

Edition 2011

Découvrez la CAAMI

Avantages & interventions

Avant-propos

Comme les mutuelles, la CAAMI vous propose les avantages de l'assurance maladie-invalidité obligatoire. En étant inscrit à la CAAMI, vous pouvez obtenir une intervention dans vos frais de soins de santé (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, logopèdes, soins infirmiers, médicaments, hospitalisation...). La CAAMI verse également une indemnité en cas de maladie ou d'invalidité.

L'inscription à la CAAMI est gratuite. Etant donné que la CAAMI n'offre que l'assurance maladie-invalidité obligatoire, vous ne payez pas de cotisations complémentaires. La CAAMI accueille toute personne qui fait appel à ses services, peu importe son profil médical, économique, culturel ou philosophique.

Vous trouverez dans cette brochure plus d'informations sur les avantages et les interventions auxquelles vous auriez droit si vous étiez membre de la CAAMI. Si vous désirez plus d'informations sur la CAAMI, vous pouvez vous adresser à l'un de nos offices régionaux (voir annexe 1) ou prendre contact avec notre service de communication (voir chapitre 8).

La CAAMI, institution publique de sécurité sociale, est dirigée par un Comité de gestion (qui rassemble des représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs et 2 commissaires du gouvernement). Placée sous la tutelle du Ministre des Affaires sociales, ses activités sont contrôlées par l'INAMI, l'Office de contrôle des mutualités et la Cour des comptes. Elle veille tout particulièrement à offrir un service de qualité et de la transparence.

Luc Goutry
Président du Comité de gestion

Christine Miclotte
Administrateur général adjoint

Table des matières

Avant-propos	2
1. Naissance et utilité de la sécurité sociale.....	6
2. Faites connaissance avec la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie – Invalidité (CAAMI).....	7
3. Adhésion à la CAAMI.....	8
3.1. <u>Inscription</u>	8
3.2. <u>Mutation</u>	9
3.3. <u>Jeunes qui terminent leurs études</u>	9
4. Assurance soins de santé.....	10
4.1. <u>Qui peut bénéficier de l'intervention de l'assurance?</u>	10
4.1.1. Les titulaires	10
4.1.2. Les personnes à charge d'un titulaire	10
4.1.3. Droit aux soins de santé? Faut-il accomplir un stage?	12
4.1.4. Pour combien de temps est-on assuré?	12
4.1.5. La carte d'identité sociale (carte SIS)	13
4.2. <u>Remboursement de prestations médicales</u>	14
4.2.1. Prestations remboursables par l'assurance maladie	14
4.2.2. Liste non exhaustive des prestations remboursables	14
4.2.3. À combien s'élève l'intervention de l'assurance?.....	15
4.2.4. Comment demander le remboursement de vos frais médicaux?	17
4.3. <u>L'intervention majorée</u>	17
4.3.1. L'intervention majorée sur la base d'un avantage	17
4.3.2. L'intervention majorée sur la base d'une qualité	18
4.3.3. L'intervention majorée sur la base du statut Omnio	18
4.3.4. Quels avantages offre l'intervention majorée?	19
4.4. <u>Médicaments</u>	20
4.4.1. Les préparations magistrales	21
4.4.2. Les spécialités pharmaceutiques	21
4.5. <u>Hospitalisation</u>	22
4.5.1. Quote-part dans les frais.....	22
4.5.2. Médicaments.....	23
4.5.3. Déclaration d'admission	23
4.5.4. Acomptes.....	24
4.6. <u>Rééducation fonctionnelle et professionnelle</u>	25
4.7. <u>Maisons de repos et de soins</u>	25
4.8. <u>Maisons de repos pour personnes âgées</u>	25
4.9. <u>Soins à domicile</u>	26
4.10. <u>Le régime du tiers payant</u>	26
4.11. <u>Maximum à facturer</u>	28
4.11.1. Le MàF social	29
4.11.2. Le MàF revenu.....	30

4.11.3. Le MàF malade chronique.....	30
4.12. <u>Mesures en faveur des malades chroniques</u>	31
4.12.1. Le forfait malade chronique	31
4.12.2. Mesures en faveur des malades chroniques.....	31
4.13. <u>Le forfait attribué aux personnes souffrant d'incontinence</u>	33
4.14. <u>L'intervention forfaitaire pour des soins palliatifs à domicile</u>	33
4.15. <u>Le Dossier Médical Global (DMG)</u>	34
4.16. <u>Envoi par un médecin généraliste vers un médecin spécialiste</u>	35
4.17. <u>Intervention spéciale contraception pour les femmes de moins de 21 ans</u>	36
4.18. <u>Assistance au sevrage tabagique</u>	36
4.19. <u>Intervention maladie coéliquue</u>	37
4.20. <u>Intervention frais de transport urgent</u>	37
4.21. <u>Et si vous ne pouvez pas obtenir de remboursement?</u>	37
5. Assurance indemnités	38
5.1. <u>Qui a droit aux indemnités d'incapacité de travail et de maternité?</u>	38
5.1.1. Travailleurs salariés	38
5.1.2. Travailleurs indépendants.....	38
5.2. <u>Quelles conditions administratives devez-vous remplir?</u>	39
5.2.1. Avoir accompli un stage de 6 mois ou en être dispensé.....	39
5.2.2. Avoir payé assez de cotisations pour la sécurité sociale	39
5.2.3. Pas d'interruption de plus de 30 jours	39
5.3. <u>Conditions médicales</u>	40
5.3.1. Travailleurs salariés	40
5.3.2. Indépendants	40
5.3.3. Pouvez-vous reprendre une activité à temps partiel pendant une période d'incapacité de travail?.....	41
5.4. <u>Vos droits et obligations</u>	42
5.4.1. En tant que travailleur salarié ou chômeur.....	42
5.4.2. En tant qu'indépendant.....	50
5.4.3. Le précompte professionnel.....	52
5.5. <u>Allocation pour frais funéraires</u>	54
5.5.1. Travailleurs salariés	54
5.5.2. Travailleurs indépendants.....	54
6. Vous n'avez pas toujours droit aux indemnités	55
6.1. <u>Autre payeur ou indemnisation par une autre législation</u>	55
6.2. <u>Faute commise intentionnellement par le titulaire</u>	55
6.3. <u>Pas de contrôle ou pas d'informations</u>	55
7. Séjourner ou résider à l'étranger	56
7.1. <u>L'assurance soins de santé</u>	56
7.1.1. Séjour temporaire	56
7.1.2. Résidence à l'étranger.....	60
7.2. <u>L'assurance indemnité</u>	60

7.2.1. Vous bénéficiez d'indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité et souhaitez séjourner ou résider à l'étranger	60
7.2.2. Vous bénéficiez d'une indemnité d'invalidité en Belgique mais avez également travaillé à l'étranger.....	61
7.3. <u>L'assurance maladie-invalidité en faveur des travailleurs frontaliers</u>	61
7.3.1. Vous êtes un travailleur frontalier (EEE) et résidez en Belgique....	62
7.3.2. Vous travaillez en Belgique mais résidez à l'étranger (EEE).....	63
7.3.3. Les droits des personnes à votre charge	63
8. Service de communication	63
9. Service de Gestion des plaintes	64
9.1. <u>Quel est le rôle du Service de Gestion des plaintes?</u>	64
9.2. <u>A quel propos ne pouvez-vous pas introduire une plainte?</u>	64
9.3. <u>Comment introduire une plainte?</u>	65
9.4. <u>Comment votre plainte sera-t-elle traitée?</u>	65
10. Information pour les prestataires de soins	66
Annexe 1 Adresses, numéros de téléphone et heures d'ouverture	67
Office régional 601 Anvers	67
Office régional 602 des Brabants.....	68
Office régional 603 Flandre Occidentale.....	70
Office régional 604 Flandre Orientale.....	72
Office régional 605 Hainaut	73
Office régional 606 Liège	75
Office régional 607 Limbourg	76
Office régional 608 Luxembourg	78
Office régional 609 Namur	79
Office régional 610 Eupen	80
Annexe 2 Tableaux des montants d'indemnités et plafonds de revenu ..	82
Annexe 3 Tableaux de l'intervention personnelle dans le prix de la journée d'entretien (hôpital) et pour un séjour en centre de revalidation	84
Annexe 4 Statut de la CAAMI.....	86
Annexe 5 Abréviations et vocabulaire (par ordre alphabétique).....	87
Annexe 6 Formulaire de plaintes CAAMI.....	92
Annexe 7 Formulaire de demande d'inscription auprès de la CAAMI.....	94

