci découlent toutes d'un même fait. S'il s'agit de traitements distincts (donc causes différentes), il faut une attestation par facture.

## 2. Attestation d'aide médicale urgente dans le cadre de Mediprima

Depuis le 01/06/2014 (date du soin), c'est l'hôpital qui conserve les attestations d'aide médicale urgente relatives à des frais d'hôpital pour personnes non assurables. Les hôpitaux ont reçu une circulaire à ce sujet le 23/03/2015. Le CPAS n'a besoin de l'attestation d'aide médicale urgente que pour les frais médicaux et pharmaceutiques (formulaire D1) des personnes en séjour illégal. (frais extérieurs à l'établissement de soins)

Le CPAS n'a besoin d'aucune attestation d'aide médicale urgente pour les frais facturés à la CAAMI dans le cadre de Mediprima.

Vous trouverez plus d'informations sur les attestations d'aide médicale urgente pour les citoyens de l'Union au point F.2.B.

## F. L'enquête sociale

### 1. Principes généraux

Le simple paiement d'une facture ne relève pas des missions du CPAS. Chaque demande d'aide doit être examinée sur la base de la loi CPAS et il faut toujours tenir compte de l'article 1<sup>er</sup> de la loi organique du 08/07/1976, à savoir permettre au demandeur de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Le 25/03/2010, une circulaire relative à l'enquête sociale exigée pour le remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'Arrêté ministériel du 30 janvier 1995 a été publiée. On retrouve cette Circulaire sur [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be), via le lien suivant : <https://www.mi-is.be/fr/reglementations/circulaire-relative-lenquete-sociale-exigee-pour-le-remboursement-des-frais-medica-0>

Cette circulaire sert de fil conducteur pour évaluer si le demandeur remplit les conditions pour que le CPAS prenne en charge ses frais médicaux . Ci-dessous les éléments essentiels de cette circulaire :

Les conditions suivantes doivent être remplies pour tout bénéficiaire dans le cadre de la loi du 02/04/1965:

1. Une demande d'aide doit être introduite par le bénéficiaire auprès du CPAS :
  - soit en se présentant personnellement au CPAS ;
  - soit par la remise d'une demande d'aide signée par le demandeur par l'intermédiaire d'une personne/institution tierce (par exemple via le service social d'un hôpital). Un prestataire de soins ne peut jamais introduire de demande d'aide sauf si le bénéficiaire est dans l'incapacité de le faire lui-même (s'il est dans le coma, par exemple) ;
2. Le demandeur d'aide doit être en état d'indigence. Le CPAS doit examiner la situation du demandeur d'aide par une enquête sociale et rédiger un rapport social. Ce rapport doit permettre de déterminer si la personne dispose de ressources insuffisantes. L'examen peut être basé initialement sur les données du service social de l'hôpital, mais le CPAS doit toujours prendre une décision distincte en ce qui concerne la prise en charge de ces frais, sur base d'une enquête sociale réalisée en interne.

Le Conseil d'Etat a confirmé à plusieurs reprises qu'il n'appartient pas aux CPAS de venir en aide à tous les créanciers de la personne indigente. Toutefois, il a pour tâche de secourir le débiteur infortuné qui, en raison du non-paiement de sa dette, se retrouvera dans une situation qui ne lui permettra pas de mener une vie conforme à la dignité humaine. Le remboursement ou non des frais médicaux par le SPP Intégration sociale ne peut servir de motivation pour la prise en charge ou non des frais médicaux.<sup>4</sup>

Signalons toutefois que l'intervention du CPAS reste résiduaire : dans le remboursement des frais médicaux en Belgique, les acteurs sont nombreux.

Le 14/03/2014 est parue la circulaire portant sur les conditions minimales de l'enquête sociale exigée dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 relative au droit à l'intégration sociale et dans le cadre de l'aide sociale accordée par les CPAS et remboursée par l'État conformément aux dispositions de la loi du 2 avril 1965. Les dispositions de cette circulaire s'appliquent également à l'enquête sociale en cas de demande de remboursement de frais médicaux.

---

4 Arrêt de la Cour du travail de Gand du 14 mars 2005

Il est impossible de présenter une liste exhaustive des dispositions auxquelles le rapport social doit satisfaire étant donné que chaque situation est unique et qu'elle exige des actions de recherche parfois particulières et toujours variables. Les points repris dans le modèle de la circulaire du 25/03/2010 susmentionnée sont généralement exigés par le Conseil de l'Action sociale pour décider de l'état d'indigence ; elles permettent également au SPP IS de constater que toutes les conditions relatives au droit au remboursement de l'aide sont remplies:

- Données d'identification et situation de séjour/statut de séjour
- Ressources et motif du séjour (visite familiale, asile, raison médicale, ...)
- Statut au moment des soins médicaux
- Assurabilité
- Cautionnement
- Rapport social concernant la situation du demandeur

Il convient de souligner que l'intervention du CPAS (et le remboursement par le SPP IS) revêt toujours un caractère résiduaire. L'enquête visant à déterminer si d'autres instances peuvent intervenir avant que l'intervention n'incombe au CPAS, est cruciale (voir également le point D).

En conclusion, le dossier social doit contenir des pièces justificatives, en fonction de la situation et du statut du demandeur.

Un des éléments importants stipulé dans la circulaire dont il est question ci-dessus est le suivant: le CPAS est tenu de joindre des pièces justificatives afin de prouver notamment la période depuis laquelle une personne réside en Belgique de façon ininterrompue au moment où des soins médicaux lui sont prodigués : par exemple un contrat de bail, des preuves d'inscription des enfants dans un établissement scolaire, des documents officiels d'instances belges, des factures au nom du demandeur... Il va de soi que plus les pièces justificatives sont nombreuses, plus le dossier est solide.

Dans le cadre de l'enquête sociale relative aux personnes admises dans un établissement de soins, chaque acteur du dossier a intérêt à ce que l'établissement de soins fournisse autant d'informations que possible au CPAS (s'il n'y a donc pas encore de décision exécutoire).

Dans certaines circonstances, l'établissement de soins n'est cependant pas en mesure de fournir toutes les informations demandées. **Le CPAS ne peut en aucun cas invoquer cette raison pour refuser une demande d'aide.** Le CPAS doit toujours mener sa propre enquête, vérifier et compléter, si nécessaire, les données qu'il reçoit de l'établissement de soins, en envoyant par exemple un assistant social dans l'établissement de soins en cas de séjour de longue durée.

En matière de cautionnement, Il est logique que le CPAS s'enquière de l'existence d'une éventuelle caution mais l'établissement de soins est souvent mieux placé pour collecter les renseignements relatifs à l'assurance du demandeur. L'hôpital a en effet le devoir de s'adresser en premier lieu aux assureurs et en dernière instance au CPAS (compétence résiduaire) pour le paiement des factures. L'établissement de soins et le CPAS peuvent officialiser les accords nécessaires dans une convention cadre, ce qui n'empêche pas que le dossier social du CPAS destiné au SPP IS doit comporter tous les éléments et documents justifiant le subventionnement.

Dans certains cas (selon la durée de résidence en Belgique de façon ininterrompue de la personne et selon son pays d'origine), les questions et les réponses éventuelles de la Caisse Auxiliaire pour Assurance-Maladie Invalidité (CAAMI) et/ou de l'Office des Étrangers aux questions du CPAS doivent également être jointes au dossier.

Les questions posées à la CAAMI visent à déterminer si l'intéressé a conclu une assurance-maladie dans son propre pays et doivent être envoyées à [iri@caami-hziv.fgov.be](mailto:iri@caami-hziv.fgov.be).

Pour quels pays la CAAMI doit-elle être contactée ? Pour tous les pays de l'UE et les pays cités à l'ANNEXE 2 de ce document (voir infra). **Quand contacter la CAAMI ? Si le bénéficiaire (provenant d'un de ces pays) réside de manière continue sur le territoire belge depuis moins d'un an.**

Les CPAS doivent utiliser un formulaire standard lorsqu'ils veulent savoir par la CAAMI si une personne a une assurance-maladie à l'étranger (circulaire du 24 janvier 2012). Certaines données doivent obligatoirement être transmises. (Voir ANNEXE 3). C'est notamment le cas des données d'identification de la personne. Sont obligatoires : le nom, le prénom, la date de naissance, le pays pour lequel la recherche doit être effectuée (ce peut être le pays correspondant à la nationalité de l'intéressé mais aussi le dernier pays dans lequel il a séjourné (ex. pour un Allemand ayant résidé longtemps en Espagne, poser la question pour l'Allemagne ET l'Espagne)), la dernière adresse dans le ou les pays concerné(s) ainsi que la période. Le bénéficiaire doit fournir ces données au CPAS afin que ce dernier puisse mener l'enquête sociale comme il se doit.

**Si le bénéficiaire déclare qu'il est assuré, il est alors inutile de créer une carte médicale et l'établissement de soins doit contacter l'assurance de l'intéressé (épuisement des droits). En effet, le CPAS n'intervient plus de manière résiduelle si une carte médicale devait être créée.**

Dans certains cas, le CPAS peut ne pas encore disposer de l'information relative à l'assurance ou non du bénéficiaire dans son pays d'origine. Dans ce cas, la carte médicale peut être créée dès le moment où le CPAS invite la CAAMI à s'informer sur l'assurance dans le pays d'origine. Dans ce cadre, il est également nécessaire de transmettre immédiatement la subrogation à la CAAMI pour les frais Mediprima auxquels le CPAS s'engage via la délivrance d'une carte médicale. Si la CAAMI informe le CPAS qu'une assurance existe effectivement dans le pays d'origine, les frais qui ont été pris en charge via Mediprima doivent être remboursés par la CAAMI au CPAS (pour la période pendant laquelle l'intéressé était assuré dans le pays d'origine). Le CPAS doit transférer ce montant versé par la CAAMI au SPP IS à l'aide du formulaire F de la loi du 02/04/1965.

En effet, si le bénéficiaire dispose d'une assurance maladie dans le pays d'origine, la CAAMI assumera les frais en sa qualité de caisse d'assurance maladie et facturera à son tour à la mutuelle dans le pays d'origine de l'intéressé.

Le cas échéant, le dossier doit comprendre les éléments suivants :

- la preuve que la CAAMI a été interrogée si cela s'avère obligatoire (voir ci-dessus) ;
- une lettre de subrogation adressée à la CAAMI pour la période pour laquelle le CPAS délivre une carte médicale ;
- la réponse éventuelle de la CAAMI.

En ce qui concerne la présence d'un garant, c'est l'Office des Étrangers qui doit être questionné.

L'enquête sociale doit faire l'objet d'un rapport social qui doit se terminer par une proposition motivée de prendre en charge ou non les frais + d'éventuelles remarques.

L'article 60 §1, deuxième alinéa, de la loi organique des centres publics d'action sociale du 8/07/1976 mentionne : "...L'intéressé est tenu de fournir tout renseignement utile sur sa situation et d'informer le centre de tout élément nouveau susceptible d'avoir une répercussion sur l'aide qui lui est octroyée..." ; c'est pourquoi il est impossible pour le CPAS de décider quant au besoin d'aide:

- si une personne refuse de collaborer à l'enquête sociale (l'intéressé ne se présente pas lorsque le CPAS l'invite ou ne fournit pas les pièces justificatives demandées dans un délai raisonnable ou donne de fausses informations comme une adresse fictive empêchant toute visite à domicile) ou s'y soustrait et ne communique donc pas les renseignements nécessaires pour l'enquête ; dans ce cas, le CPAS n'a aucune base sur laquelle décider que cette personne peut être considérée comme indigente.
- si les données collectées ne suffisent pas pour émettre un jugement fondé sur l'état d'indigence (l'intéressé est par exemple parti à l'hôpital et le CPAS ne l'a jamais vu, de sorte

qu'aucune enquête sociale ne peut être menée ou bien, des données ont été recueillies par l'hôpital mais elles ne suffisent pas pour que le CPAS en conclue que l'intéressé est indigent). Dans ces situations, si le CPAS prend quand même en charge les frais, le SPP Is ne remboursera pas.

Pour l'intervention dans les frais médicaux, le CPAS évalue de manière indépendante si une visite à domicile est nécessaire et utile dans le contexte individuel. Une visite à domicile n'est donc pas obligatoire pour une intervention dans les frais médicaux (cf. aussi Circulaire du 14/03/2014 concernant l'enquête sociale).

La réalisation d'une visite à domicile peut fournir de nombreuses informations utiles pour l'enquête sociale et est recommandée par le SPP IS. Le fait de ne pas pouvoir réaliser une visite à domicile ne peut toutefois jamais servir de base suffisante et unique pour refuser une intervention ; d'autres éléments doivent aussi être ajoutés.

Si toutefois aucune réponse formelle n'est encore parvenue de la CAAMI (assurabilité dans le pays d'origine) ou de l'OE (cautionnement), ce seul fait ne suffit pas en soi pour refuser une aide lorsque le reste de l'enquête sociale fait apparaître la nécessité. Dans la pratique, on constate en effet souvent qu'il n'y a ni assurance dans le pays de la personne, ni caution en Belgique. Dans l'hypothèse où le CPAS reçoit la réponse formelle que le demandeur concerné est assuré dans son pays ou a une caution en Belgique, la décision initiale peut toujours être revue et les sommes éventuellement déjà payées peuvent être récupérées. Signalons également que même si la période de caution a expiré, le CPAS peut encore se retourner contre le garant pour la période pendant laquelle la caution était en vigueur.

Si une personne n'est pas en mesure de collaborer à l'enquête sociale, le dossier doit être suivi jusqu'à ce que la situation change. Il est par exemple possible que la personne soit (temporairement) dans le coma. Le CPAS peut prendre une décision sur la base des éléments disponibles mais l'enquête devra se poursuivre une fois que la personne a suffisamment repris conscience. Les seules exceptions concernent les personnes qui sont dans le coma et qui finissent par décéder ou les personnes dont l'état psychiatrique ne permet pas une collaboration. Dans ce cas, une déclaration du médecin traitant selon laquelle la personne est dans l'impossibilité de communiquer les données, suffit.

Si les ressources du demandeur et/ou du partenaire avec lequel le demandeur cohabite dépassent la catégorie correspondante du revenu d'intégration, le ticket modérateur ne peut pas être à charge de l'Etat, à l'exception du ticket modérateur pour les frais d'hospitalisation. Ceci est la conséquence de l'article 11§1 2° de la loi du 2 avril 1965 d'une part et de l'article 1 de l'Arrêté ministériel du 30/01/1995 d'autre part.

Pour les résidents en ILA, comme pour tous les autres demandeurs d'asile, le besoin d'aide doit également faire l'objet d'une enquête sociale. Celle-ci doit notamment mentionner le fait que l'intéressé dispose ou non d'un revenu (depuis 2010 il est possible qu'une personne de l'ILA dispose d'un permis de travail sous certaines conditions) ou qu'il est par exemple devenu illégal, mais qu'il a obtenu de FEDASIL le droit de rester dans l'ILA. Dans ce cas également, l'attestation d'aide médicale urgente reste une obligation légale.

L'absence d'une pièce justificative ne veut pas dire qu'automatiquement le CPAS ne sera pas subventionné. Le dossier peut contenir une explication logique qui clarifie pour quelle raison un certain document n'est pas obtenu ou des données ne sont pas connues. Le dossier social est toujours contrôlé dans sa totalité par le service inspection.

Enfin, signalons que le CPAS peut demander une contre-expertise médicale lorsqu'il a de sérieux doute quant au fondement du besoin de soins.

Motif de séjour :

La raison d'un séjour peut être que quelqu'un est arrivé en Belgique pour des raisons purement médicales.

En effet, les étrangers qui souffrent de maladies dont le traitement n'est pas possible dans leur propre pays mais qui peut être prodigué en Belgique peuvent se voir délivrer un visa de type C dont l'objectif sera ledit traitement médical.

Si l'office des étrangers délivre ce visa, l'étranger pourra séjourner en Belgique pour une courte période (3 mois) et suivre son traitement. Si des complications médicales surgissent, le visa pourra être prolongé par l'office des étrangers.

Il s'ensuit qu'un séjour intentionnel pour des raisons médicales est autorisé, à la condition que la procédure ci-dessus soit strictement respectée.

S'il apparaît dans l'enquête sociale que le demandeur d'aide est venu en Belgique pour des raisons purement médicales sans que la procédure ci-dessus n'ait été respectée, les coûts liés au traitement ne seront pas pris en charge par le SPP Is.

Si une demande de prise en charge des frais est introduite par une personne ayant obtenu ce type de visa C, le CPAS devra réaliser une enquête sociale d'indigence telle que décrite ci-dessus, et appliquer les règles telles que décrites ci-dessous au point 2.C. Ce n'est que si ces procédures sont respectées que le CPAS pourra introduire sa demande de remboursement au SPP Is.

Si le CPAS constate que quelqu'un vient en Belgique seulement et uniquement pour des raisons médicales et fait une demande d'aide à cette fin sans demande d'asile et sans demande de régularisation, il est recommandé de prendre contact avec le FrontOffice [question@mi-is.be](mailto:question@mi-is.be) et/ou avec son inspecteur compétent pour avoir confirmation que l'Etat prendra en charge ces frais.

Dans le cadre de l'enquête sociale, pour des raisons de confidentialité, le CPAS ne peut pas demander d'informations médicales personnelles à des prestataires de soins ou hôpitaux concernant un bénéficiaire.

Le bénéficiaire n'est pas non plus tenu de communiquer des informations médicales au CPAS.

Aux fins d'une enquête sociale efficace, il est également recommandé de passer des accords si un établissement de soins se trouve sur le territoire de votre commune/ville. L'établissement de soins sait ainsi quelles sont les informations dont le CPAS a besoin dans le cadre de l'enquête sociale.

## 2. Principes supplémentaires concernant certaines catégories de bénéficiaires

### *a. No-show*

Il s'agit ici de personnes auxquelles un centre fédéral d'accueil (voir le code 207 centre d'accueil) ou à un ILA a été désigné et qui ne s'y présentent pas mais qui préfèrent habiter ailleurs.

Le paiement des frais médicaux pour une personne qui est affectée à un centre d'accueil (centre d'accueil fédéral) mais qui n'y réside pas (no show) doit être réglé avec FEDASIL (cellule frais médicaux, rue des Chartreux 21, 1000 Bruxelles, 02/213.43.00 - [medic@fedasil.be](mailto:medic@fedasil.be)).

Le règlement des frais médicaux pour les no-shows qui sont affectés à un ILA ne diffère pas du règlement des frais médicaux pour les personnes qui séjournent bel et bien à l'ILA. Ces frais médicaux, s'ils sont remboursables) sont remboursés par le SPP Is, après l'introduction des formulaires A, B et D ou via MEDIPRIMA.

Comme d'habitude, il faut aussi prêter suffisamment d'attention à l'enquête sociale dans le cas d'un no-show.



## *b. Les citoyens de l'Union et les membres de leur famille*

Une situation particulière existe pour le citoyen de l'Union qui séjourne sur le territoire belge dans le cadre de l'exercice de son droit à la libre circulation<sup>5</sup> (voir point 1 de la circulaire du 05/08/2014 relative à l'interprétation de l'article 3, 3°, 2e tiret de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale et de l'article 57quinquies de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale).

En ce qui concerne les frais médicaux pour ces personnes, la cour constitutionnelle a rendu l'arrêt 95/2014 le 30 juin 2014. Cet arrêt annule partiellement l'interprétation de l'article 57quinquies de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS (cf. points 3 et 6 de la circulaire susmentionnée). Cet arrêt dispose que les personnes à qui s'applique l'article 57quinquies ne sont pas exclues du droit à l'aide médicale urgente.

La circulaire du 05/08/2014 stipule ce qui suit :

« Si l'article 57quinquies de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS exclut temporairement certaines personnes du droit à l'aide sociale, ceci ne signifie pas qu'elles sont exclues du droit à l'aide médicale urgente<sup>6</sup>. »

Ceci implique obligatoirement :

- que les conditions d'ouverture du droit à l'aide médicale urgente énoncées dans l'arrêt royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'action sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le royaume soient remplies (à l'exception de l'illégalité du séjour) ;
- qu'il ressort de l'enquête sociale exécutée par le CPAS que l'état d'indigence est établi ;
- que l'intéressé ne relève pas de l'assurance maladie belge ou de celle de son pays d'origine ou qu'il ne dispose pas d'une assurance couvrant intégralement les frais médicaux dans le pays ou qu'il ne peut pas en avoir une.

Les nouvelles règles en matière d'aide médicale urgente s'appliquent aux citoyens de l'Union depuis le 24/07/2014.

Un citoyen de l'Union ayant la qualité de demandeur d'emploi a toujours droit à l'aide médicale urgente si les conditions ci-dessous sont remplies (voir \*).

Un citoyen de l'Union ayant la qualité d'étudiant ou disposant de ressources suffisantes a droit à l'aide médicale urgente pendant les trois premiers mois suivant la délivrance de l'annexe 19/19ter si les conditions ci-dessous sont remplies. Après ces trois mois, il aura droit à l'aide sociale et pourra toujours obtenir le remboursement de ses frais médicaux mais plus sous la forme d'une aide médicale urgente.

Un citoyen de l'Union ayant la qualité de travailleur ou d'indépendant a toujours droit à l'aide sociale sous forme de droit à un remboursement des frais médicaux mais donc pas sous la forme d'une aide médicale urgente.

Important : les membres de la famille ont toujours la qualité de la personne qu'ils accompagnent ou rejoignent.

(\* ) Que faut-il donc faire si un citoyen de l'Union (et les membres de sa famille) demande(nt) de l'aide pour le paiement de frais médicaux (ticket modérateur compris) ?

- l'intéressé doit introduire une demande d'aide signée ;
- le CPAS doit vérifier l'assurabilité :
  - a) en Belgique (l'intéressé est-il affilié à une mutualité belge ?)

- b) à l'étranger si l'intéressé séjourne en Belgique depuis moins d'un an. L'enquête sociale doit déterminer depuis combien de temps la personne séjourne en Belgique de manière ininterrompue. Il faut prendre contact avec la CAAMI afin qu'elle puisse contacter les organes de liaison du pays dont la personne provient. Cet organe de liaison va vérifier si l'intéressé est affilié ou non à une mutualité ou à une compagnie d'assurances dans ce pays. La preuve écrite de la demande faite à la CAAMI (et la réponse éventuelle) doit être jointe(s) au dossier pour les besoins de l'inspection (voir F.1)). Vous pouvez demander la liste des organes de liaison existants par e-mail à [question@mi-is.be](mailto:question@mi-is.be) (Front Office) ou la télécharger sur [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) (dans la rubrique 'Santé') ;
- le CPAS doit évaluer l'état d'indigence (voir aussi F.1) et déterminer quelle était la qualité du citoyen de l'Union au moment de la demande. Pour cela, il doit vérifier l'annexe 19/19ter (voir aussi point 1.1.E de la circulaire du 05/08/2014) ;
  - le CPAS doit décider d'accorder ou non une aide.

Le droit au séjour d'un citoyen de l'Union (et des membres de sa famille) peut prendre quatre formes :

- séjour permanent (délivrance carte E+/F+, annexe 8bis/9bis) → affiliable à une mutualité
- demande d'annexe 19/19ter, suivie par un séjour de plus de trois mois (carte E/F ; annexe 8/9) → affiliable à une mutualité
- séjour de moins de trois mois (touriste) → non affiliable à une mutualité
- séjour de plus de trois mois sans demande d'annexe 19/19ter (illégal) → non affiliable à une mutualité

Vu l'arrêt de la cour constitutionnelle et les dispositions de l'AR Aide médicale urgente, l'attestation d'aide médicale urgente n'est pas seulement requise pour les personnes en séjour illégal sur le territoire mais aussi pour les catégories suivantes de citoyens de l'Union légaux :

- annexe 19/19ter qualité demandeur d'emploi, quelle que soit la durée du séjour en Belgique (ce qui inclut donc aussi les titulaires d'une carte E ayant la qualité de demandeur d'emploi) ;
- annexe 19/19ter qualité étudiant/personne disposant de ressources suffisantes pendant les trois premiers mois suivant la délivrance de l'annexe 19/19ter.

**Davantage d'informations sont également proposées dans la Circulaire du 22/01/2016 relative à l'interprétation de l'article 57 sexies de la loi du 08/07/1976 organique des CPAS.**

- c. *Personnes provenant d'un pays soumis à l'obligation de visa<sup>5</sup> et bénéficiant d'une autorisation de séjour de moins de trois mois + personnes qui séjournent dans le pays de manière clandestine après l'expiration de leur visa*

Ce groupe de bénéficiaires se distingue des personnes provenant de pays soumis à l'obligation de visa qui sont venues en Belgique SANS visa et qui séjournent donc illégalement sur le territoire belge depuis le premier jour. Les détenteurs d'un visa sont en séjour légal sur le territoire pendant les trois premiers mois suivant leur arrivée (ou plus si le visa est prolongé).

Pour les personnes originaires de pays soumis à l'obligation de visa qui sont à partir du premier jour sur le territoire belge **sans visa et en séjour illégal** ainsi que les personnes originaires de pays soumis à l'obligation de visa qui séjournent toujours après l'expiration de leur visa (en séjour illégal) sur le territoire belge, les règles suivantes concernant l'assurance voyage ne sont pas d'application.

---

<sup>5</sup> La liste des pays dont les habitants ont besoin d'un visa se trouve sur [www.ibz.fgov.be](http://www.ibz.fgov.be), rubrique contrôle aux frontières, puis rubriques visa et obligations de visa.

Il faut vérifier pour ces personnes s'il y a éventuellement un garant (cf. plus loin sous ce point), quelle est la raison du séjour et une enquête socio-financière plus approfondie doit être menée.

Les personnes originaires de pays soumis à l'obligation de visa séjournent **légalement** en Belgique pendant la période de leur visa.

Pour la période durant laquelle le visa est valable, plusieurs scénarios peuvent se présenter, selon le schéma suivant :

	Assurance voyage présente		Pas d'assurance voyage présente
	<i>L'assurance voyage intervient</i>	<i>L'assurance voyage n'intervient pas</i>	
<b>Frais &lt; 30.000 €</b>	a. Pas d'intervention du SPP	c. Intervention si refus motivé*	d. Pas d'intervention du SPP sauf exceptions
<b>Frais &gt; 30.000 €</b>	b. Intervention du SPP frais > € 30.000*		

\*Informer le SPP IS via [question@mi-is.be](mailto:question@mi-is.be) (à l'attention du service d'inspection) pour chaque dossier pour lequel le CPAS décide de prendre les frais en charge.

#### **a. Pas d'intervention du SPP**

Depuis le 1er juin 2004, les personnes ayant introduit une demande de visa de moins de trois mois doivent apporter la preuve qu'elles sont couvertes par une assurance maladie suffisante (souvent l'assurance voyage assistance médicale). La mesure européenne<sup>6</sup> sur laquelle est basée cette disposition précise que ne sont concernées que les personnes d'une nationalité étrangère à l'Union européenne. Ces personnes ont besoin d'une assurance voyage individuelle ou collective, avec couverture pour le rapatriement médical, soins médicaux urgents et/ou traitement d'urgence à l'hôpital. Cette assurance doit en principe être conclue dans le pays d'origine et couvrir l'intégralité du séjour autorisé, avec une couverture minimale de 30.000 € par personne.

Si une personne originaire d'un pays soumis à l'obligation de visa demande une intervention dans les frais médicaux pendant la période de validité de son visa et qu'une assurance voyage valable a été conclue, le principe veut que le SPP IS n'intervienne pas dans les frais s'ils sont inférieurs à 30.000 €.

#### **b. Intervention du SPP IS pour les frais qui dépassent 30.000 €**

Si l'assurance voyage intervient, seuls les frais dépassant le plafond de 30.000 € peuvent être mis à la charge du SPP IS. Il faut évidemment vérifier s'il y a éventuellement un garant (cf. plus loin sous ce point) et l'enquête socio-financière doit être menée.