1. Naissance et utilité de la sécurité sociale

Au Moyen Age, celui qui subissait des pertes financières, suite à une maladie ou un accident du travail, n'avait qu'à se débrouiller tout seul. Les personnes trop vieilles ou trop malades pour travailler, celles qui avaient beaucoup d'enfants ou restaient sans emploi, devaient entièrement en supporter les lourdes conséquences financières. Très peu de personnes pouvaient se permettre des soins de santé de qualité.

Il y a plus de 100 ans, l'industrialisation a commencé. De petits groupes de travailleurs ont commencé à payer une contribution *volontaire* sur base régulière. Les collègues qui avaient à supporter des malchances financières (par exemple suite à une maladie ou à la vieillesse) recevaient – s'ils avaient contribué à la tirelire commune – une partie de cet argent comme indemnité des frais. De telles initiatives étaient en fait les précurseurs de la sécurité sociale.

En 1945, juste après la Deuxième Guerre mondiale, un système *obligatoire* a été instauré en Belgique pour la sécurité sociale. Tout le monde étant obligé depuis lors de payer une cotisation, une quantité plus grande de risques a pu être prise en charge. De cette façon, les personnes ont plus de «sécurité» en matière de revenus, même si elles subissent de graves revers de fortune.

Une des branches de la sécurité sociale est l'assurance maladie-invalidité. Les autres branches sont les pensions, les accidents du travail, les maladies professionnelles, les allocations familiales et les allocations de chômage.

2. Faites connaissance avec la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie – Invalidité (CAAMI)

Il y a 2 façons pour bénéficier de l'assurance maladie – invalidité:

- soit en s'affiliant auprès d'une des 5 mutualités;
- soit en s'inscrivant à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie – Invalidité (CAAMI);
- soit vous êtes employé auprès de la Société nationale des Chemins de fer belges (SNCB) et vous êtes alors affilié auprès de la caisse de la SNCB.

La CAAMI se charge de toutes les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, comme le font les mutualités, à savoir:

- l'intervention dans les frais de soins de santé en Belgique (voir chapitre 4) et, dans quelques cas, à l'étranger (voir chapitre 7);
- l'indemnité en dédommagement de la perte de rémunération (maternité, maladie ou invalidité) (voir chapitre 5);
- l'allocation pour frais funéraires à la personne ayant supporté ces frais (voir 5.5).

Si nécessaire, la CAAMI défendra les intérêts de ses membres.

La CAAMI offre uniquement les avantages de l'assurance obligatoire. L'absence d'assurances complémentaires signifie qu'il n'y a pas de frais d'affiliation supplémentaires.

Etant donné que la CAAMI dispose d'une réserve financière suffisante, vous ne devez pas payer de cotisation spéciale pour la responsabilité financière.

3. Adhésion à la CAAMI

3.1. Inscription

Chaque personne résidant officiellement en Belgique (salarié, indépendant, fonctionnaire, pensionné, chômeur, étudiant, handicapé, travailleur frontalier, étranger¹, bénéficiaire d'un revenu d'intégration sociale, invalide, réfugié reconnu, membre d'une communauté religieuse...) peut demander son inscription à la CAAMI.

Si l'on a retenu suffisamment de cotisations de sécurité sociale sur votre rémunération de travailleur salarié, sur votre revenu professionnel d'indépendant ou sur votre revenu de remplacement, vous ne paierez pas de cotisation. Ceci est également le cas si vous vous trouvez dans une situation sociale difficile et percevez le revenu d'intégration sociale ou si vous pouvez prouver que vos revenus ne sont pas supérieurs au revenu d'intégration sociale. Les autres personnes auront en outre à payer, en fonction de leur situation, une cotisation trimestrielle.

Si vous voulez vous inscrire, il est préférable de contacter un de nos offices régionaux. Le personnel de votre office régional se fera un plaisir de répondre à toutes vos questions sur l'assurance maladie – invalidité. Au moment de votre inscription, vous devrez présenter votre carte d'identité sociale (carte SIS). Si vous ne l'avez pas encore reçue, le personnel de l'office régional vous en procurera une. Les renseignements concernant les offices régionaux (adresses postales, adresses e-mail, numéros de téléphone, numéros fax, heures d'ouverture) se trouvent en annexe 1.

¹ Les catégories "étrangers" suivantes entrent en lignes de compte: (1) les personnes qui sont admises de plein droit à un séjour de plus de 3 mois dans le royaume; (2) les personnes qui disposent d'une autorisation de séjour pour une durée illimitée; (3) Les personnes qui, en attendant leur inscription dans le registre national des personnes physiques, à condition qu'elles disposent d'une déclaration de l'autorité communale, sont reconnues comme telles par le fonctionnaire dirigeant du service de contrôle administratif de l'INAMI.

3.2. Mutation

Si vous êtes déjà membre d'une autre mutuelle depuis au moins un an et que vous avez payé vos cotisations, vous pouvez vous inscrire à la CAAMI.

Il vous suffit d'introduire les formulaires "Inscription à la CAAMI" et "Mutation" auprès d'un de nos offices régionaux qui s'occupera de régler ensuite toutes les autres formalités avec votre ancienne mutualité. Dès que la mutation ("changement de mutualité") aura été acceptée par l'autre mutualité, l'office régional pourra mettre votre carte SIS à jour.

Une mutation prend toujours cours le 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet ou 1^{er} octobre, mais doit être demandée un mois à l'avance pour des raisons pratiques. Exemples: si votre office régional reçoit vos documents le 20 février, alors vous pourrez être inscrit à la CAAMI au 1^{er} avril. Si votre office régional reçoit vos documents le 8 mars, vous pourrez être inscrit au 1^{er} juillet.

3.3. Jeunes qui terminent leurs études

Si vous êtes étudiant de moins de 25 ans, vous êtes normalement inscrit comme personne à charge d'un de vos parents.

Vous êtes obligé de vous inscrire comme titulaire dès que:

- vous décrochez votre premier emploi;
- vous touchez une allocation d'attente;
- vous atteignez vos 25 ans.

Dans ces cas, vous êtes obligé de le faire, même si vous êtes encore chez vos parents.

Si vous poursuivez des études au-delà de 25 ans, vous devez quand même vous inscrire comme titulaire. Plus d'infos? Voir les points 4.1.1 et 4.1.2.

4. Assurance soins de santé

L'assurance maladie belge est une assurance qui couvre les frais en cas de maladie. Votre organisme assureur rembourse les frais médicaux que vous encourez dans la mesure où le remboursement est prévu. Parfois, vous ne devez pas avancer l'argent, par exemple en cas de soins hospitaliers. Ce système est appelé "régime du tiers payant" (voir 4.10).

Vous trouverez ci-après quelques explications sur la question de savoir qui a droit à quoi et à quelles conditions.

4.1. Qui peut bénéficier de l'intervention de l'assurance?

En résumé, on peut dire que presque toute la population a droit aux soins de santé, soit en tant que **titulaire**, soit en tant que **personne à charge**.