#### **c. Intervention du SPP IS en cas de refus motivé**

S'il y a une assurance voyage, qui refuse toutefois d'intervenir, et que le CPAS décide dès lors une prise en charge, le dossier du CPAS doit comprendre une preuve écrite (courrier ou courriel) dans laquelle l'assureur voyage motive le refus d'intervenir. Si le CPAS et/ou le bénéficiaire estime que la motivation est insuffisante, il est demandé de recueillir des informations complémentaires auprès de l'assureur voyage et, si nécessaire (suivant l'avis du bénéficiaire ou du CPAS), de contester la décision dans le cadre de l'épuisement des droits. Entre-temps, le SPP IS peut intervenir dans les frais, mais les montants qui pourraient être récupérés ultérieurement par le CPAS de l'assureur voyage doivent être remboursés au SPP IS au moyen du formulaire F.

Le CPAS communiquera par courriel ([question@mi-is.be](mailto:question@mi-is.be), et à l'attention du service d'inspection) tout dossier dans lequel l'assurance voyage refuse d'intervenir et pour lequel le CPAS décide de prendre les frais en charge.

<sup>6</sup> Beschikking van de Raad van Ministers van 22/12/2003 tot wijziging van deel V, punt 1.4, van de Gemeenschappelijke Visuminstructies en deel I, punt 4.1.2, van het Gemeenschappelijk Handboek, namelijk de opneming onder de voor te leggen bewijsstukken van het bewijs van een reisverzekering tot dekking van ziektekosten ingeval een eenvormig inreisvisum wordt afgegeven (2004/17/EG).

#### **d. Pas d'intervention du SPP IS sauf exceptions**

Une personne provenant d'un pays soumis à l'obligation de visa peut en principe uniquement obtenir un visa si l'intéressé est suffisamment assuré et/ou s'il dispose de suffisamment de moyens de subsistance et/ou s'il a un garant. Si l'intéressé a obtenu un visa sans assurance voyage, sans moyens de subsistance suffisants et sans garant, cela peut être considéré comme un non-épuiement des droits. Il n'y a pas d'intervention du SPP IS pour toute la période où le visa est valable.

L'exception (en ce qui concerne l'assurance voyage) à cette règle concerne les membres de la famille de citoyens de l'UE issus de pays tiers et les diplomates. Il faut évidemment vérifier pour ces personnes s'il y a éventuellement un garant (cf. plus loin sous ce point) et l'enquête socio-financière doit être menée. Dans le cas des diplomates, le SPF Affaires étrangères doit aussi d'abord être consulté.

Pour toutes les personnes provenant d'un pays soumis à l'obligation de visa, il sera en outre vérifié l'existence éventuelle **d'un garant** si le bénéficiaire ne séjourne pas depuis plus de deux ans sur le territoire belge, en séjour légal ou non.

Une personne qui s'est engagée comme **garant** pour soins médicaux l'a fait pour une période de minimum deux ans.

Le CPAS obtiendra tout renseignement relatif à un garant auprès de l'OE et conservera l'éventuelle réponse dans le dossier. S'il n'y a pas de garant, cela signifie en principe que l'intéressé dispose de moyens propres suffisants. Si le CPAS veut malgré tout prendre des frais à sa charge, une enquête sociale et financière minutieuse doit être menée afin d'évaluer les moyens et l'état d'indigence de la personne intéressée.

Il se peut que le CPAS n'ait pas encore d'informations sur l'existence d'un garant dans le délai prévu pour l'enquête sociale. Dans ce cas, le SPP paiera la subvention si le CPAS décide de prendre les frais en charge (pour autant que les autres conditions soient satisfaites).

Dès que le CPAS aura ensuite reçu les données sur l'existence du garant, il révisera sa décision et, si nécessaire, il suspendra son intervention sans effet rétroactif. Il prendra contact avec le garant et lui demandera d'assumer sa garantie; Le garant assume intégralement les frais, ou la partie des frais qu'il peut supporter suivant l'enquête sociale du CPAS (le garant peut être (partiellement) insolvable). Si des frais ont déjà été payés et mis à la charge du SPP, le CPAS fera le nécessaire pour tenter de les récupérer auprès du garant, et les montants reçus seront remboursés au SPP via le formulaire F. En cas d'insolvabilité (partielle), un plan de remboursement doit être dressé. Si le garant ne réagit pas à la demande du CPAS ou refuse/arrête de payer, le gestionnaire financier doit continuer d'assurer le suivi du dossier et faire le nécessaire pour que le montant nécessaire soit récupéré. Si le garant se trouve en dehors de la Belgique, l'intervention du CPAS se limite à le contacter une fois (preuve dans le dossier) si l'adresse est connue.

Dans ce cas, le CPAS peut aussi toujours décider que l'intéressé doive épuiser ses droits (du moins si la caution est encore valable).

Le service d'inspection du SPP veillera à ce que le CPAS ait effectivement fait le nécessaire pour tenter de récupérer les frais. A défaut, les montants seront récupérés d'office par l'inspection.

***En ce qui concerne les demandes à introduire auprès de l'O.E pour obtenir les coordonnées et toutes les informations relatives au garant, la procédure suivante sera appliquée:***

- ***introduire la demande par mail à l'O.E (mention du nom, prénom, date de naissance, nationalité) et garder une traçabilité de cette demande au dossier. Conserver la réponse de l'O.E et appliquer la procédure de contact et/ou récupération auprès du garant telle que décrite ci-dessus;***
- ***une demande à l'O.E sera introduite UNIQUEMENT pour les personnes provenant d'un pays soumis à l'obligation d'un visa, qui ont introduit une demande de prise en charge de frais médicaux et pour lesquelles le visa a été délivré depuis moins de deux ans. Pour les personnes en procédure d'asile, d'une part, et pour celles qui séjournent ici depuis plus de***

***deux ans, d'autre part, cette demande à l'O.E ne sera JAMAIS introduite. (Inutile d'engorger l'O.E avec des demandes qui ne se justifient pas)***

- ***si le visa de la personne concernée n'a pas été délivré par la Belgique, l'OE ne doit pas être contacté, étant donné qu'il n'existera pas de garant en Belgique. Le dossier doit toutefois contenir une copie du passeport, dont il ressort qu'un autre pays que la Belgique a délivré le visa. Le rapport social doit également mentionner cette donnée.***

Les personnes à contacter à l'OE sont les suivantes :

- Pour les Courts Séjours annexe 3 bis néerlandophone :  
Koen Callaert : [koen.callaert@ibz.fgov.be](mailto:koen.callaert@ibz.fgov.be) – n° tel. 02/793.86.30
- Pour les Courts Séjours annexe 3 bis francophone :  
Martine Mercier : [martine.mercier@ibz.fgov.be](mailto:martine.mercier@ibz.fgov.be) – n° tel. 02/793.86.04
- Pour les Longs Séjours annexe 32 néerlandophone :  
Jo Engelen : [jo.engelen@ibz.fgov.be](mailto:jo.engelen@ibz.fgov.be) – tél. 02/793.87.16
- Pour les Longs Séjours annexe 32 francophone :  
Bernard Baillieux : [bernard.baillieux@ibz.fgov.be](mailto:bernard.baillieux@ibz.fgov.be) – n° tel. : 02/793.86.79

Si la personne provient d'Algérie, de Tunisie ou de Turquie et séjourne depuis moins d'un an en Belgique, la CAAMI doit être contactée pour vérifier l'assurance dans le pays d'origine via l'organe de liaison (cf. aussi point F.1). La preuve du contact avec la CAAMI et l'éventuelle réponse doivent être conservées dans le dossier. La liste des organes de liaison existants peut être obtenue sur demande à [question@mi-is.be](mailto:question@mi-is.be) (Front Office) ou téléchargée sur [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) (sous la rubrique « Assistance médicale »).

***d. Personnes provenant d'un pays non membre de l'UE non soumis à l'obligation de visa qui séjournent en toute légalité + personnes qui deviennent clandestines au fil du temps***

Ces personnes doivent pouvoir présenter une carte d'identité ou un passeport valides si elles séjournent légalement. Pour les personnes dont le séjour n'est pas (plus) légal, La preuve de l'identité peut être faite par tous les moyens (documents officiels et documents non officiels). S'il y en a, les documents officiels sont privilégiés mais la preuve de l'identité peut également être apportée au moyen de documents non officiels (comme le nom figurant sur des factures ou un bail – Liste non limitative –).

L'intéressé doit bien évidemment prêter son concours à l'établissement de son identité.

Pour les personnes provenant de ces pays qui se présentent sans données d'assurance et qui séjournent en Belgique depuis moins d'un an, il faut prendre contact via la CAAMI avec les organes de liaison des pays pour lesquels un organe de liaison est connu. La preuve du contact avec la CAAMI et l'éventuelle réponse doivent être conservées dans le dossier. Cette règle vaut même si l'intéressé est en séjour illégal.

Lorsque quelqu'un provient d'un pays sans organe de liaison, la preuve de non-assurance se limite à une attestation sur l'honneur écrite dans laquelle l'intéressé déclare ne pas avoir d'assurance.

Si une personne séjourne en Belgique depuis plus d'un an, on peut considérer qu'elle n'a pas (plus) d'assurance et aucune preuve n'est alors nécessaire. Le CPAS doit cependant pouvoir se baser sur des preuves concrètes pour conclure que la personne est en Belgique depuis plus d'un an (voir point 1) principes généraux). Ces preuves doivent se trouver dans le dossier.

La liste des organes de liaison existants peut être demandée à [question@mi-is.be](mailto:question@mi-is.be) (Front Desk) ou téléchargée sur [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) (dans la rubrique « Santé »).

La liste des pays non membres de l'UE et non soumis à l'obligation de visa se trouve à l'annexe 1.

*e. Belges non inscrits au registre de la population (statut H)*

En ce qui concerne les Belges qui ne sont plus inscrits au registre de la population (code 001 registre des personnes radiées d'office (avec adresse de référence ou non) ou parties à l'étranger), une carte médicale peut être émise (Mediprima).

Un droit est ouvert au remboursement des frais hospitaliers par l'intermédiaire de Mediprima, mais jamais aux frais médicaux ou pharmaceutiques (formulaire D1) en raison de l'absence de base légale à cette fin.

Cette carte médicale ne peut être émise que si l'intéressé :

- *Est belge*
- *A été radié (code 001 registre de la population) ou dispose uniquement d'une adresse de référence*
- *N'est pas affilié à une mutuelle, y compris dans le pays de destination de la personne radiée (code 001 registre personnes radiées parties à l'étranger)*
- *Est en état de besoin (besoin établi à l'issue d'une enquête sociale par le biais d'un rapport social)*

On attend du CPAS que l'intéressé soit incité, après s'être manifesté une première fois au CPAS, à régulariser au plus vite l'inscription au registre de la population. Ceci s'inscrit dans le cadre de l'épuisement des droits, l'intéressé ne pouvant généralement régulariser l'affiliation à la mutuelle que par l'inscription au registre de la population/l'adresse de référence. Le dossier doit prouver que le nécessaire est fait pour régulariser l'inscription au registre de la population et l'affiliation à la mutuelle. En ce sens, il est recommandé de n'émettre la carte médicale que pour une durée limitée. Une période de transition de trois mois est appliquée par l'inspection à partir de la date d'inscription à l'adresse de référence. Cela signifie que le CPAS mettra tout en œuvre pour que l'intéressé soit affilié à la mutuelle dans les trois mois suivant la date d'attribution de l'adresse de référence. Une dérogation est envisageable si le CPAS peut démontrer que l'affiliation a duré plus longtemps pour des raisons fondées, par exemple parce qu'il convient de respecter une période d'attente.

L'enquête sociale relative à l'état de besoin d'un Belge radié parti à l'étranger requiert une attention particulière :

- N'y a-t-il aucune assurance à l'étranger ?
- Le demandeur a-t-il l'intention de venir de nouveau s'établir en Belgique (motifs du séjour en Belgique) ?
- Quels sont les moyens d'existence du demandeur ?

## G. La décision de prise en charge

Tout frais médical ou encouru dans la cadre de Mediprima doit être juridiquement couvert par une décision du CAS (ou CSSS), y compris pour les frais de résidents en ILA. Toute décision doit être précédée d'un rapport social, se concluant par une proposition d'aide établie par l'assistant social. Pour une personne ne séjournant pas illégalement, une décision de prise en charge des frais médicaux/délivrance d'une carte médicale Mediprima doit être prise au moins annuellement. Pour les personnes séjournant illégalement sur le territoire, une décision de prise en charge doit être prise au moins trimestriellement, conformément aux directives du manuel Médiprima. Depuis le 14/03/2020, toutefois, une décision au moins annuelle, au lieu de trimestrielle, peut également être prise au sujet des personnes en séjour illégal, et porter sur la prise en charge des frais médicaux/la délivrance de la carte médicale Mediprima. La prise d'une décision valable durant une année, au lieu de trois mois, n'est pas une obligation, mais une possibilité. Il va de soi que le CPAS est encore tenu de vérifier régulièrement si la décision est toujours conforme au statut de la personne et doit traiter les mutations qu'il recueille en la matière.

Si on constate que les circonstances n'ont pas changé d'un trimestre à l'autre et que l'indigence est donc restée la même, les dossiers peuvent être, dans ce dernier cas, introduits sous forme de liste auprès du Conseil/Comité spécial du Service social, dans le but d'approuver la prolongation de l'aide. Une décision doit toujours être assortie d'un délai de validité ou spécifier une date avant laquelle la décision devra être revue.

La communication écrite (notification) de la décision doit être formulée de manière telle que le demandeur puisse la comprendre et en vérifier l'exactitude.

Un exemple de formulation générale d'une notification pourrait être :

« À compter du jj/mm/aa, le CPAS prend en charge vos frais médicaux et pharmaceutiques, selon les règles de l'assurance maladie en vigueur en Belgique (y compris le/à l'exclusion du ticket modérateur (biffer la mention inutile)). Le CPAS vous délivre également une carte médicale pour les frais résultant de soins donnés dans un établissement de soins (hôpital).

Cette décision sera revue dans trois mois/un an au plus tard (biffer la mention inutile). Tout changement dans votre situation est à signaler à votre assistant social.»

Les autres frais médicaux que le CPAS souhaite couvrir sur son budget propre peuvent, le cas échéant, également être renseignés dans cette notification.

Il est recommandé de ne pas limiter la carte médicale MEDIPRIMA à un nombre limité d'hôpitaux. Cela compromet les droits du patient et entraîne des problèmes pratiques et financiers dans d'autres hôpitaux qui doivent accueillir l'intéressé dans le cas d'un accident éventuel. De plus, il faut tenir compte du fait que dans le cadre de réformes dans l'univers hospitalier, certains soins/spécialisations ne peuvent plus être fournis que dans un nombre limité d'hôpitaux.