4.1.1. Les titulaires

Les titulaires sont les personnes qui "ouvrent le droit aux soins de santé". En d'autres termes, les titulaires sont des personnes qui ont un carnet individuel de membre de la CAAMI et qui ont, par conséquent, droit aux soins de santé et éventuellement aux indemnités en leur propre nom.

4.1.2. Les personnes à charge d'un titulaire

Une personne peut obtenir le droit aux soins de santé sur la base d'un lien de parenté ou de cohabitation avec un titulaire. Des conditions d'âge, de résidence et de revenus doivent être remplies.

La réglementation qui détermine si une personne est ou non à charge d'un titulaire est complexe et comporte de nombreuses exceptions. Notre rôle est de vous éclairer sur ce point. N'hésitez pas à prendre contact avec nos services. Vous trouverez un bref résumé de la réglementation à la page suivante.

➤ **Catégories de personnes à charge**

- ❑ L'époux ou l'épouse cohabitant(e) du titulaire
- ❑ Dans certains cas: le conjoint séparé de fait ou séparé de corps du titulaire
- ❑ La personne qui cohabite avec le titulaire à condition que:
 - le conjoint du titulaire n'ait pas lui-même la qualité de personne à charge; **OU**
 - le conjoint du titulaire, étant lui-même titulaire, ne vive pas sous le même toit.
- ❑ Les enfants et petits-enfants du titulaire ou de son conjoint (ou du cohabitant ou de l'ascendant) s'ils ont moins de 25 ans
- ❑ Les ascendants du titulaire ou de son conjoint et éventuellement, leurs beaux-pères et belles-mères

➤ **Conditions**

- ❑ A l'exception des enfants et du conjoint séparé, les personnes à charge doivent avoir le même lieu de résidence que le titulaire. Cette condition est remplie lorsque la cohabitation est temporairement suspendue pour la durée:
 - de l'hospitalisation dans un établissement de soins;
 - du séjour dans une maison de repos pour personnes âgées agréée;
 - du séjour dans une maison de repos et de soins agréée;
 - du séjour dans une maison de soins psychiatriques;
 - de 3 mois au plus dans les autres cas.
- ❑ À l'exception des enfants, les personnes à charge doivent apporter la preuve qu'elles ne bénéficient pas de revenus professionnels ou de remplacement supérieurs à un certain montant trimestriel (voir l'annexe 2: plafonds de revenus).

- ❑ Les enfants ne doivent pas avoir dépassé l'âge de 25 ans (ou 20 ans² pour les enfants travaillant comme aidants de leurs parents indépendants).

4.1.3. Droit aux soins de santé? Faut-il accomplir un stage?

Aucun stage n'est prévu pour les soins de santé. Vous avez en principe **immédiatement** droit aux prestations de l'assurance soins de santé.

4.1.4. Pour combien de temps est-on assuré?

Le droit ouvert lors de l'inscription est maintenu **jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit**. Ensuite, le droit est maintenu d'année en année à condition que les cotisations de sécurité sociale nécessaires aient été payées pour l'année de référence. L'année de référence est toujours l'avant dernière année précédant l'année de droit.

Exemple: ce sont les cotisations payées en 2010 qui permettront de conserver le droit aux soins de santé pendant l'année 2012.

2010	2011	2012
Année X	Année X + 1	Année X + 2
Année de référence	Année de contrôle des droits de X	Année de droit

Les assurés qui ne payent pas de cotisations personnelles ne doivent accomplir aucune formalité pour maintenir leurs droits aux soins de santé.

Les données relatives aux cotisations retenues sur les salaires, sur les indemnités d'accident de travail ou de maladie professionnelle, les cotisations payées aux caisses d'assurances sociales, ainsi que les données relatives aux jours de chômage parviennent directement à la CAAMI via la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS).

² Les enfants de plus de 18 ans qui aident leurs parents indépendants sont seulement considérés comme des personnes à charge s'ils aident l'indépendant à exercer sa profession ou le remplacent et s'ils n'ont pas de contrat de travail. Ces enfants perdent la qualité de personne à charge dès le 1^{er} janvier de l'année durant laquelle ils atteignent 20 ans, ou, s'ils se sont mariés avant cette date, dès le premier jour du trimestre calendrier durant lequel ils se sont mariés.

Seuls les assurés qui ne sont pas encore enregistrés à la BCSS recevront un document papier qu'ils devront remettre à leur office régional pour justifier du paiement de leurs cotisations sociales.

- ⇒ **Lorsque le droit aux soins de santé sera prolongé, les assurés seront invités à se présenter à leur office régional pour mettre à jour leur carte SIS (voir rubrique suivante).**

4.1.5. La carte d'identité sociale (carte SIS)

Tout assuré social doit être en possession d'une carte d'identité sociale (carte SIS: **S**ystème d'**I**nformation **S**ociale). Elle permettra de l'identifier de manière fiable auprès de toutes les institutions de sécurité sociale.

La CAAMI délivre d'office une carte SIS aux assurés inscrits chez elle. Elle délivre aussi une carte SIS à tout assuré social qui en fait la demande sans exiger son inscription. La carte est la même pour tous les organismes assureurs. Elle contient deux types de données:

- des données **visibles**, inscrites dans la mémoire de la carte: nom, prénom, date de naissance, sexe, numéro d'identification à la sécurité sociale, numéro et durée de validité de la carte;
- des données **invisibles**, protégées électroniquement: le numéro de l'office régional, votre numéro d'inscription auprès de la CAAMI, votre statut en matière d'assurance maladie, les dates de début et de fin de votre droit au remboursement des frais de maladie et au "régime du tiers payant".

Vous devez présenter la carte chez le pharmacien, à l'hôpital et à votre office régional. Les **vignettes orange** restent utiles pour vous identifier à l'occasion de l'échange de documents avec votre office régional ou avec certains prestataires de soins (laboratoires par exemple).

Vous ne pouvez pas obtenir de double de votre carte SIS. Tout le monde n'a qu'une et une seule carte SIS. Les données enregistrées chez votre pharmacien restent valables pendant trois mois.

Les institutions de sécurité sociale, les administrations fiscales et votre employeur peuvent vous demander la carte comme moyen d'identification. Votre employeur doit l'utiliser afin de s'acquitter de ses obligations en matière de sécurité sociale, ainsi qu'en matière fiscale. La première

délivrance de la carte SIS, le renouvellement d'une carte SIS et la nouvelle carte après la fin de validité de l'ancienne carte sont gratuites pour l'assuré social.

Votre office régional se charge de la mise à jour ultérieure de votre carte SIS ou de son remplacement en cas de perte, vol ou endommagement. Dans ce cas, il vous réclamera toutefois une indemnité de **2,50 EUR**. Si une modification intervient dans votre situation professionnelle ou familiale, avertissez le plus vite possible votre office régional. Toute modification signalée à temps vous épargne des problèmes ultérieurs.

La carte SIS a une durée de validité de 10 ans. La carte SIS dont la validité expire ne sera plus acceptée à partir du premier janvier de l'année suivante. En cas de remplacement, renouvellement, ou décès la carte SIS doit être détruite ou rendue à la CAAMI.

4.2. Remboursement de prestations médicales

4.2.1. Prestations remboursables par l'assurance maladie

L'office régional peut octroyer une intervention de l'assurance pour des prestations médicales figurant dans la «nomenclature des prestations de santé». La nomenclature est une liste regroupant toutes les prestations de santé qui entrent en ligne de compte pour un remboursement sur base de l'assurance maladie obligatoire. Cette nomenclature est fixée par arrêté royal publié au Moniteur belge.

Nous reprenons ci-dessous la liste non exhaustive des **principales prestations** remboursables par l'assurance maladie. Vous pouvez obtenir un aperçu plus complet auprès de votre office régional.