Il est également recommandé de ne pas attribuer une carte médicale pour une période trop limitée (quelques jours, une semaine, deux semaines). Le but est de délivrer une carte médicale à partir du moment où le besoin est constaté. Cela signifie qu'une carte médicale peut être délivrée avant même que des soins médicaux soient nécessaires et prodigués.

Une exception à la délivrance d'une carte médicale pour une période limitée concerne le cas où le CPAS prévoit qu'une personne sera prochainement affiliée à une mutuelle ou pourra par exemple avoir recours à une assurance/un garant.

## H. Règle générale de remboursement

La règle générale de remboursement ci-dessous concerne uniquement les frais médicaux, les frais pharmaceutiques et les frais de soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins.

Lorsqu'il s'agit de frais de traitement dus à une *hospitalisation* tous les suppléments hospitaliers ne sont pas remboursés, comme auparavant. Vous trouverez davantage d'informations au sujet des hospitalisations dans le point H.1).

Conformément à l'article 11 de la loi du 02/04/1965 une distinction importante doit être faite entre les personnes qui bénéficient d'un revenu et les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu.

### 1. Règle générale de remboursement des frais médicaux, des frais pharmaceutiques et des frais de soins ambulatoires dispensés à l'hôpital pour les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu ou ont un revenu inférieur au revenu d'intégration (RI)

La **règle générale de remboursement** pour les frais des traitements dispensés aux personnes qui disposent de ressources inférieures au montant du revenu d'intégration implique que ces frais sont remboursables à concurrence du prix servant de base au remboursement par l'assurance maladie-invalidité.

Ainsi, pour les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu, ou ont un revenu inférieur au RI (surtout les illégaux, les clandestins et les personnes qui séjournent dans une initiative locale d'accueil), les prestations qui ont un code de nomenclature ou un pseudo-code de nomenclature INAMI ainsi que les médicaments remboursables sont remboursés à concurrence du **montant maximum** (intervention majorée + ticket modérateur) prévu dans l'assurance maladie.

Qu'il s'agisse de frais médicaux ou pharmaceutiques, de frais d'hospitalisation ou de frais pour soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins, il faut d'abord vérifier si la personne est affiliée ou peut être affiliée à une mutualité (voir D). En effet, le SPP IS ne rembourse jamais les frais que la mutualité doit prendre ou a pris en charge.

Lorsque la personne est affiliée à une mutualité et qu'il y a un remboursement par celle-ci, le CPAS peut prendre en charge et récupérer auprès de l'Etat le **ticket modérateur** des prestations médicales, à condition qu'il existe un code de nomenclature ou pseudo-code de nomenclature INAMI pour ces prestations.

Lorsque la personne n'est pas affiliée à une mutualité, le CPAS peut facturer à l'Etat l'entièreté des prestations médicales à condition qu'il existe un code de nomenclature ou pseudo-code de nomenclature INAMI pour ces prestations médicales.

Parmi les prestations remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, on peut distinguer les **prestations de la nomenclature** et les **prestations hors nomenclature**. Les prestations de la nomenclature ont toutes reçu un numéro de nomenclature sur la base duquel le remboursement peut être déterminé.

Un numéro de nomenclature est un nombre composé de six chiffres qui renvoie à une prestation médicale pour laquelle l'assurance maladie prévoit un remboursement. Outre le remboursement par prestation de nomenclature, l'assurance maladie rembourse d'autres prestations: médicaments, tissus d'origine humaine, séjour à l'hôpital, etc.



Les prestations de rééducation (dans le cadre de conventions de revalidation fonctionnelle) ont également un numéro (entre autres les prestations en matière de rééducation cardiaque, d'autosurveillance à domicile des diabétiques insulino-dépendants). Ces conventions décrivent un ensemble de soins couvert par un forfait, soit spécifiquement par institution, soit par pathologie. Afin de pouvoir rembourser ces prestations, l'INAMI leur a également attribué un numéro. Ces numéros sont appelés **pseudo-codes de nomenclature**.

Les codes de nomenclature INAMI commençant par les chiffres 1-6 sont remboursables (sauf les suppléments d'honoraires éventuels et/ou les conditions de remboursement particulières liées aux prestations telles que les prothèses dentaires).

Les pseudo-codes de nomenclature INAMI commençant par les chiffres 8 ou 9 ne sont jamais remboursables.

Les pseudo-codes de nomenclature INAMI commençant par les chiffres 7 sont dans la plupart des cas remboursables (sauf le supplément d'honoraires éventuel) mais il y a **quelques exceptions importantes**:

- le pseudo-code 750820: médicaments catégorie D patient hospitalisé;
- le pseudo-code 751015: médicaments catégorie D patient ambulatoire;
- les suppléments chambres (761611-761622-761633-761644);
- l'initiative d'habitation protégée (762576) en ce qui concerne les frais de séjour;

Dans ce cadre, il est rappelé que les pseudocodes de la nomenclature relatifs aux frais de séjour et figurant dans la liste suivante d'institutions ne seront pas remboursés :

- une initiative d'habitation protégée pour les patients psychiatriques ;
- une institution médico-pédagogique ;
- une institution pour sourds-muets, aveugles ou infirmes qui souffrent d'une affection grave incurable;
- une garde d'enfants
- une maison de repos pour personnes âgées ;
- une résidence-services ;
- les complexes de logements avec services ;

Les montants figurant sur les factures et portant ces codes ne seront pas remboursés.

Les médicaments ont un code chiffré distinct, mais il ne faut pas le considérer comme un code de nomenclature. Les médicaments de catégorie A, B et C sont totalement remboursés. Les médicaments de catégorie D ne sont pas remboursés. Vous trouverez davantage d'informations au sujet des médicaments dans le point G.2).

Une série de prestations ne sont jamais remboursées, indépendamment du fait que la personne est affiliée ou non à la mutualité. Ces prestations figurent dans le tableau ci-dessous:

Tableau 1: Frais non remboursables pour les personnes qui ne perçoivent pas de revenu

Frais médicaux	Frais pharmaceutiques	Hospitalisation	Soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins
Prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature ou de pseudo-code de nomenclature INAMI (ex. : extraction dentaire)	Médicaments catégorie D	La différence entre le prix de la journée d'entretien d'une chambre d'une ou de deux personnes et d'une chambre commune. Seul le prix de la journée d'entretien pour une chambre commune est remboursé. Suppléments chambre (en cas d'une chambre individuelle ou d'une chambre à deux lits)	Suppléments chambre (en cas d'une chambre individuelle ou d'une chambre à deux lits) au cours d'une hospitalisation de jour
Suppléments d'honoraires de médecins non conventionnés ou partiellement conventionnés	Certains produits para-pharmaceutiques (ex. : tétine, thermomètre, aliments pour bébés, ...)	Médicaments catégorie D (sont mentionnés à part sur la " Facture individuelle ") et produits para-pharmaceutiques non remboursables	Médicaments catégorie D (sont mentionnés à part sur la " Facture individuelle ") et produits para-pharmaceutiques non remboursables
		Suppléments d'honoraires de médecins non conventionnés ou partiellement conventionnés	Suppléments d'honoraires de médecins non conventionnés ou partiellement conventionnés

		Suppléments d'honoraires découlant du séjour dans une chambre individuelle	Suppléments d'honoraires découlant du séjour dans une chambre individuelle au cours d'une hospitalisation de jour
		Honoraires pour prestations non remboursées (interventions esthétiques, pour lesquelles il n'y a donc pas de numéro de nomenclature INAMI)	Honoraires pour prestations non remboursées (interventions esthétiques, pour lesquelles il n'y a donc pas non plus de numéro de nomenclature INAMI)
		Frais divers (téléphone, ...)	Frais divers (téléphone, ...)
		Prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature ou de pseudo-code de nomenclature INAMI, ni sur la "Facture individuelle" ni sur l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire"	Prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature ou de pseudo-code de nomenclature INAMI, ni sur la "Facture individuelle" ni sur l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire"

## 2. Règle générale de remboursement des frais médicaux, des frais pharmaceutiques et des frais de soins ambulatoires dispensés à l'hôpital pour les personnes qui bénéficient d'un revenu

La **règle générale de remboursement pour les personnes qui bénéficient d'un revenu** implique que les frais médicaux sont remboursables à concurrence du prix remboursé par l'assurance maladie-invalidité.

Ainsi, seule la part de l'intervention majorée (tarif BIM) des prestations pour lesquelles il existe un code de nomenclature ou un pseudo - code de nomenclature INAMI est remboursée.

Qu'il s'agisse de frais médicaux ou pharmaceutiques, de frais d'hospitalisation ou de frais pour soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins, il faut d'abord vérifier si la personne est affiliée ou peut être affiliée à la mutualité (voir D). En effet, le SPP IS ne rembourse évidemment jamais les frais que la mutualité doit prendre ou a pris en charge.

Lorsque la personne est affiliée à la mutualité et qu'il y a donc remboursement par celle-ci, le CPAS ne peut plus rien récupérer.

Lorsque la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le CPAS peut récupérer la partie BIM de toutes les prestations médicales à condition qu'il existe un code de nomenclature ou pseudo - code de nomenclature INAMI pour la prestation médicale.

Etant donné que le tarif BIM est appliqué et non pas celui de l'intervention ordinaire, pour un grand nombre de codes de la nomenclature, le tarif maximum de l'INAMI est égal au tarif BIM. Le ticket modérateur est dès lors égal à zéro.

Vous trouverez ci-dessous la liste des codes de la nomenclature (seuls les trois premiers chiffres sont indiqués au lieu du code de la nomenclature dans sa totalité) pour lesquels un ticket modérateur est applicable: le tarif BIM est inférieur au tarif maximum. Pour ces codes de la nomenclature, une partie n'est donc jamais remboursée par le SPP IS.

Tableau 2: Codes de la nomenclature avec ticket modérateur

*MEDECINS: CONSULTATIONS ET VISITES*

101
102
103
104
109
<b>DENTISTES: PROTHESES DENTAIRES ET RADIOGRAPHIES DENTAIRES</b>
306
307
308
309
<b>INFIRMIERS</b>
418
425
427
460
<b>MEDECINS: IMAGERIE MEDICALE</b>
460
<b>MEDECINS: PHYSIOTHERAPIE</b>
558
<b>KINESITHERAPEUTES</b>
560
561
563
564
<b>MEDECINS: BIOLOGIE CLINIQUE</b>
592
593
<b>BANDAGISTES</b>
604
<b>IMPLANTS: ARTICLE 35 &amp; 35bis</b>
694
730 à 733 inclus
<b>ORTHOPEDISTES</b>
645 à 653 inclus + 655690
<b>LOGOPEDES</b>
701 à 706 inclus
711 à 714 inclus
717 à 719 inclus
721 à 729 inclus
<b>PRESTATIONS DE REEDUCATION</b>
771

Lorsque vous avez un code de la nomenclature dont les trois premiers chiffres sont différents de ceux dans la liste ci-dessus, vous pouvez considérer qu'il s'agit là du montant dont le remboursement peut être demandé au SPP IS (uniquement faire attention aux suppléments d'honoraires, voir H 1)).

Les pseudo-codes de nomenclature INAMI commençant par les chiffres 8 ou 9 ne sont jamais remboursables.

Les (pseudo)-codes de nomenclature INAMI suivants commençant par les chiffres 6-7 ne sont jamais remboursables:

- les pseudo-codes relatifs aux marges de délivrance des implants ((618715-618726-618741-685812-685823-685834-685845-685856-685860)) comme part d'une facture de soins ambulatoires car ces marges de délivrance sont considérées comme ticket modérateur et que le ticket modérateur n'est pas remboursé si le bénéficiaire perçoit un revenu;
- le pseudo-code 750820: médicaments catégorie D patient hospitalisé;
- le pseudo-code 751015: médicaments catégorie D patient ambulatoire;
- les suppléments chambres (761611-761622-761633-761644);
- l'initiative d'habitation protégée (762576) en ce qui concerne les frais de séjour;

Les montants figurant sur les factures et portant ces codes ne seront pas remboursés.

Les médicaments ont un code chiffré distinct, mais il ne faut pas le considérer comme un code de nomenclature. Les médicaments de catégorie D ne sont pas remboursés. Vous trouverez davantage d'informations au sujet des médicaments dans le point H.2).

Une série de prestations ne sont jamais remboursées, indépendamment du fait que la personne est affiliée ou non à la mutualité. Ces prestations figurent au tableau ci-dessous.

Tableau 3: Frais non remboursables pour les personnes qui perçoivent un revenu

Frais médicaux	Frais pharmaceutiques	Hospitalisation	Soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins
Prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature ou de pseudo-code de nomenclature INAMI (ex. : extraction dentaire)	Médicaments catégorie D	La différence entre le prix de la journée d'entretien d'une chambre d'une ou de deux personnes et d'une chambre commune. Seul le prix de la journée d'entretien pour une chambre commune est remboursé. Suppléments chambre (en cas d'une chambre individuelle ou d'une chambre à deux lits)	Suppléments chambre (en cas d'une chambre individuelle ou d'une chambre à deux lits) au cours d'une hospitalisation de jour
Suppléments d'honoraires de médecins non conventionnés ou partiellement conventionnés	Certains produits para - pharmaceutiques (ex. : tétine, thermomètre, aliments pour bébés, ...)	Médicaments catégorie D (sont mentionnés à part sur la " Facture individuelle ") et produits para - pharmaceutiques non remboursables	Médicaments catégorie D (sont mentionnés à part sur la " Facture individuelle ") et produits para - pharmaceutiques non remboursables
Ticket modérateur	Ticket modérateur	Suppléments d'honoraires de médecins non conventionnés ou partiellement conventionnés	Suppléments d'honoraires de médecins non conventionnés ou partiellement conventionnés
		Suppléments d'honoraires découlant du séjour dans une chambre individuelle	Suppléments d'honoraires découlant du séjour dans une chambre individuelle au cours d'une hospitalisation de jour
		Honoraires pour prestations non remboursées (interventions esthétiques, pour lesquelles il n'y a donc pas de numéro de nomenclature INAMI)	Honoraires pour prestations non remboursées (interventions esthétiques, pour lesquelles il n'y a donc pas non plus de numéro de nomenclature INAMI)
		Frais divers (téléphone, ...)	Frais divers (téléphone, ...)
		Frais de séjour dans un hôpital psychiatrique, ... (voir C)	Prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature ou de pseudo-code de nomenclature INAMI, ni sur la "Facture individuelle" ni sur l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire"
		Prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature ou de pseudo-code de nomenclature INAMI, ni sur la "Facture individuelle" ni sur l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire"	Ticket modérateur (y compris la marge de délivrance des implants)

## I. Formulaire D1

### 1. Frais médicaux

Il s'agit ici des frais médicaux pour des prestations dispensées hors de l'établissement de soins.

Les prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature ou pseudo-code de nomenclature INAMI ne sont pas remboursées (ex.: une extraction dentaire).

Lorsqu'il y a un code, les honoraires légaux, le tarif BIM, le ticket modérateur sont remboursés (ou ne sont pas remboursés) selon le statut du bénéficiaire et selon que ce bénéficiaire perçoit ou non un revenu (voir F).

Les suppléments d'honoraires (partie des honoraires qui excède les honoraires légaux) ne sont pas remboursés. Soyez attentifs lorsque le médecin arrondit les montants de ses prestations (le médecin demande par exemple 30,00 €) car il pourrait +s'agir de (légers) suppléments d'honoraires. Ces montants peuvent prendre de l'importance lorsque plusieurs factures proviennent du même médecin.

Certaines prestations médicales requièrent un avis obligatoire du médecin-conseil de la mutualité. Si la personne n'est pas affiliée à une mutualité, le montant peut cependant être facturé au SPP IS à condition qu'il y ait une déclaration du médecin traitant certifiant que les soins dispensés étaient absolument nécessaires. Le médecin traitant prendra pratiquement toujours lui-même les mesures nécessaires et établira un certificat d'où il ressort que la prestation médicale est vraiment nécessaire. S'il apparaît lors du contrôle que la déclaration du médecin traitant fait défaut, le CPAS peut toujours essayer d'obtenir cette déclaration du médecin afin d'éviter la récupération des frais engagés. Si la déclaration ne peut être obtenue, ces frais sont intégralement récupérés auprès du CPAS.

Pour pouvoir obtenir le montant correct de remboursement de soins médicaux, sur base des numéros de nomenclature, vous pouvez consulter la base de données suivante [www.inami.be](http://www.inami.be).

#### **Exemple**

numéro de nomenclature 101076

<b>101076</b>	
	1/01/2007
Honoraire	<b>20,79 €</b>
Honoraire dans le cadre du dossier médical global	<b>20,79 €</b>
Aide financière avec remboursement VIPO dans le cadre d'un dossier médical global	<b>19,81 €</b>
Aide financière sans remboursement VIPO dans le cadre d'un dossier médical global	<b>16,99 €</b>
Aide financière - remboursement VIPO	<b>19,39 €</b>
Aide financière - remboursement normal	<b>15,36 €</b>

Le montant "Honoraire" est l'honoraire légal qui peut être réclamé pour les personnes qui ne sont pas affiliés et ne reçoivent aucun revenu.

Le montant "Aide Financière AVEC remboursement VIPO dans le cadre d'un dossier médical global" (d.i. le tarif BIM) est le montant qui peut être demandé pour les personnes qui ne sont pas affiliées et qui reçoivent un revenu.

Pour « Aide financière SANS remboursement VIPO... » Il faut faire une distinction entre médecins conventionnés et médecins non conventionnés. Le SPP-Is rembourse le montant qui se trouve dans la colonne des médecins conventionnés.

L'honoraire, dans le cadre du dossier médical global, s'applique aux personnes dont les prestations sont facturées dans ce cadre. L'établissement d'un dossier médical global est remboursé et porte le numéro de nomenclature 102771, 102793, 103574 ou 103596.

Pour une facturation dans le cadre du dossier médical global, le CPAS doit avoir la certitude que les personnes intéressées consultent toujours le même médecin généraliste.

**La constitution d'un dossier médical global par un autre médecin généraliste (exception faite du médecin généraliste de garde) n'est en aucun cas remboursée.** Les factures/certificats d'autres médecins généralistes que le médecin généraliste auprès duquel le bénéficiaire a le dossier médical global et qui sont introduits par le CPAS sont récupérés en cas d'inspection.

Le SPP IS ne peut jamais vous préciser si des frais médicaux sont remboursables ou non AVANT que l'intervention médicale ait eu lieu. En effet, de nombreux facteurs influent sur le remboursement.

Le lien suivant vous permet de vérifier si un médecin est conventionné ou non, et s'il est donc susceptible de demander des suppléments d'honoraires.

[http://www.mc.be/fr/100/selfservice/prestataires/caretaker\\_name.jsp?ComponentId=30544&SourcePageId=30802](http://www.mc.be/fr/100/selfservice/prestataires/caretaker_name.jsp?ComponentId=30544&SourcePageId=30802)

Depuis le 1er janvier 2017, chaque prestataire de soins doit utiliser les nouveaux modèles d'attestation pour les soins prodigués ou les nouveaux modèles de délivrance. Si des attestations ont encore été délivrées après le 30.06.2017 sur des anciens modèles, la mutuelle ne peut plus rembourser le patient.

- Les principales différences entre les anciens/nouveaux modèles d'attestation sont les suivantes :
- L'attestation comprend toujours une partie « Accusé de réception » sur laquelle le prestataire de soins doit mentionner le montant qu'il a reçu du patient et le numéro BCE (Banque-Carrefour des Entreprises) de l'entité qui perçoit les honoraires.
- Le système des attestations colorées est progressivement abandonné. À terme, les attestations seront blanches, indépendamment de la catégorie du prestataire de soins. Certaines attestations (nouveau modèle) sont toujours colorées, jusqu'à épuisement des stocks de papier coloré.
- L'attestation est unique, peu importe si le prestataire de soins exerce sa profession en tant que « personne physique » ou en tant que « société ».

#### Comment reconnaître la nouvelle attestation ?

- Sur l'ancienne attestation apparaît tout en haut la mention « À compléter par le bénéficiaire ». On ne la retrouve pas sur la nouvelle attestation.
- le médecin inscrit le nom sur l'attestation. Sur l'ancienne attestation, on retrouve sous le nom la mention « Bénéficiaire-époux-enfant-adolescent ». On ne la retrouve pas sur la nouvelle attestation.
- Sur la nouvelle attestation, on retrouve dans ce champ « accusé de réception » le montant perçu avec comme intitulé : « Perçu pour le compte de la BCE n° ».

Si le CPAS constate à partir du 01/01/2018 qu'un prestataire de soins remet toujours des attestations suivant l'ancien modèle, le CPAS doit contacter le prestataire de soins et lui indiquer que de nouvelles attestations doivent être utilisées. **Les prestations à partir du 01/01/2018 qui sont attestées sur d'anciennes attestations ne sont plus acceptées par le SPP IS.**

Le modèle des nouvelles attestations peut être consulté sur

<https://www.medattest.be/site/fr/applications/Riziv/content/frans.html>

ou

<https://www.medattest.be/site/nl/applications/Riziv/content/nederlands.html>

Toutes les attestations qui y sont illustrées sont acceptées.

S'il s'avère qu'une personne est affiliée à une mutuelle avec effet rétroactif et qu'il n'y a que des attestations « ancien modèle », la mutuelle n'acceptera probablement pas ces frais si l'attestation est postérieure au 30/06/2017.

Le SPP n'interviendra plus non plus dans ce cas. En effet, à partir du moment où une personne est affiliée à une mutuelle, le SPP IS n'intervient plus dans les frais.

Vous trouverez de plus amples informations sur les nouvelles attestations sur :

<http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/nouveaux-modeles-attestation-20170101.aspx#.WdNZoU-7rIU>

ou

<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/nieuwe-modellen-getuigschriften-20170101.aspx#.WdNZ7E-7rIU>

### ***Des règles de remboursement spécifiques s'appliquent pour certains types de frais médicaux fréquents***

#### ***a. Le remboursement du transport en ambulance***

Le barème de remboursement suivant s'applique en ce qui concerne le remboursement du transport en ambulance (transport médical urgent – service/numéro 112) jusqu'au 31/12/2018 inclus. Il n'y a donc plus de remboursement prévu à partir du 01/01/2019.

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Forfait par trajet (1 à 10 km)</b>	<b>61,63 €</b>	<b>62,02 €</b>	<b>63,36€</b>	<b>64,37 €</b>
<b>A partir du 11<sup>ème</sup> km</b>	<b>6,16 €/km</b>	<b>6,20 €/km</b>	<b>6,33€/km</b>	<b>6,43 €/km</b>
<b>A partir du 21<sup>ème</sup> km</b>	<b>4,71 €/km</b>	<b>4,74 €/km</b>	<b>4,84€/km</b>	<b>4,92 €/km</b>

Si une personne est affiliée à une mutualité, celle-ci rembourse la moitié des montants fixés ci-dessus ; dès lors, le SPP IS rembourse tout au plus le montant restant des frais remboursables de la facture d'ambulance (c'est-à-dire au maximum l'autre moitié des montants fixés ci-dessus), **si la personne a un revenu inférieur à la catégorie correspondante du revenu d'intégration (et ce pour des frais existants avant le 31/12/2018 inclus).**

Seuls les transports du domicile ou du lieu de l'accident du patient vers l'établissement de soins et les transports entre deux établissements de soins sont remboursés.

Dans ce contexte, deux exceptions, prévues par la réglementation INAMI, sont cependant possibles, qui restent également d'application après le 31/12/2018 :

- patients en dialyse rénale : une indemnité de € 0,25 s'applique à tous les kilomètres parcourus, tant pour le trajet aller que pour le trajet retour ; Le régime légal accorde un remboursement pour maximum 60 km (aller et retour), sauf dans le cas où aucun hôpital ne se trouverait dans cette limite de distance. Si aucun hôpital ne se trouve dans un rayon de 30 km où le patient peut se rendre pour une dialyse rénale, un nombre plus élevé de kilomètres peut être porté en compte ;
- patients atteints d'un cancer (chimio- et radiothérapie) : les frais de transports publics tels que tram, métro, bus et train (2<sup>e</sup> classe) sont intégralement remboursés, tant pour l'aller que pour le retour. Si le patient utilise un autre moyen de transport, il a également droit à une

indemnité kilométrique de € 0,25 pour le trajet entre le domicile et l'établissement de soins. L'indemnité de € 0,25 s'applique à tous les kilomètres parcourus, tant pour l'aller que pour le retour.

Pour les indemnités de € 0,25 au kilomètre, la nature du moyen de transport n'a pas d'importance du moment que le patient peut produire une facture officielle sur laquelle figurent les données suivantes : nombre de kilomètres parcourus, adresse de départ, adresse d'arrivée, date du transport, nom du patient, nom de la société de transports, montant de la facture. Il est ainsi possible d'avoir recours à la Centrale des moins mobiles. La facture doit toutefois être établie par la centrale et non par le volontaire qui en fait partie.

Pour les frais de transports publics d'un patient atteint du cancer, les titres de transport doivent pouvoir être présentés.

Le dossier doit démontrer que le patient est effectivement en dialyse rénale ou sous traitement contre le cancer.

Pour les situations autres que les deux cas d'exception ci-dessus, s'il s'agit d'un trajet accompli en ambulance mais que le transport n'est pas un transport médical urgent – service/numéro 112 –, c'est alors (comme déjà mentionné pour les deux exceptions ci-dessus) une indemnité de 0,25 € qui s'applique à la totalité des kilomètres parcourus, et tant l'aller que le retour avec un maximum de 60 km.

Le transport en ambulance qui ne figure pas sur la facture d'hôpital et dont on reçoit une facture séparée peut uniquement être déclaré à l'aide du formulaire D1. L'éventuelle attestation d'aide médicale urgente est conservée par le CPAS.

Le transport en ambulance qui figure dans les frais divers d'une facture d'hôpital et qui fait donc partie de la facture d'hospitalisation sera facturé via l'application Mediprima.

À compter de la date de transport 01/01/2019, un montant forfaitaire de 60 € est facturé au patient pour tout appel au numéro 112 transports urgents en ambulance. Ce montant n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il ne sera dès lors pas remboursé par du SPP IS.

### *b. Logopédie*

Pour bénéficier d'un traitement de logopédie, une **demande** doit être introduite auprès du médecin-conseil de la mutualité. La demande comporte **quatre éléments**:

- prescription d'un spécialiste en oto-rhino-laryngologie, en psychiatrie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en neurochirurgie, en pédiatrie ou en médecine interne;
- rapport comportant la nature, l'origine et l'ampleur du trouble;
- bilan logopédique;
- plan thérapeutique.

Lorsque la personne n'est pas affiliée à une mutualité, il n'y a pas de médecin-conseil pouvant donner son accord. Le CPAS doit dès lors conserver les quatre éléments de la demande, qui doivent pouvoir être présentés à la requête de l'inspecteur, lors d'un contrôle. L'inspecteur vérifiera dans ce cas si les quatre éléments sont présents, tout en vérifiant **le trouble** mentionné dans le rapport et le bilan logopédique. En effet, les conditions d'intervention dans un traitement logopédique sont très strictes.

Il y a **un remboursement** depuis avril 2017 en ce qui concerne les traitements logopédiques dans le cadre de:



A : Trouble qui constitue un handicap à la poursuite de la profession

B1 : Aphasie

B2 : Troubles du développement du langage, versant réceptif et/ou expressif

B3 : Dyslexie et/ou dysorthographe et/ou dyscalculie

B4 : Troubles résultant de l'existence de fentes labiales, palatines ou alvéolaires

B5 : Troubles acquis suite à une intervention radiothérapeutique ou chirurgicale (tête et cou)

B6.1 : Dysglossies traumatiques ou prolifératives

B6.2 : Dysarthries

B6.3 : Troubles chroniques de la parole

B6.4 : Bégaiement

B6.5 : Orthodontie

C1 : Laryngectomie

C2 : Dysfonctionnement du larynx et/ou des plis vocaux

D : Troubles de l'audition

Attention, **il n'y a pas de remboursement** lorsque la personne:

- suit un enseignement spécial du type 8;
- est hébergée dans un établissement médico-pédagogique;
- est atteinte d'un trouble résultant d'une affection psychiatrique ou de situations émotionnelles, des problèmes relationnels, du décrochage scolaire, de l'apprentissage d'une autre langue que la langue maternelle, d'une formation multilingue;
- est atteinte de simples troubles du langage et de troubles de mue de la voix.