4.2.2. Liste non exhaustive des prestations remboursables

- Hospitalisation et médicaments administrés au cours de ce séjour
- Soins médicaux et d'obstétrique en cas d'accouchement
- Tout traitement au cours d'une hospitalisation dans un hôpital psychiatrique agréé
- Interventions chirurgicales, anesthésie et réanimation pour interventions plus lourdes
- Prestations de radiodiagnostic, radiothérapie, radiumthérapie et

- médecine nucléaire
- Médecine interne
 - Un certain nombre de prestations générales effectuées par des spécialistes
 - Biologie clinique
 - Hémodialyse et dialyse péritonéale à domicile
 - Frais de déplacement pour se rendre à un sanatorium, à un centre anticancéreux ou à un centre de dialyse
 - Prestations dans le domaine de la rééducation fonctionnelle et professionnelle (sous certaines conditions)
 - Transfusions de sang, plasma ou dérivés à une personne qui souffre d'une déficience congénitale de facteurs de coagulation
 - Médicaments administrés au moyen d'une perfusion intraveineuse dans le cadre d'un traitement ambulatoire de chimiothérapie
 - Kinésithérapie spéciale (dans des cas spécifiques)
 - Certaines prestations fournies par des bandagistes ou orthopédistes, si certaines conditions sont remplies
 - Soins dans des maisons de repos et de soins
 - Implants, délivrance d'organes et de tissus d'origine humaine
 - Alimentation entérale par sonde
 - Matériel d'incontinence
 - Certains produits destinés aux soins à domicile de personnes souffrant d'affections graves
 - Soins palliatifs
 - Admission dans un centre de soins de jour
 - Consultations, visites et avis de médecins
 - Prestations de praticiens de l'art infirmier et kinésithérapeutes
 - Soins dentaires
 - Médicaments hors hospitalisation
 - Un certain nombre de prothèses et appareils orthopédiques
 - Petites interventions chirurgicales
 - Une partie des frais de transport urgent suite à un appel au service 100

4.2.3. À combien s'élève l'intervention de l'assurance?

L'office régional vous paie une intervention de l'assurance lorsque vous introduisez l'«attestation de soins donnés» originale.

Le montant de l'intervention de l'assurance dépend de la nature de la prestation médicale et de votre situation personnelle. Seules les prestations

médicales visant à prévenir ou à guérir une maladie donnent lieu à un remboursement. Les interventions esthétiques ne sont donc pas remboursables.

Dans le but de veiller à ce que l'assurance contre les frais de maladie reste financièrement accessible à tous, même aux plus démunis, des mécanismes correcteurs ont été prévus, comme l'intervention majorée ou le Maximum à Facturer.

Si vous entrez en ligne de compte pour l'intervention majorée, vous paierez un ticket modérateur réduit. Le ticket modérateur est la partie des frais médicaux qui n'est pas remboursée par votre office régional.

Le **Maximum à Facturer** fonctionne à partir d'un "seuil" de telle manière que le total des tickets modérateurs que vous payez ne devienne pas trop lourd compte tenu de vos moyens financiers. Il s'agit en quelque sorte d'une "modération" des tickets modérateurs (voir 4.11).

Vous pouvez demander à votre médecin de famille d'ouvrir un **Dossier Médical Global (DMG)**. A partir de ce moment, vous recevrez une diminution de 30% sur le ticket modérateur pour chaque visite à domicile ou consultation chez votre médecin de famille (voir aussi 4.15).

➤ Nature de la prestation médicale

Dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, les montants des honoraires des prestataires de soins sont fixés par des conventions conclues entre les prestataires de soins et les organismes assureurs. Nous remboursons un pourcentage réglementaire déterminé de ce **tarif conventionnel** (parfois jusqu'à 100%). Le reste du montant (=ticket modérateur) est à votre charge.

Les prestataires de soins non conventionnés ne sont pas liés par le tarif conventionnel. Si vous faites appel à un tel prestataire de soins, nous payons uniquement l'intervention de l'assurance sur la base du tarif conventionnel. En plus du ticket modérateur, vous devrez donc également supporter la différence entre le tarif conventionnel et les honoraires qui vous sont demandés (=supplément).

4.2.4. Comment demander le remboursement de vos frais médicaux?

Le remboursement des attestations de soins donnés s'effectue rapidement et simplement. Il n'est pas nécessaire de vous rendre dans votre bureau local. Vous pouvez envoyer vos attestations par la poste et utiliser à cet effet les enveloppes préaffranchies. N'oubliez pas d'apposer une vignette sur l'attestation et de coller l'enveloppe. L'argent sera sur votre compte quelques jours plus tard. Vous pouvez bien évidemment toujours déposer vos attestations au guichet.

Vous pouvez demander des vignettes ou des enveloppes supplémentaires sur notre site web www.caami.be.

4.3. L'intervention majorée

Il existe 3 manières d'obtenir le droit à l'intervention majorée:

1° Sur la base du bénéfice effectif d'un **avantage social**

2° Sur la base **d'une qualité** et après contrôle des revenus opéré par la mutuelle démontrant que les revenus annuels bruts imposables dont dispose le ménage en question ne dépassent pas le plafond en vigueur.

3° Sur la base de l'**OMNIO**: au ménage (composé au 1^{er} janvier sur base des informations du registre national), et disposant de revenus de l'année précédente dont le montant annuel brut imposable n'atteint pas le plafond en vigueur et après contrôle des revenus exercé par l'organisme assureur.

4.3.1. L'intervention majorée sur la base d'un avantage

Ont droit à l'intervention majorée les assurés qui bénéficient d'un des avantages suivants:

- Revenu d'intégration octroyé par le CPAS et aide équivalente
- Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou d'une rente majorée
- Reconnu handicapé et percevoir une allocation du Service Public Fédéral Sécurité Sociale
- Allocations familiales majorées pour les enfants handicapés
- Mineurs non accompagnés

4.3.2. L'intervention majorée sur la base d'une qualité

Pour bénéficier de ce droit, les bénéficiaires doivent remplir deux conditions:

- Une condition de qualité
- Une condition de revenu

Condition de qualité:

- Être veuf, invalide, pensionné ou orphelin³
- Être reconnu handicapé (sans perception d'allocations)³
- Être chômeur complet de longue durée âgé d'au moins 50 ans³
- Être membre d'une communauté religieuse³
- Faire partie de l'ancien personnel du secteur public en Afrique³
- Être fonctionnaire mis en disponibilité³
- Être inscrit comme résident et avoir atteint l'âge de 65 ans³

Condition de revenus:

- Revenus déclarés sur la **déclaration sur l'honneur** – revenus bruts imposables du ménage tels qu'ils existent au moment de la souscription de la déclaration sur l'honneur
- Ménage pris en considération: le titulaire et ses personnes à charge ainsi que son conjoint (ou partenaire de vie) et ses personnes à charge

4.3.3. L'intervention majorée sur la base du statut OMNIO

Qu'est-ce que l'OMNIO?

Il s'agit d'une mesure de protection visant à étendre le droit au tarif préférentiel en matière de soins de santé aux assurés dont le ménage bénéficie de revenus dits faibles.

³ Ces bénéficiaires doivent en plus satisfaire à une condition de revenu. En effet, le revenu brut imposable du ménage de la personne qui demande à bénéficier de l'intervention majorée ne doit pas dépasser le plafond de 15.364,99 EUR (augmenté de 2.844,47 EUR par personne à charge, montants en vigueur depuis septembre 2010).

Qui peut prétendre à l'OMNIO?

Ce statut peut être octroyé aux ménages dont les revenus bruts annuels imposables (revenus professionnels, immobiliers, mobiliers, allocations, pensions,...) de tous les membres ne dépassent pas 15.163,96 euros pour l'année de revenus 2010. Ce plafond est majoré de 2.807,26 euros par personne présente dans le ménage autre que le demandeur. Le ménage pris en considération reprend toutes les personnes vivant sous le même toit au 1^{er} janvier – cette année donc au 1er janvier 2011.

A partir de quand et comment?

Pour en bénéficier, il suffit d'en faire la demande à votre office régional. Vous y recevrez une déclaration sur l'honneur à compléter par vous-même ainsi que par **tous les membres de votre ménage**.

Attention, à cette déclaration doivent être jointes les pièces justificatives tels que:

- L'avertissement-extrait de rôle de l'impôt des personnes physiques relatif à l'exercice d'imposition précédant l'année de l'introduction de la déclaration sur l'honneur, à défaut le dernier avertissement-extrait de rôle.
- Les documents probants permettant d'établir le montant annuel des revenus (exemple fiche 281.10). A défaut les documents probants doivent porter sur le montant mensuel des revenus concernés pour chacun des 12 derniers mois de l'année de référence (talon d'assignation ou virement, fiches de paie,...).

Ensuite, votre dossier sera examiné afin de vérifier si vous remplissez effectivement les conditions requises pour obtenir ce nouveau statut.

Quand le droit à l'OMNIO s'ouvre-t-il?

Ce dernier s'ouvre **le premier jour du trimestre au cours duquel votre dossier complet a été introduit** à votre office régional. Ce droit restera en principe valable jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit.

4.3.4. Quels avantages offre l'intervention majorée?

Elle donne droit à une diminution de votre intervention personnelle pour:

- les visites et consultations de médecins;
- les soins donnés par les praticiens de l'art infirmier ou kinésithérapeutes;
- les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification de médecin-spécialiste;
- les soins dentaires;
- le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation;
- les médicaments.

Remarque: il vous suffit parfois de payer le ticket modérateur au prestataire de soins (informez-vous auprès de votre office régional). Nous payons alors directement la part de l'assurance au prestataire (= régime du tiers payant).

4.4. Médicaments

Il y a trois types de médicaments:

- les préparations magistrales;
- les spécialités pharmaceutiques protégées par un brevet;
- les spécialités pharmaceutiques dont le brevet est expiré et qui se subdivisent en deux catégories (moins chères toutes les deux):
 - ❖ les médicaments de marque;
 - ❖ les médicaments génériques: ces médicaments sont souvent moins chers que les médicaments originaux mais ont la même valeur thérapeutique. Par exemple, vous payez pour le médicament original Imodium Cat C (en gélules de 60 x 2 mg) 6,60 EUR⁴, alors que vous ne payez que 3,01 EUR⁵ pour le médicament générique correspondant Lopéramide (en gélules de 60 x 2 mg).

⁴ Montant au 1^{er} janvier 2011; montant sur présentation de votre Carte SIS

⁵ Montant au 1^{er} janvier 2011; montant sur présentation de votre Carte SIS

4.4.1. Les préparations magistrales

Les préparations magistrales sont préparées par le pharmacien, selon les prescriptions du médecin. Pour ce travail, le pharmacien reçoit des honoraires. Votre quote-part personnelle pour 10 capsules, 50 gr de pommade, 100 gr de sirop ou 5 suppositoires est en général limitée à 1,12 EUR par tranche. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM, voir 4.3) payent 0,30 EUR. Pour 1 flacon de gouttes ophtalmiques ou 1 boîte de compresses stériles, la quote-part personnelle est de 2,24 EUR ou de 0,60 EUR pour les assurés bénéficiant d'une intervention majorée.

Les préparations magistrales pour lesquelles il n'existe aucune substance active reprise dans la liste limitative n'entrent néanmoins pas en ligne de compte pour une intervention de l'assurance. Par contre, si la préparation magistrale comprend une ou plusieurs spécialités de catégorie A, vous ne devrez rien payer.

4.4.2. Les spécialités pharmaceutiques

Les médicaments préparés de façon industrielle ont été classés dans les catégories suivantes.

Tarifs au 1^{er} janvier 2011 (hors hospitalisation)

Catégorie	Dénomination	Exemples concrets	Ticket modérateur	
			Bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)	Autres assurés
A	Médicaments vitaux destinés au traitement de pathologies lourdes et chroniques	Anticancéreux, médicaments contre le diabète, antiépileptiques	100% remboursé Pas de ticket modérateur	100% remboursé Pas de ticket modérateur
B	Médicaments utiles sur le plan social et médical	Antibiotiques, médicaments contre l'asthme ou l'hypertension	85% remboursé Ticket modérateur: 15%, avec un maximum de 7,30 EUR	75% remboursé Ticket modérateur: 25%, avec un maximum de 11,00 EUR

B grand modèle⁶			85% remboursé Ticket modérateur: 15%, avec un maximum de 9,00 EUR	75% remboursé Ticket modérateur: 25%, avec un maximum de 13,70 EUR
C	Médicaments moins utiles sur le plan social et médical	Fortifiants hormonaux, médicaments contre les allergies ou les crampes	50% remboursé Ticket modérateur: 50%, avec un maximum de 9,00 EUR	50% remboursé Ticket modérateur: 50%, avec un maximum de 13,70 EUR
Cs	Médicaments moins utiles sur le plan social et médical	Cardiovasculaires, vasodilatateurs, vaccins contre la grippe	40% remboursé Ticket modérateur: 60% sans maximum	40% remboursé Ticket modérateur: 60% sans maximum
Cx	Médicaments moins utiles sur le plan social et médical	Pilule de contraception	20% remboursé Ticket modérateur: 80% sans maximum	20% remboursé Ticket modérateur: 80% sans maximum
D	Médicaments non remboursables	Somnifères, calmants, vitamines	Prix complet	Prix complet

4.5. Hospitalisation

4.5.1. Quote-part dans les frais

L'intervention personnelle du patient dans le prix de la journée d'entretien varie en fonction de la catégorie du bénéficiaire, de la nature de la chambre (chambre commune ou à deux lits ou chambre particulière) et de la période d'hospitalisation.

L'annexe 3 reprend les montants qui sont d'application pour un séjour en chambre commune ou à deux lits. Depuis 2010, le supplément de chambre est limité à la chambre particulière, sauf si une telle chambre est nécessaire pour des raisons médicales ou si aucune autre chambre n'est disponible. Dans ce dernier cas, aucun supplément de chambre ne peut être demandé par l'hôpital.

⁶ Un grand modèle est un emballage qui contient plus de 60 unités.

Le choix du type de chambre est cependant toujours important pour déterminer le pourcentage de suppléments d'honoraires lorsque le médecin est non conventionné.

A chaque hospitalisation, le patient doit aussi payer un certain nombre de forfaits (biologie clinique, radiologie, prestations techniques). Les bénéficiaires d'une intervention majorée (BIM, voir 4.3) bénéficient, selon le cas, d'une exemption ou d'un tarif réduit et sont également protégés contre les suppléments d'honoraires en chambre à 2 lits.

Il n'y a pas de quote-part personnelle pour l'hôpital de jour chirurgical et l'hospitalisation de jour⁷.

Lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation classique ou d'un hôpital de jour chirurgical, le montant par admission et les montants par jour sont portés en compte par l'hôpital. Lors d'une hospitalisation de jour, un montant forfaitaire lié au type de prestation est porté en compte.

4.5.2. Médicaments

Quel que soit le type de chambre, vous payez pour les médicaments remboursables une intervention personnelle de 0,62 EUR par jour. Les médicaments remboursables sont les médicaments qui figurent sur les listes de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Les autres médicaments sont à votre charge.


4.5.3. Déclaration d'admission

Au moment de votre admission à l'hôpital, vous devez compléter et signer une déclaration d'admission. Vous devez y indiquer avec précision si vous souhaitez ou non être soigné au tarif de la convention et quel type de chambre vous choisissez. La déclaration d'admission est accompagnée d'un document fournissant les informations nécessaires concernant les tarifs en fonction de ces choix (suppléments de chambre, suppléments d'honoraires) exprimés en EUR et en % des tarifs de la convention. Ces tarifs diffèrent d'un hôpital à un autre.