#### *c. Kinésithérapie*

Un remboursement selon les tarifs de l'INAMI est possible dès qu'il y a une prescription médicale.

#### *d. Prothèses dentaires*

Une prothèse dentaire (totale ou partielle) n'est remboursable **qu'à partir de l'âge de 50 ans**. Une dérogation à cette condition d'âge est possible lorsque la personne satisfait à un des critères suivants:

- la personne est atteinte de syndromes de malabsorption et de maladies colorectales;
- la personne a subi une intervention mutilante de l'appareil digestif;
- la personne a perdu des dents suite à une ostéomyélite, une radionécrose, une chimiothérapie ou un traitement par agents ionisants;
- une extraction dentaire a été effectuée avant une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe, un traitement par agents ionisants ou immunodépresseurs;
- il existe des problèmes congénitaux ou héréditaires en ce qui concerne les dents ou les mâchoires.

Ceci doit être prouvé au moyen d'une attestation d'un médecin.

Si l'existence d'un des éléments ci-dessus peut être prouvée et si la personne n'a pas atteint l'âge de 50 ans, les frais seront remboursés selon les normes INAMI.

#### *e. Verres et montures de lunettes*

Les montures de lunettes ne sont pas remboursées. L'exception en la matière est le double remboursement unique d'une monture de lunettes d'un enfant de moins de 18 ans, pour un montant maximum de 28,14 €.

- Cette intervention ne peut être accordée que deux fois.

- La condition est qu'au moins un verre de la paire est indemnisé lors de la première intervention.

Le remboursement des verres de lunettes est également lié à l'âge des intéressés et à la dioptrie:

- moins de 18 ans: les verres de lunettes sont remboursés, il n'y a pas de limite de dioptrie;
- entre 18 et 65 ans: les verres de lunettes sont remboursés à partir d'une dioptrie de 8,25;
- à partir de 65 ans: les verres de lunettes sont remboursés à partir d'une dioptrie de 4,25.

Comment calculer la dioptrie ? La dioptrie est toujours un nombre absolu (pas de + ou de -). Sur une facture, se trouve un chiffre pour la Sphère (SPH) et pour le Cylindre (CYL). Si CYL est un nombre positif, la dioptrie est alors égale à SPH. Si CYL est un nombre négatif, il y a addition des nombres et CYL.

Il y a donc quatre possibilités comme expliqué ci-dessous :

SPHERE	CYLINDRE	DIOPTRIE
- 7	- 3	10
- 7	+ 3	7
+ 7	- 3	4
+ 7	+ 3	7

### Intervention par verre

Verres d'au moins 8,25 de dioptrie, quel que soit l'âge	De 78 euros à 362 euros
Verres uniquement remboursables pour les jeunes de moins de 18 ans	De 43 euros à 315 euro
Verres uniquement remboursables pour les plus de 65 ans (dioptrie au moins de 4,25)	De 90 euros à 315 euros
Verres équipés d'un filtre médical pour lumière bleue	De 162 euros à 765 euros

### Délais de renouvellement

1. Pour les verres d'**au moins 8,25 de dioptrie**, une nouvelle intervention est possible si l'une des conditions suivantes est remplie :
  - La différence de puissance par rapport aux précédents verres s'élève à au moins 0,5 de dioptrie ;
  - Les verres ont au moins cinq ans.
2. Pour les verres destinés aux **jeunes de moins de 18 ans**, une nouvelle intervention est possible si l'une des conditions suivantes est remplie :
  - La différence de puissance par rapport aux verres précédents s'élève à au moins 0,5 de dioptrie ;
  - Les verres ont deux ans (uniquement verres bifocaux, trifocaux et multifocaux).
3. Pour les verres à foyers multiples destinés aux **plus de 65 ans** (d'une dioptrie de 4,25), une nouvelle intervention est possible si l'une des conditions suivantes est remplie :
  - La différence de puissance par rapport aux verres précédents s'élève à au moins 0,5 de dioptrie ;

- Les verres ont au moins cinq ans.
- 4. Pour les verres équipés d'un **filtre médical**, une nouvelle intervention est possible si l'une des conditions suivantes est remplie :
  - La différence de puissance par rapport aux verres précédents s'élève à au moins 0,5 de dioptrie ;
  - Les verres ont au moins deux (- de 18 ans) ou cinq ans.

Les lentilles de contact ne sont remboursées que dans certains cas:

- kératocône (modification de la courbure de la cornée);
- aphakie monoculaire (absence unilatérale du cristallin);
- anisométrie (acuité visuelle différente des deux yeux (à partir de 3 dioptries ou plus);
- astigmatisme irrégulier (perturbation du champ visuel);
- amétropie (défaut de réfraction) de dioptrie 8

Lorsqu'un seul œil remplit les conditions, les deux lentilles sont remboursées.

#### *f. Fécondation in vitro (FIV)*

Les frais de laboratoire de la FIV sont remboursés selon les numéros de la nomenclature prévus à cet effet. La condition de remboursement est que le traitement ait lieu dans un des centres de fertilité agréés dans ce domaine. Vous trouverez ces centres via <https://www.belrap.be/Public/Centres.aspx> Six cycles au maximum sont remboursés. Ceci ne signifie toutefois pas qu'un traitement de FIV soit gratuit. Les suppléments de consultations et de médicaments ne sont pas remboursés par le SPP IS et ces frais peuvent s'élever jusqu'à environ 500 € par tentative.

#### *g. Avortement*

Il peut exister une convention entre une institution (par exemple des "collectifs contraceptions ") où sont traitées les grossesses non désirées et l'INAMI. Dans ce cas, les médecins ne rédigent plus de certificats mais les pseudo-codes de nomenclature (775132 & 775154) servent de base. Les prestations liées à ces pseudo-codes sont prises en charge par le SPP.

Si le traitement a lieu dans une institution qui n'a pas conclu de convention avec l'INAMI, ces pseudo-codes de nomenclature ne sont pas utilisés et la règle générale de remboursement est d'application. Il faut alors tenir compte du fait que le remboursement est la plupart du temps nettement inférieur au montant demandé pour l'intervention. Un supplément d'honoraire élevé est demandé la plupart du temps.

#### *h. Orthodontie*

Deux conditions doivent être remplies en vue du remboursement d'un appareil pour l'enfant:

- le rapport rédigé par un praticien de l'art dentaire, d'où il ressort que les soins sont nécessaires;
- l'enfant doit être âgé de moins de 15 ans au moment où le rapport est rédigé.

#### *i. Bandagisterie*

Pour les fournitures en matière de bandagisterie, il faut toujours une prescription d'un médecin agréé. Il s'agit ici principalement de matériel pour l'incontinence, de bandages herniaires, de ceintures de soutien abdominal, de semelles orthopédiques, de voiturettes d'invalides et de matériel pour le traitement de la mucoviscidose (p.ex. location d'un appareil d'aérosolthérapie).

Suite à la 6<sup>e</sup> Réforme de l'État, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, le matériel pour les personnes à mobilité réduite (par ex. chaises roulantes) relèvent entièrement de la compétence des entités fédérées (Communautés, Régions ou Commissions communautaires).

Le SPP IS n'intervient donc plus à cet égard.

Vous trouverez plus d'informations sur

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/bandagistes/Pages/aides-mobilite.aspx>

#### *j. Matériel de diagnostic du diabète*

Si le patient doit se faire une injection au moins deux fois par jour, il doit s'adresser à un médecin (généraliste).

Pour une personne qui ne peut pas être affiliée à la mutuelle, un certificat (attestation) d'un médecin établissant que l'intéressé doit se faire une injection au moins deux fois par jour est nécessaire avant qu'il ne puisse y avoir un remboursement par le SPP pour les moyens d'autocontrôle. Les moyens d'autocontrôle (glycomètre, bandelettes de test de glycémie, lancettes, porte-lancettes) sont remboursés en cas de présence de ce justificatif dans le dossier du CPAS.

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2018, le matériel de diagnostic admis pour le remboursement tel que mentionné ci-dessus n'est plus remboursé pour les patients avec un **trajet de soins du diabète de type 2 qui ne reçoivent pas de traitement à l'insuline ou à la mimétique incrétine injectable.**

Depuis le 1 juillet 2016, pour certains types de diabète, une intervention est prévue concernant le matériel à obtenir pour mesurer la glycémie au moyen d'un capteur cutané. Cette mesure s'effectue par l'intermédiaire de centres spécialisés : pour cette technique de mesure, le centre fournit aux patients des capteurs et un appareil de lecture. Pour obtenir le remboursement du SPP pour ces moyens d'autocontrôle spécifiques (capteurs et lecteur compris), les justificatifs suivants doivent être présents dans le dossier du CPAS :

- Pièce établissant que l'intéressé dispose d'un dossier médical global (par exemple le certificat mentionnant un des numéros de nomenclature suivants : 102771 – 102793 – 103574 – 103596) ;
- Certificat du médecin établissant que l'intéressé souffre d'une des formes de diabète suivantes : diabète de type 1 ; diabète de type 2 avec minimum 3 administrations d'insuline par jour ; diabète de type 2 avec minimum 2 administrations d'insuline par jour conjointement à une autre affection médicale grave ; femmes souffrant de diabète de grossesse ; femmes diabétiques sans thérapie par insuline envisageant une grossesse ; diabétiques après une transplantation d'organe ; diabétiques sous dialyse rénale ; patients atteints d'hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose, nésioblastose).

Vous trouverez davantage d'informations à la page <http://www.inami.fgov.be>, à la rubrique « Diabète : intervention dans les coûts du suivi des adultes dans un centre spécialisé ».

Le passeport diabète a été supprimé le 1 février 2016. Un régime transitoire a toutefois été prévu. Voir à ce sujet « Remboursement des prestations de diététique pour le patient diabétique de type 2 sans trajet de soins » à la page <http://www.inami.fgov.be>

Les patients ayant un modèle de soins « Suivi d'un patient diabétique de type 2 » ont droit au remboursement de certaines prestations diététiques et podologiques prescrites par le médecin (généraliste). Le diététicien peut : facturer la prestation « évaluation diététique individuelle et/ou intervention » (pseudo-nomenclature 771131) maximum 2 fois par an par patient.

Les factures portant la pseudo-nomenclature 771131 sont remboursées à condition que la prescription du médecin (généraliste) soit jointe.

Si l'intéressé est affilié à une mutuelle, le matériel de diagnostic ne peut pas être facturé au SPP IS si l'intéressé n'a pas de trajet de soins.

#### *k. Contraception non orale*

Pour la contraception non orale (stérilet, anneau, patch, implant, ...), aucun remboursement n'est prévu par l'INAMI pour la plupart des femmes. Exception : il y a un remboursement partiel pour chaque femme jusqu'à son 21ème anniversaire.

Informations : <http://www.inami.fgov.be>

#### *l. Locations de matériel médical*

Les locations ne sont en principe pas remboursées, sauf si un numéro de nomenclature valable est indiqué. L'achat d'un appareil d'aérosolthérapie est uniquement remboursé pour le traitement de la mucoviscidose. Si l'intéressé n'a pas de mutuelle, une attestation du médecin est nécessaire pour stipuler qu'il s'agit d'un patient atteint de mucoviscidose.

#### *m. Prothèses & psychothérapie*

Pour une prothèse (dont les prothèses et appareils auditifs) et la psychothérapie (psychiatres-psychologues), le remboursement ne sera accordé que si la facture comporte un numéro de nomenclature de l'INAMI. Les suppléments ne sont jamais remboursés.

#### *n. Tuberculose*

La tuberculose est traitée avec des médicaments de la catégorie A ou parfois de la catégorie B. Ceux-ci sont remboursés par le SPP IS selon les tarifs de l'INAMI.

Si le patient doit être traité avec des médicaments contre la tuberculose qui ne relèvent pas d'une catégorie remboursable par l'INAMI, ceux-ci peuvent être remboursés par BELTA-TBnet ([www.belta.be](http://www.belta.be)). Il s'agit plus exactement d'Ektebin et de Cycloserine pour le traitement de patients souffrant de tuberculose multirésistante. D'autres médicaments contre la tuberculose devant être importés de l'étranger peuvent également entrer en ligne de compte. Il n'est possible d'avoir recours à BELTA-TBnet que lorsque toutes les autres possibilités de prise en charge des médicaments ont été épuisées.

#### *o. Alimentation entérale par sonde*

Il n'existe pas de liste nominative de produits destinés à l'alimentation entérale par sonde. Pour les personnes qui n'ont pas de mutuelle, le SPP IS rembourse si le dossier comporte le formulaire de demande d'intervention. Ce formulaire doit être rempli par le médecin traitant. Le médecin doit s'en tenir à la liste des maladies et autres conditions (A.R. du 10.11.1996). Cette liste ainsi que le formulaire se trouvent sur <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/produits-sante/nutrition/Pages/nutrition-enterale-sonde.aspx>

#### **p. L'oxygénothérapie.**

L'oxygénothérapie tant à court qu'à long terme est éligible au remboursement conformément aux règles de l'INAMI. Les informations générales relatives à l'intervention dans ce contexte peuvent être consultées sur le site Internet de l'INAMI :

<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetalng/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/zuurstof/Paginas/default.aspx>

Les informations relatives aux taux de remboursement peuvent être consultées dans les listes de l'arrêté royal y afférent. Les taux peuvent y être facilement consultés en exécutant des recherches via le code CNK de l'appareil ou de la fourniture.  
[https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/zuurstofconcentrators\\_zuurstoftherapie\\_indicaties\\_vergoedingsvoorwaarden.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/zuurstofconcentrators_zuurstoftherapie_indicaties_vergoedingsvoorwaarden.pdf)

## 2. Frais pharmaceutiques

Il s'agit ici de frais pharmaceutiques pour des prestations extérieures à l'établissement de soins.

Il existe quatre catégories de médicaments. Les médicaments de la catégorie A, B et C sont remboursables. Les médicaments de la catégorie D ne sont pas remboursés.