⁷ L'hôpital de jour chirurgical signifie que vous entrez à l'hôpital pour vous faire opérer et que vous en sortez le jour même. L'hospitalisation de jour est une hospitalisation d'une journée pour des soins autres qu'une intervention chirurgicale.

Le choix de la chambre n'a aucune incidence sur la qualité des soins médicaux. Vous ne serez pas mieux soigné parce que vous séjournez en chambre particulière. Le choix d'une chambre particulière peut, par contre, avoir pour conséquence que des suppléments d'honoraires vous soient facturés.

La prise en compte de suppléments d'honoraires par le médecin dépend du type de chambre dans lequel vous séjournez et du fait que le médecin soit conventionné ou non⁸. En pratique, le séjour en chambre commune/à deux lits ne donnera pas lieu à des suppléments d'honoraires pour autant que le médecin soit conventionné.

 **Attention!** Si vous décidez de séjourner en chambre particulière, le médecin conventionné n'est pas tenu de respecter les tarifs INAMI (en chambre à deux lits, oui!).

Si vous faites partie des catégories sociales protégées et que vous n'avez pas demandé à séjourner dans une chambre à un lit, aucun supplément d'honoraires ne peut vous être réclamé que le médecin soit conventionné ou non.

En pratique, les suppléments sont **assez élevés**. Les suppléments d'honoraires maximum pouvant vous être facturés sont indiqués sur la déclaration d'admission. Les règles en matière d'honoraires sont en constante évolution. C'est pourquoi il est important de lire attentivement ce document.

➡ **Informez-vous préalablement auprès de votre office régional pour savoir si le médecin que vous consultez a conclu ou non un accord avec les organismes assureurs.**

4.5.4. Acomptes

Le bénéficiaire hospitalisé dans une chambre commune, quel que soit le service et au plus tôt au moment de l'admission, peut avoir à payer un acompte de 150 EUR maximum.

⁸ A votre demande, l'hôpital est obligé de vous remettre la liste des médecins qui sont conventionnés. Vous avez le droit d'exiger d'être soigné par un médecin conventionné aux tarifs INAMI.

Ce maximum est ramené à 75 EUR pour les enfants ayant la qualité de personne à charge qui n'ont pas droit à l'intervention majorée et à 50 EUR pour les personnes qui ont droit à l'intervention majorée ainsi que leur(s) personne(s) à charge.

Le bénéficiaire hospitalisé dans une chambre à deux lits peut avoir à payer un acompte supplémentaire qui atteint au maximum 7 fois le montant du supplément pour une chambre à un lit ou deux lits.

Une avance ne peut être réclamée en cas d'hospitalisation de jour (sauf si le patient exige une chambre individuelle ou une chambre de 2 patients pour lesquelles un supplément peut être demandé).

4.6. Rééducation fonctionnelle et professionnelle

Votre office régional peut vous octroyer une intervention de l'assurance lorsque vous participez à un programme de rééducation fonctionnelle ou professionnelle. Pour cela, vous devez dans tous les cas adresser une demande préalable au médecin-conseil. Il se prononcera sur votre demande ou soumettra celle-ci avec son avis soit au Collège des médecins-directeurs de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) soit à la Commission Supérieure du Conseil Médical de l'Invalidité de l'INAMI.

Sur autorisation préalable, une intervention de l'assurance est également possible pour des traitements et appareils définis dans la nomenclature des prestations de rééducation (par exemple défibrillateurs cardiaques).

Pour plus d'informations et l'examen de vos problèmes concrets, n'hésitez pas à vous adresser au service médical de votre office régional.

4.7. Maisons de repos et de soins

Votre office régional intervient dans le coût du séjour et des soins dispensés à des patients résidant dans des maisons de repos et de soins agréées. Ce montant, payé directement à la maison de repos, est un montant journalier forfaitaire identique pour tous les "profils de dépendance".

4.8. Maisons de repos pour personnes âgées

Une intervention de l'assurance est possible pour des patients nécessitant des soins dans des maisons de repos.

4.9. Soins à domicile

L'intervention de l'assurance que nous vous octroierons variera en fonction de votre "degré de dépendance".

4.10. Le régime du tiers payant

Le système du tiers payant prévoit la **possibilité** que vous ne deviez pas avancer la totalité du montant de certaines prestations de santé. Concrètement, vous ne payez que la quote-part personnelle. La CAAMI rembourse directement le montant de l'intervention de l'assurance obligatoire au prestataire de soins. Cette procédure est obligatoire pour les prestations dispensées en hôpital!

➤ Les catégories suivantes d'assurés peuvent prétendre au système du tiers payant pour autant que le prestataire concerné accepte d'appliquer le tiers payant.

- 1) Les bénéficiaires de l'intervention majorée suivants, ainsi que leurs éventuelles personnes à charge:
 - les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et les invalides;
 - les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale;
 - les bénéficiaires à qui le CPAS accorde une aide équivalente au revenu d'intégration;
 - les bénéficiaires qui ont droit au statut Omnio;
 - les bénéficiaires qui ont droit à la garantie de revenus pour personnes âgées (GRAPA) ou qui conservent le droit à la majoration de rente;
 - les bénéficiaires à qui est accordée une allocation pour handicapé;
 - les titulaires handicapés;
 - les enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées;

- les titulaires en chômage contrôlé, qui ont au moins 50 ans et qui ont depuis un an au moins la qualité de chômeur complet;
- les titulaires âgés de 65 ans au moins et ayant la qualité de personne inscrite au Registre national.

Pour ces bénéficiaires, le tiers payant peut être accordé pour la période durant laquelle ils ont droit à l'intervention majorée.

- 2) Pour les bénéficiaires dont le ménage dispose de revenus annuels bruts imposables qui ne dépassent pas le montant donnant droit à l'intégration sociale. Ils sont dispensés sur cette base de l'obligation de cotisation.
- 3) Les bénéficiaires d'allocations familiales majorées qui n'ont pas droit à l'intervention majorée.

Pour ces bénéficiaires 1), 2), et 3), la CAAMI apporte sur la carte SIS une mention concernant l'application du régime du tiers payant. Il est aussi possible d'obtenir auprès de son office régional une attestation reprenant également cette mention. Celle-ci est destinée aux dispensateurs de soins qui choisissent de ne pas faire usage de la carte SIS.

➤ **Application du régime tiers payant pour certaines prestations sous certaines conditions**

- 1) Pour les prestations dispensées à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle difficile.

Dans ce cas, la CAAMI acceptera l'application du tiers payant sur base:

- soit d'une déclaration sur l'honneur, signée par le patient, faisant état du fait qu'il se trouve dans une situation financière individuelle difficile où la réglementation permet l'application du régime tiers payant;
- soit d'une attestation du dispensateur de soins faisant état de ce que le patient lui a déclaré se trouver dans une situation financière individuelle difficile où la réglementation permet l'application du régime tiers payant.

- 2) Pour les prestations dispensées en maison médicale dans le cadre d'un accord prévoyant un paiement forfaitaire de certaines prestations.
- 3) Pour les prestations dispensées dans les centres de santé mentale, les centres de planning familial et d'information sexuelle et les centres d'accueil pour toxicomanes.
- 4) Pour les prestations dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés.
- 5) Pour des prestations dispensées à des bénéficiaires en cas de décès ou qui se trouvent dans un état comateux.
- 6) Pour les soins dentaires dispensés à des enfants de moins de 18 ans.
- 7) Pour les consultations, avis dispensés par le médecin généraliste dans le cadre du tiers payant social;
- 8) Pour toutes les prestations fournies dans le cadre d'un service de garde de médecine générale.

➔ **N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre office régional!**

4.11. Maximum à Facturer

Le **Maximum à Facturer (MàF)** offre à chaque famille la garantie de ne pas devoir dépenser plus qu'un montant plafond de frais en soins de santé. Ce plafond est établi en fonction du revenu familial.

Comme frais de santé, il faut entre autres comprendre les tickets modérateurs pour:

- les honoraires de médecins, dentistes, kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier;
- les frais pour prestations techniques (par exemple les radiographies, interventions chirurgicales, examens techniques et de laboratoire);

- les médicaments A, B et C;
- l'alimentation entérale via sonde ou stomie pour les jeunes jusqu'à 18 ans inclus;
- la quote-part personnelle forfaitaire pour les médicaments durant une hospitalisation;
- le matériel endoscopique et de viscérosynthèse;
- l'entièreté des frais d'hospitalisation dans un hôpital général et les frais d'hospitalisation pour les 365 premiers jours dans un hôpital psychiatrique;
- les marges de délivrance et de sécurité des implants ainsi que les préparations magistrales.

Il existe 3 types de Maximum à Facturer:

- le Maximum à Facturer fixé sur la base de la catégorie sociale du bénéficiaire ou le «MàF social»;
- le Maximum à Facturer fixé sur la base du revenu du ménage du bénéficiaire ou le «MàF revenu»;
- le Maximum à Facturer pour les ménages avec malade(s) chronique(s): s'applique **complémentairement** aux deux autres types.

4.11.1. Le MàF social

Pour bénéficier du MàF social, il faut remplir deux conditions.

1. Le ménage doit avoir dépensé au minimum 450 EUR en quotes-parts personnelles (tickets modérateurs).
2. La personne doit bénéficier de l'intervention majorée et avoir fait l'objet d'un contrôle des revenus préalable à l'obtention du droit.

4.11.2. Le MâF revenu

Les familles ayant un revenu modeste (<25.299,80 EUR par an) sont remboursées dès que nous sommes avertis que leurs dépenses ont dépassé les 450 ou 650 EUR de tickets modérateurs requis sur l'année considérée. Pour les autres familles, le plafond à atteindre dépend de la tranche de revenus.

Dans le MâF 2011, nous tenons compte de vos revenus de l'année 2008 (X-3). Les familles qui rencontreraient des contretemps financiers importants peuvent déclarer être passées d'une catégorie de revenu élevé à un revenu modeste ou bas et demander le remboursement accéléré de leurs quotes-parts personnelles. Cette procédure porte le nom de «Déclaration sur l'honneur». Vous pouvez demander le formulaire à votre office régional.

Le MâF revenu reprend les catégories de revenus suivants:

Revenu net des ménages imposables ⁹	Plafond des tickets modérateurs
Enfants de moins de 19 ans	650 EUR
de 0 à 16.457,15 EUR	450 EUR
de 16.457,16 EUR à 25.299,79 EUR	650 EUR
de 25.299,80 EUR à 34.142,46 EUR	1.000 EUR
de 34.142,47 EUR à 42.616,66 EUR	1.400 EUR
de 42.616,67 EUR	1.800 EUR

4.11.3. Le MâF malade chronique

Les assurés avec des dépenses importantes en soins de santé, bénéficient d'une mesure supplémentaire **à partir du MAF 2009**: si leur ticket modérateur dépasse, durant **deux années consécutives, 450 EUR (quels que soient les revenus)**, une réduction linéaire du plafond du ménage MAF de **100 EUR** sera appliquée dès la troisième année afin qu'ils puissent bénéficier plus rapidement de la prise en charge de leurs soins. Ces personnes sont alors automatiquement considérées comme "malades chroniques".

Cela veut donc dire que si un assuré compte 480 EUR de tickets modérateurs en 2009 et 670 EUR en 2010, on déduira 100 EUR de son plafond à atteindre en 2011.

⁹ Montants de référence pour l'année MâF 2010

Attention! S'il y a plusieurs malades chroniques dans le même ménage, la réduction forfaitaire de 100 EUR est appliquée une seule fois.

4.12. Mesures en faveur des malades chroniques

4.12.1. Le forfait malade chronique

Un montant forfaitaire annuel est accordé aux assurés qui se trouvent dans une situation sociale déterminée (handicaps, soins infirmiers, allocations familiales majorées, 6 mois de kinésithérapie pour une affection E, aide d'une tierce personne...). Le montant 2011 (279,69 EUR; 419,54 EUR; 559,37 EUR) varie en fonction de la catégorie qui donne droit au forfait. Adressez-vous à votre office régional pour savoir si vous êtes dans les conditions pour obtenir le forfait malade chronique.

Vous devez de plus atteindre 450 EUR de quote-part personnelle sur l'année précédente et 365 EUR pour l'année en cours si vous avez fait ou faites partie d'une catégorie préférentielle pendant au moins 1 jour de l'année de référence.

4.12.2. Mesures en faveur des malades chroniques

4.12.2.1. Pansements actifs

Deux types d'intervention sont prévues pour les personnes atteintes de plaies chroniques insuffisamment cicatrisées après 6 semaines:

- intervention de 21,34 EUR par mois payée via un forfait;
- intervention supplémentaire de 0,25 EUR par emballage pour certains pansements délivrés en officine publique sur présentation des prescriptions avec la mention «tiers payant applicable».

4.12.2.2. Antidouleurs

Il est dorénavant prévu une intervention de 20% sur certains antidouleurs (à base de paracétamol). Le montant des antidouleurs à votre charge sera quant à lui pris en charge dans le Maximum à Facturer.

Pour bénéficier de cette intervention, il faut se trouver dans une situation de douleur chronique persistante (exemple: cancer, fibromyalgie...).

4.12.2.3. Frais de déplacement des tuteurs accompagnants dans le cadre de la thérapie contre le cancer de leur enfant hospitalisé

Outre l'intervention de 0,25 EUR/km (+remboursement total lorsque utilisation des transports en commun) prévue pour les personnes en thérapie ambulatoire contre le cancer, il est désormais prévu de couvrir à raison de **0,25 EUR/km avec un maximum de 75 EUR par jour** les frais de déplacement des parents ou tuteurs légaux des enfants de moins de 18 ans hospitalisés (c'est à dire un séjour de minimum 1 nuit dans un hôpital) dans le cadre de la thérapie contre le cancer.

Le formulaire de demande est à faire compléter par le médecin du centre et à remettre à votre office régional.

4.12.2.4. Syndrome de Sjögren

Une intervention forfaitaire de **21,34 EUR par mois**, payée par votre office régional, permet de vous rembourser les frais en gel ophtalmique et en larmes artificielles.

Ce droit est ouvert sur présentation à votre office régional d'un formulaire complété par le rhumatologue qui atteste que vous satisfaites aux critères pour le syndrome de Sjögren.

4.12.2.5. Diabète

Vous pouvez demander un Passeport du diabète auprès de votre office régional. L'introduction du passeport accorde une place centrale au médecin qui vous suit comme patient. Ce dernier vous oriente si nécessaire vers un podologue ou un diététicien.

En complément au passeport, il existe un trajet pour les patients diabétiques à domicile privilégiant l'éducation du diabétique, par un infirmier, à l'autogestion ainsi que l'éducation au suivi de règles de vie (hygiène des pieds, contrôle de la glycémie...).

A cette offre de soins au domicile, il faut ajouter une offre de soins dans le milieu hospitalier via les Centres de Rééducation fonctionnelle spécialisés dans l'autogestion de patients atteints du diabète sucré et via les cliniques curatives du pied. L'offre de soins visée ici renvoie à l'apprentissage par certains patients de leur maladie, de ses implications, du traitement et du

régime qu'elle impose.