Certains patients souffrant de **douleurs chroniques** reçoivent cependant une intervention de 20 % dans le prix de certains analgésiques (pas d'application lorsque les médicaments sont obtenus dans un hôpital ou une maison de soins psychiatriques). Pour les patients souffrant **de plaies chroniques**, une indemnité est prévue pour le prix d'un pansement actif. Cette indemnité est forfaitaire, mais il existe également une indemnité supplémentaire.

Pour une personne qui est affiliée à une mutuelle, le médecin conseil doit donner son approbation. Pour une personne qui n'a pas de mutuelle, un médecin doit attester que cette personne est un patient souffrant de douleurs chroniques. Le cas échéant, le CPAS demandera au médecin qu'il mette en ordre le certificat standard, comme il le ferait pour une personne affiliée à une mutuelle.

Si les conditions ci-dessus sont remplies, le SPP les rembourse également 20% dans le prix de ces analgésiques ou les montants pour les pansements actifs.

Plus d'informations via le lien suivant:

<https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/Pages/intervention-supplementaire-pansements-actifs-antidouleurs.aspx>

Une recherche des médicaments remboursables et leur ticket modérateur est possible de plusieurs manières :

- a. En consultant la liste des « spécialités pharmaceutiques remboursables ». Le ticket modérateur se trouve dans la colonne 'I' (assurés préférentiels) ;
- b. En vous aidant du moteur de recherche des « spécialités pharmaceutiques remboursables ». Pour ce faire, procédez comme suit :
  1. Sélectionnez la spécialité pharmaceutique souhaitée.
  2. Sélectionnez le conditionnement souhaité en cliquant sur le code INAMI correspondant.
  3. Le ticket modérateur se trouve dans la colonne « Intervention du patient ».

Vous pouvez par exemple effectuer la recherche sur le nom de la spécialité. Il suffit de cliquer sur la première lettre du médicament pour obtenir à droite un aperçu de tous les médicaments remboursables. Si le médicament ne figure pas sur la liste, il n'est pas remboursé. Si le médicament figure sur la liste, il fait l'objet d'un remboursement. Si vous cliquez sur le médicament en question, vous obtenez les différentes formes du médicament (différentes quantités, pilules ou sachets, ...). Si vous continuez de cliquer sur le numéro du médicament, vous obtenez le prix officiel et la part du ticket modérateur pour le remboursement ordinaire et majoré.

Pour savoir quel montant sera remboursé, par exemple pour quelqu'un qui n'est pas affilié à une mutuelle et qui reçoit l'équivalent au revenu d'intégration, vous devez déduire le montant du ticket modérateur pour l'intervention majorée (le plus petit des deux montants) du prix du médicament.

Le prix du médicament doit être considéré comme les "honoraires légaux" des prestations médicales pour une personne qui n'est pas affiliée à une mutuelle et qui n'a pas de revenus (ILA/personne sans séjour légal). En d'autres termes, il s'agit du montant maximum que peut coûter un médicament.

**Exemple**

Dafalgan → n'apparaît pas dans la liste → médicament de catégorie D → pas de remboursement  
Brufen 400 → résultat → cliquez sur 00303326 → prix = 11,65 € ; ticket modérateur intervention majorée = 3,35 →  $11,65 - 3,35 \text{ €} = 8,30 \text{ €}$  sont remboursés pour les personnes qui ne sont pas affiliées à une mutualité et qui perçoivent un revenu > au RI. Pour les personnes qui ne sont pas affiliées et qui n'ont pas de revenu (ILA/personnes en séjour illégal), le remboursement est de 11,65 €. Ceux qui ont une mutualité mais pas de revenu seront remboursés de 3,35 €. Enfin, ceux qui ont une mutualité et un revenu ne bénéficient d'aucun remboursement.

Depuis 2012, en cas de prescription en dénomination commune internationale, le pharmacien est tenu de délivrer une spécialité pharmaceutique appartenant au groupe de médicaments « les moins chers ». Ce système ne porte que sur les spécialités pharmaceutiques remboursables délivrées dans des officines publiques. Pour les CPAS, cela ne change rien à ce qui a été dit plus haut. Les médicaments remboursables délivrés sont remboursés par le SPP selon les règles susmentionnées.

Le code chiffré (7 chiffres) en regard des médicaments n'est pas un code de nomenclature (6 chiffres) et ne permet donc pas de vérifier si le produit est remboursable.

**Les produits parapharmaceutiques** (crème pour les lèvres, shampoings, bas, tétines, ...) ne sont pas remboursés en principe.

**Les préparations magistrales** sont remboursées. La mention « préparation magistrale » doit donc figurer telle quelle sur la facture.

Des honoraires pour des soins pharmaceutiques spécifiques qui apparaissent sur la facture du pharmacien sont également récupérables.

Vous trouverez davantage d'informations à ce sujet sur <http://www.inami.fgov.be>

Si une personne perçoit un revenu et est affiliable à une mutuelle, il n'y a pas de remboursement.

Si une personne perçoit un revenu mais n'est pas affiliable, la part intervention majorée est remboursée. Pour connaître ce montant, le ticket modérateur doit être déduit du prix du médicament.

Si une personne ne perçoit pas de revenu et est affilié à une mutuelle (par exemple les résidents en ILA), seul le ticket modérateur sera remboursé.

Si une personne ne perçoit pas de revenu et n'est pas affilié à une mutuelle, le prix total du médicament est remboursé.

Certains médicaments requièrent une autorisation du médecin-conseil de la mutualité. Si la personne est affiliée à la mutualité et s'il y a un avis négatif, le SPP IS ne rembourse pas le ticket modérateur. Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant peut être récupéré auprès du SPP IS à condition qu'il y ait une déclaration du médecin traitant certifiant que les médicaments étaient absolument nécessaires.

S'il apparaît lors du contrôle que la déclaration du médecin traitant fait défaut, le CPAS peut toujours essayer d'obtenir cette déclaration du médecin afin d'éviter la récupération des frais engagés. Si la déclaration ne peut être obtenue, ces frais sont intégralement récupérés.

## J. Formulaire D2

### 1. Hospitalisations et les différents rubriques sur la facture

***Depuis le 01/06/2014 Le SPP ne rembourse plus directement aux CPAS les frais d'hospitalisation pour personnes non assurables. La facturation se fait directement via l'application MEDIPRIMA***

Il existe deux sortes de factures d'hospitalisation:

- ***"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire"*** : il s'agit de la facture destinée au patient;
- ***"Facture individuelle"*** : il s'agit de la facture destinée à la mutualité.

Les montants figurant sur la "Facture individuelle" sont en principe identiques à ceux repris dans l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire" Il existe toutefois deux différences importantes:

- la "Facture individuelle" distingue clairement les médicaments de catégorie D des autres médicaments;
- l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire" mentionne en regard des honoraires des médecins le code et indique si les médecins sont conventionnés ("C"), partiellement conventionnés ("PC") ou non conventionnés ("NC").

Pour calculer ce que le SPP IS rembourse, il faut utiliser l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire". Cet extrait scinde en deux colonnes le montant à charge du patient.

D'une part, il est question d'"intervention personnelle" et, d'autre part, d'un "supplément/autre montant".

Il faut entendre par supplément: un montant demandé au patient en plus de l'intervention personnelle légalement fixée pour les médicaments, le matériel médical, les prestations médicales ou paramédicales (*ce supplément n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire*).

Par autre montant, il faut entendre le montant des prestations pour lesquelles ni une intervention de la mutualité, ni une intervention personnelle n'est prévue.

En ce qui concerne le "supplément/autre montant", il n'y a normalement pas de remboursement par le SPP IS/la mutualité (le montant des médicaments et des produits parapharmaceutiques non remboursables doit par exemple être mentionné ici).

L'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire" mentionne également le code d'affiliation des médecins.

Si le code d'affiliation des médecins ne se trouve sur aucune des deux factures, il faut demander à l'hôpital d'établir une facture indiquant si les médecins sont conventionnés ou non.

Si l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire" ne mentionne pas de numéros de nomenclature (alors qu'il le faudrait) en regard des prestations médicales des médecins, on peut retrouver ceux-ci sur la "Facture individuelle". C'est pourquoi il vaut mieux conserver les deux factures.

***Si la personne est affiliée à une mutualité***, la participation de l'organisme assureur dans le prix de la journée d'entretien et dans les prestations médicales est réglée directement avec l'hôpital au moyen du système du tiers payant. Le patient ne reçoit alors que la différence, à savoir la quote-part personnelle plus les suppléments à payer. Le CPAS ne peut jamais porter en compte du SPP IS la part qui est remboursée par la mutualité. Seul le ticket modérateur (quote-part personnelle) peut être récupéré auprès du SPP IS ***pour tous les statuts***.



Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, tous les frais peuvent être mis à la charge du SPP IS **sauf**:

- la différence entre le prix de la journée d'entretien pour une chambre d'une ou de deux personnes et une chambre commune. Seul le prix de la journée d'entretien pour une chambre commune est remboursé;
- suppléments chambre (pour une chambre individuelle ou une chambre à deux lits);
- médicaments de catégorie D (mentionnés à part sur la facture);
- produits parapharmaceutiques non remboursables (mentionnés à part sur la facture);
- marges de délivrance des implants (pseudo-codes de nomenclature 618715-618726-685812-685823-685834-685845-685856-685860);
- suppléments d'honoraires de médecins non conventionnés;
- suppléments d'honoraires liés au séjour dans une chambre individuelle;
- les honoraires pour les prestations qui ne sont pas remboursées (elles sont mentionnées à part sur la facture, par exemple les interventions esthétiques, et n'ont donc pas de numéro de nomenclature INAMI);
- les frais divers (téléphone, ...).

Le forfait journalier pour la médication (0,62 €) (pseudo-code 750002) est toutefois remboursable. Cette énumération vaut également pour les personnes qui sont affiliées à la mutualité, à l'exception des marges de délivrance des implants. Celles-ci sont considérées, pour les personnes affiliées à une mutualité, comme des tickets modérateurs et non comme des suppléments.

## **Il y a cinq grandes rubriques sur la facture uniforme d'hôpital**

### *a) Frais de séjour*

- **Prix de la journée d'entretien**: la mutualité paie le prix de la journée d'entretien à l'hôpital. Si la personne est affiliée à la mutualité, le SPP IS peut prendre en charge le ticket modérateur pour la chambre commune. Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant intégral pour la chambre commune peut être récupéré auprès du SPP IS. Le (pseudo-)code de nomenclature n'est souvent pas mentionné en regard des frais de séjour. Le SPP IS prendra toutefois les frais à sa charge lorsque la facture indique clairement le type de chambre où a séjourné l'intéressé (chambre individuelle, chambre à deux lits, chambre commune). Il s'agit donc d'une exception à la règle générale de remboursement selon laquelle un numéro de nomenclature doit toujours être mentionné. Seul le prix de la journée d'entretien pour une chambre commune est remboursé. La différence entre le prix de la journée d'entretien pour une chambre d'une ou de deux personnes et une chambre commune n'est dès lors pas récupérable;
- **Supplément chambre**: pour une chambre individuelle ou une chambre à deux lits, il faut payer un supplément fixé par l'hôpital. Si la personne est en ordre en matière d'assurance complémentaire, il est possible que la mutualité prenne en charge une partie du supplément. Que la personne soit affiliée ou non à la mutualité, le supplément chambre n'est pas remboursé par le SPP IS;
- **Forfait médicaments (750002)**: celui-ci s'élève à 0,62 € par jour, soit un montant forfaitaire pour les médicaments remboursables et il doit être considéré comme étant un ticket modérateur. Le forfait médicament est remboursé par le SPP IS;
- **Forfait honoraires par journée d'entretien (592001)**: ce montant varie d'un hôpital à l'autre et peut être demandé à tous les patients. Un code de nomenclature n'est souvent pas indiqué en regard de ce forfait. Il y a néanmoins remboursement par l'INAMI et donc également par le SPP IS. Il s'agit donc d'une exception à la règle générale de remboursement.

En ce qui concerne les éléments suivants, l'INAMI a édité de nouvelles règles en 2014 que les hôpitaux doivent suivre pour leur facturation :

- 1) Adaptation du financement en cas de réadmission
- 2) Cumul entre les honoraires forfaitaires ambulatoires et les honoraires forfaitaires par admission
- 3) Mini forfait : intégration du mini forfait dans le Budget « Moyens financiers » (BMF)
- 4) Fin des écarts de pratique en ce qui concerne la facturation des journées d'hospitalisation (forfait par jour).

Vous trouverez plus d'informations sur <http://www.inami.fgov.be>

*b) Pharmacie – frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques – frais d'implants, de prothèses et d'aides médicales non implantables*

Les produits remboursables et non remboursables sont normalement mentionnés à part sur l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire". Sur la "Facture individuelle", les médicaments sont classés par catégorie, ce qui permet d'obtenir facilement le montant total des médicaments de catégorie D. Tout comme pour les frais de pharmacie, une distinction est donc établie entre les médicaments remboursables (catégories A, B, C) et les médicaments non remboursables (catégorie D). Il existe aussi des catégories Fa et Fb, qui regroupent toutes deux des médicaments remboursables.

Si la personne est affiliée à la mutualité, elle ne paie pas de ticket modérateur par médicament remboursable administré, mais bien le montant forfaitaire journalier de 0,62 € (voir forfait médicaments).

Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant total des produits remboursables peut être mis à la charge du SPP IS mais pas le montant des produits non remboursables. Pour les produits non remboursables, aucun montant n'est donc remboursé.

Les produits parapharmaceutiques (crème pour les lèvres, shampoings, thermomètres, tétines...) sont mentionnés séparément.

Le forfait d'antibiotiques ou le forfait prophylaxie est remboursé par la mutualité et si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, ce forfait peut être mis à la charge du SPP IS.

Ceci vaut également pour la compensation médicament forfaitaire (le pseudo – code de nomenclature : 756000) facturé en cas d'hospitalisation. Dans ce cas, l'hôpital ne peut facturer que 25% du prix des médicaments de la catégorie A, B, C qui sont repris dans ce forfait. En effet, lors d'une hospitalisation, le forfait médicament repris sous le numéro de nomenclature 756000 est pris en charge par l'Etat. Les médicaments des catégories A, B, C qui sont couverts par ce forfait 756000 peuvent encore être facturés par l'hôpital, mais à concurrence de 25% du coût ; ces 25% seront également remboursés par le SPP Is. L'Etat paie par contre 100% des autres médicaments A, B, C qui ne sont pas repris dans le forfait.

La mutualité assure un remboursement pour la plupart des implants et des prothèses. La facture d'hôpital doit également distinguer les implants et les prothèses remboursables et non remboursables. Le SPP IS ne rembourse pas les implants et les prothèses non remboursables. Si la personne est affiliée à la mutualité, le ticket modérateur des implants et des prothèses remboursables (il y a un numéro de nomenclature) peut être récupéré auprès du SPP IS.

Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant intégral des implants et des prothèses remboursables peut être récupéré auprès du SPP IS.

La marge de délivrance pour les implants est récupérable dans le cadre de frais d'hospitalisation, vu qu'elle est toujours considérée comme ticket modérateur et que les tickets modérateurs sont toujours remboursables en cas de frais d'hospitalisation. La marge de délivrance est en fait une

intervention pour "l'information aux fournisseurs d'implants, l'achat, la gestion des stocks, la stérilisation, la délivrance et le contrôle du suivi de l'implant ou de l'appareillage invasif" et s'élève au maximum à 10% de l'implant, avec un maximum de 148,74 €.

### *c) Honoraires médicaux et paramédicaux*

- **honoraires forfaitaires par admission** : il s'agit d'honoraires qui peuvent être demandés à chacun, même s'il n'y a pas eu de prestations de cette nature. Il s'agit d'honoraires en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale et de service de garde médicale. Si la personne est affiliée à la mutualité, le ticket modérateur peut être mis à la charge du SPP IS. Pour les assurés bénéficiant d'une intervention majorée, il n'y a qu'une quote-part personnelle de 1,98 € pour l'imagerie médicale. Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant intégral peut être récupéré auprès du SPP IS ;

- **prestations techniques** : il est facturé aux patients (à l'exception des assurés bénéficiant d'une intervention majorée) un montant fixe de 12,39 € par admission, indépendamment du fait que des prestations médicales sont dispensées ou non. Ce montant peut être mis à la charge du SPP IS ;

- **honoraires** : toutes les prestations remboursables pour lesquelles un ticket modérateur et/ou un supplément d'honoraires est demandé au patient doivent être regroupées sur la facture par prestataire et par spécialisation. La spécialisation doit être mentionnée sur la facture. Un code à côté du nom du prestataire et de sa spécialisation indique s'il est conventionné (code "C"), non conventionné (code "NC") ou partiellement conventionné (code "PC"). La facture indique également s'il s'agit d'une chambre individuelle (code "P") ou d'une chambre commune ou à deux lits (code "M"). Ces codes sont très importants pour le remboursement :

- **Code C** : le médecin est **conventionné** et applique les prix fixés officiellement en matière d'honoraires. Si la personne est affiliée à la mutualité, le ticket modérateur peut être récupéré auprès du SPP IS. Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant intégral peut être récupéré auprès du SPP IS. Il existe une exception: le patient a choisi une chambre individuelle ;
- **Code PC** : le médecin est **partiellement conventionné** et doit, du moins pour les hospitalisations, respecter les prix fixés officiellement en matière d'honoraires. Si la personne est affiliée à la mutualité, le ticket modérateur peut être récupéré auprès du SPP IS. Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant intégral peut être récupéré auprès du SPP IS. Il existe une exception: le patient a opté pour une chambre individuelle ;
- **Code NC** : le médecin est **non conventionné** et ne doit pas s'en tenir aux prix fixés officiellement en matière d'honoraires. Si la personne est affiliée à la mutualité, le ticket modérateur officiel peut être récupéré auprès du SPP IS, mais pas le supplément d'honoraires. Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant intégral (à l'exception du supplément d'honoraires) peut être récupéré auprès du SPP IS ;
- **Code P** : si le patient a choisi une **chambre individuelle**, tout médecin, conventionné ou non, a le droit de fixer ses honoraires. Si la personne est affiliée à la mutualité, le ticket modérateur officiel peut être récupéré auprès du SPP IS, mais pas le supplément d'honoraires. Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant intégral (à l'exception du supplément d'honoraires) peut être récupéré auprès du SPP IS ;
- **Code M** : si le patient a choisi **une chambre à deux lits ou une chambre commune**, seul le médecin non conventionné peut demander un supplément d'honoraires.

<b>Supplément d'honoraires possible lors d'un séjour à l'hôpital</b>		
<b>Type de chambre</b>	<b>Médecin conventionné ("C")</b>	<b>Médecin non conventionné ("NC")</b>
Chambre commune ("M")	Non	Oui
Chambre à deux lits ("M")	Non	Oui
Chambre individuelle ("P")	Oui	Oui

- **"Les honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursables et les honoraires totalement à la charge du patient"**: il existe des honoraires pour des prestations qui ne sont pas remboursées (entre autres pour les interventions esthétiques), qui doivent figurer dans une rubrique distincte. Ces honoraires ne sont jamais remboursés par le SPP IS (il n'y a pas de numéro de nomenclature). Il y a remboursement par le SPP IS lorsqu'un numéro de nomenclature est indiqué dans cette rubrique.

#### *d) Autres fournitures*

Il s'agit ici de fournitures remboursées totalement ou partiellement par la mutualité (sang, plasma sanguin, matériel de plâtre, ...). Les fournitures avec numéro de nomenclature INAMI peuvent être mises totalement à la charge du SPP IS pour les personnes non affiliées à la mutualité. Le ticket modérateur peut être récupéré auprès du SPP IS pour les personnes affiliées.

#### *e) Frais divers*

Il s'agit de produits et de services non médicaux. La mutualité ne rembourse pas. Les frais divers ne sont jamais remboursés par le SPP IS.

## 2. Soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins

***Depuis le 01/06/2014 Le SPP ne rembourse plus directement aux CPAS les frais ambulatoires pour personnes non assurables. La facturation se fait directement via l'application MEDIPRIMA***

Il s'agit de toutes les prestations dispensées dans un établissement de soins sans qu'il y ait une nuitée. Il s'agit des séjours appelés "hospitalisation de jour" et, par exemple, de consultations et d'examens de laboratoire. Contrairement aux hospitalisations (nuitée), les tickets modérateurs des personnes qui perçoivent un revenu ne sont plus remboursés.

#### *a) Frais de séjour*

Pour une hospitalisation de jour, l'hôpital ne peut demander le prix complet de la journée d'entretien, mais bien une partie sur la base de l'importance de la prestation dispensée. Il est alors question d'un mini-forfait ou d'un maxi-forfait.

Le SPP IS ne rembourse jamais le supplément chambre pour une chambre individuelle ou une chambre à deux lits.

Pour ce type de soins, aucun forfait « soins » ou « honoraires forfaitaires » n'est automatiquement facturé par admission.

#### *b) Pharmacie – frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques – frais d'implants, de prothèses et d'aides médicales non implantables*

Comme pour les frais pharmaceutiques, une distinction est faite entre les médicaments remboursables (catégorie A, B, C) et les médicaments non remboursables (catégorie D). Il existe aussi des catégories Fa et Fb, qui regroupent toutes deux des médicaments remboursables. Il n'y a pas de ticket modérateur pour la catégorie Fa mais bien pour la catégorie Fb.

Les produits remboursables et non remboursables sont normalement mentionnés à part sur l'"Extrait note de soins destiné au bénéficiaire". Sur la "Facture individuelle", les médicaments sont classés par catégorie.

Les produits parapharmaceutiques (crème pour les lèvres, shampoings, thermomètres, tétines...) sont mentionnés séparément.

Si la personne ne perçoit pas de revenu et n'est pas affiliée à la mutualité, le prix total du médicament remboursable peut être récupéré.

Si la personne perçoit un revenu et n'est pas affiliée à la mutualité, seule la part intervention majorée d'un médicament remboursable peut être mise à charge du SPP IS. **Pour connaître le montant remboursé, vous devez déduire le montant du ticket modérateur du prix du médicament.** A cet effet, vous pouvez consulter [www.riziv.be](http://www.riziv.be). Pour plus d'informations, voir le point H.2).

Le forfait d'antibiotiques ou le forfait prophylaxie est remboursé par la mutualité ; si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, ce forfait peut être mis à charge du SPP IS.

La mutualité assure un remboursement pour la plupart des implants et prothèses. La facture d'hôpital doit distinguer les implants et prothèses remboursables et non remboursables. Le SPP IS ne rembourse pas les implants et prothèses non remboursables.

Si la personne perçoit un revenu, seule la part intervention majorée des implants et prothèses remboursables (il y a un numéro de nomenclature) est remboursée. Si la personne ne perçoit pas de revenu, les honoraires légaux des implants et prothèses remboursables peuvent être récupérés auprès du SPP IS.

Si une personne est affiliée à la mutualité, seul le ticket modérateur peut être récupéré si la personne ne perçoit pas de revenu.

### *c) Honoraires médicaux et paramédicaux*

Si le médecin est **partiellement conventionné**, il ne doit respecter les tarifs officiels qu'aux heures, jours et lieux communiqués par le médecin. Un médecin partiellement conventionné peut donc demander un supplément d'honoraires dans le cas des soins ambulatoires dans un établissement de soins, contrairement à l'hospitalisation. Le supplément d'honoraires éventuel ne peut jamais être récupéré et le ticket modérateur ne peut être récupéré pour une personne qui perçoit un revenu.

Si le médecin est **non conventionné**, il ne doit pas appliquer les prix fixés officiellement en matière d'honoraires. Le supplément d'honoraires éventuel ne peut jamais être récupéré et le ticket modérateur ne peut être récupéré pour une personne qui perçoit un revenu.

Si le médecin est **conventionné**, il doit s'en tenir aux prix fixés officiellement en matière d'honoraires. Le ticket modérateur ne peut être récupéré pour une personne qui perçoit un revenu.

Si la facture ne permet pas de déterminer qu'il s'agit d'un médecin conventionné (code "C"), partiellement conventionné ("PC") ou non conventionné (code "NC"), le CPAS peut considérer qu'il s'agit d'un médecin conventionné.

*d) Autres fournitures*

Il s'agit ici de fournitures remboursées totalement ou partiellement par la mutualité (sang, plasma sanguin, matériel de plâtre, ...) et qui ont un numéro de nomenclature. Le supplément éventuel ne peut jamais être récupéré et le ticket modérateur ne peut être récupéré pour une personne qui perçoit un revenu.

*e) Frais divers*

Il s'agit de produits et de services non médicaux. La mutualité ne rembourse pas. Les frais divers ne sont jamais remboursés par le SPP IS.

## K. Questions

Vous pouvez toujours poser vos autres questions au sujet des frais médicaux par voie électronique à : [question@mi-is.be](mailto:question@mi-is.be) (Front Office).

## Annexe 1 : pays non membres de l'UE et non soumis à l'obligation de visa

ALBANIE  
ANDORRE  
ANTIGUA en BARBUDA  
ARGENTINE  
AUSTRALIE  
BAHAMAS  
BARBADES  
BOSNIE-HERZEGOVINE  
BRESIL  
BRUNEI DARUSSALAM  
CANADA  
CHILI  
COLOMBIE (depuis 03/12/2015)  
COREE DU SUD  
COSTA RICA  
EL SALVADOR  
EMIRATS ARABES UNIS  
ETAT DU VATICAN  
ETATS UNIS D'AMERIQUE  
GRENADE  
GUATEMALA  
HONDURAS  
HONG KONG  
ISRAËL  
JAPAN  
KIRIBATI (depuis le 24/06/2016)  
MACAO  
MACEDOINE DU NORD  
MALAISIE  
MARSHALL (ILES) (depuis le 28/06/2016)  
MAURICE (ILE)  
MEXICO  
MICRONESIE (depuis le 20/09/2016)  
MOLDAVIE  
MONACO  
MONTENEGRO  
NICARAGUA  
NOUVELLE ZELANDE  
PALAU (depuis le 08/12/2015)  
PANAMA  
PARAGUAY  
PEROU (depuis le 15/03/2016)  
ROYAUME UNI (depuis le 01/01/2021)



SAINT-KITTS et NEVIS (ILES)  
SAINTE LUCIE (ILES)  
SAINT VINCENT ET GRENADES (ILES)  
SALOMON (ILES) (depuis le 08/10/2016)  
SAMOA (ILES)  
SAN MARINO  
SERBIE  
SEYCHELLES (ILES)  
SINGAPOUR  
SUISSE  
TIMOR-EST  
TONGA (ILES)  
TRINIDAD ET TOBAGO (ILES)  
TUVALU (depuis le 02/07/2016)(ILES)  
URUGUAY  
VANUATU (ILE)  
VENEZUELA

## Annexe 2 : liste des pays non membres de l'UE pour lesquels l'organe de liaison doit être contacté via la CAAMI si l'intéressé séjourne en Belgique depuis une période ininterrompue de moins d'un an

ALGERIE  
BOSNIE-HERZEGOVINE  
ISLANDE  
LIECHTENSTEIN  
NORVEGE  
SERBIE  
MACEDOINE DU NORD  
ROYAUME UNI (depuis le 01/01/2021)  
TUNISIE  
TURQUIE  
SUISSE



## Annexe 3 : Demande d'assurabilité à l'Étranger.

<b>1. Identification de l'institution demanderesse:</b>
1.1. Dénomination*:
1.2. Personne de contact*:
1.3. Adresse mail de la personne de contact* :
1.4. Téléphone :
<b>2. Identification des personnes concernées :</b>
2.1. Nom* :
2.2. Prénom(s)* :
2.3. Date de naissance* :
2.4. Pays où la recherche doit être effectuée* :
2.5. Dernière adresse dans le pays concerné* :
2.6. Nom de la caisse à laquelle l'intéressé était affilié :
2.7. Numéro d'identification dans cette caisse :
2.8. Une copie de la carte d'identité ou du passeport est jointe à la demande ? oui/non
2.9. Période pendant laquelle les soins ont été donnés* :
2.10. Autres renseignements :
<b>3. Cadre réservé à la CAAMI :</b>
3.1. Numéro du dossier :
3.2. Date de réception de la demande :
3.3. Date d'envoi vers l'Étranger :

\* les champs marqués d'un astérisque sont obligatoires, à défaut, aucune demande vers l'Étranger ne sera envoyée.