4.12.2.6. Trajets de soins

Le trajet de soins est un engagement écrit conclu pour une durée minimale de 4 ans entre le patient, son médecin généraliste et le médecin spécialiste.

Les trajets de soins suivants ont été instaurés dans les cas suivants:

- un trajet de soins est instauré depuis le 1^{er} juin 2009 pour les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale chronique;
- les trajets de soins pour les personnes souffrant de diabète de type 2 ont été instaurés depuis le 1^{er} septembre 2009, lorsque le patient démarre le traitement à l'insuline ou lorsque 2 injections quotidiennes d'insuline sont nécessaires.

L'objectif est de garantir des soins coordonnés et d'organiser la prise en charge et le suivi.

Dans le cadre du trajet de soins, l'assuré sera remboursé à 100% sur toutes les consultations effectuées auprès des médecins impliqués dans le traitement de sa pathologie chronique. La prise en charge dans un trajet de soins assure également la fourniture en matériel (tigettes, lancettes et glucomètre pour le diabète et tensiomètre pour l'insuffisance rénale), et autre matériel nécessaire dans le cadre du traitement.

4.13. Le forfait attribué aux personnes souffrant d'incontinence

Une intervention forfaitaire de 459,59 EUR pour matériel d'incontinence peut être accordée annuellement à certaines conditions précises (forfait B ou C pendant 4 mois sur 12 de l'année considérée et score d'incontinence). Adressez-vous à votre office régional pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet.

4.14. L'intervention forfaitaire pour des soins palliatifs à domicile

Il existe une intervention forfaitaire de 603,12 EUR¹⁰ pour les médicaments,

¹⁰ Montant au 1^{er} janvier 2011

le matériel de soins (sondes, pousse-seringues, pompe anti-douleur etc.) et pour les dispositifs auxiliaires supplémentaires (matelas et lits spéciaux, perroquets, urinaux etc.). Le but est de réduire les inconvénients financiers pour les personnes désirant mourir à la maison (plutôt qu'à l'hôpital).

Si vous voulez obtenir cette intervention, votre médecin de famille doit remplir un formulaire et l'envoyer au médecin-conseil. L'office régional paiera immédiatement après réception de l'avis du médecin-conseil. La période couverte est de 30 jours à compter de la date de l'avis du médecin. Cette intervention est renouvelable une seconde fois au terme de la période.

Il est prévu un remboursement total de toutes les quotes-parts personnelles des prestations effectuées par le médecin généraliste tant au domicile que dans un service de soins palliatifs pour autant que la demande de forfait palliatif ait été introduite et acceptée. Dès le 1^{er} mai 2009 il existe aussi une suppression des quotes-parts personnelles pour les patients palliatifs autres que ceux bénéficiant du "statut palliatif" valable également pour les patients séjournant en institution avec résidence commune (MRS, MRPA, MSP,...).

4.15. Le Dossier Médical Global (DMG)

Tout le monde peut demander à son médecin traitant d'ouvrir un **Dossier Médical Global (DMG)**. L'ouverture d'un DMG améliore le suivi des soins de santé. Il permet de **centraliser toutes les informations médicales** vous concernant. En effet, le médecin qui gère votre DMG a une vue générale de votre état de santé. Ainsi, grâce au DMG, vous évitez des examens inutiles ou des doubles traitements.

Quels sont vos avantages?

Grâce au DMG, vous bénéficierez d'une **réduction de 30% sur votre quote-part personnelle** pour les consultations au cabinet de votre médecin et ses visites à domicile. Le remboursement pour les visites avec un DMG ouvert dépend pour sa part de la catégorie de bénéficiaire à laquelle vous appartenez: de moins de 10 ans, entre 10 et 75 ans, de plus de 75 ans, malade chronique ou patient palliatif.

Comment demander un DMG?

Vous pouvez demander l'ouverture d'un DMG auprès de votre **médecin traitant** lors de votre prochaine visite à son cabinet ou à votre domicile. Vous ne devez donc pas vous y rendre expressément. L'ouverture du DMG vous

coûtera **28,15 EUR**¹¹, mais ce montant vous sera **entièrement remboursé** par votre office régional.

Combien de temps le DMG reste-t-il valable?

Si vous demandez un DMG dans le courant d'une année civile, il sera valable **jusqu'au 31 décembre inclus de la deuxième année civile suivante**. Si, par exemple, vous avez demandé l'ouverture d'un DMG le 11 avril 2011, il restera valable jusqu'au 31 décembre 2013 inclus.

4.16. Envoi par un médecin généraliste vers un médecin spécialiste

Si vous vous rendez d'abord chez votre médecin généraliste avant de consulter le médecin spécialiste, vous aurez droit à une diminution de votre intervention personnelle pour autant que vous possédiez un Dossier Médical Global (voir 4.15).

A combien s'élève la diminution?

La diminution sur la visite au spécialiste s'élève à 2 EUR pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et à 5 EUR pour les autres bénéficiaires.

La diminution n'est valable qu'une fois par spécialité et par an!

Que dois-je faire pour obtenir cette réduction?

Vous devez préalablement être en possession d'un Dossier Médical Global et transmettre à votre office régional le document d'envoi complété par votre médecin généraliste ainsi que l'attestation de soins rédigée par le spécialiste.

Quelles disciplines sont concernées?

Les disciplines suivantes sont concernées par la réduction d'interventions personnelles: médecine interne, cardiologie, neurologie, gastro-entérologie, psychiatrie, pneumologie, neuropsychiatrie, rhumatologie, pédiatrie, dermato-vénérologie, endocrinologie, gynécologie, gériatrie, ophtalmologie, gériatrie, endocrino-diabétologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie et urologie.

¹¹ Montant au 1^{er} janvier 2011

4.17. Intervention spéciale contraception pour les femmes de moins de 21 ans

Il est prévu une intervention spécifique dans le coût de l'achat des moyens contraceptifs pour **les femmes âgées de moins de 21 ans**. Cette intervention est plus ou moins égale à **3 EUR par mois**.

Par moyens contraceptifs, on entend les pilules combinées orales à base d'œstrogènes et de progestatifs, injections contraceptives et minipilules, patchs contraceptifs, stérilets hormonaux et au cuivre, anneaux vaginaux, bâtonnets ou implants hormonaux, la pilule d'urgence (**il n'y a pas d'intervention pour le préservatif**).

Comment?

Pour bénéficier de cette intervention, les femmes concernées doivent se présenter chez le pharmacien munies d'une prescription médicale et de leur carte SIS ou d'une attestation assimilée.

4.18. Assistance au sevrage tabagique

Un remboursement partiel est prévu depuis le 1^{er} octobre 2009 pour les consultations chez un médecin/tabacologue dans le cadre de l'assistance au sevrage tabagique.

L'intervention est de:

- 30 euros pour une première séance sur une période de deux années civiles;
- 20 euros pour les séances suivantes avec un maximum de 7 séances sur une période de deux années civiles;
- 30 euros par séance pour les femmes enceinte avec un maximum de 8 séances par grossesse.

Qui peut bénéficier de cette intervention?

Tous les fumeurs sans exception et non plus uniquement les femmes enceintes et leur partenaire comme dans l'ancienne réglementation.

Chez qui dois-je me rendre pour entamer une assistance au sevrage tabacologique?

Vous pouvez vous rendre chez votre médecin généraliste ou chez un spécialiste ou encore chez un tabacologue. La liste des tabacologues peut être obtenue sur le site du FARES www.fares.be.

Comment se faire rembourser les séances?

Il suffit de faire parvenir à votre Office Régional vos attestations de soins ou le document de facturation si le tabacologue que vous avez consulté n'a pas de numéro INAMI. A noter que les médecins/tabacologues sont tenus de compléter un document de suivi.

4.19. Intervention maladie coéliquaue

Si vous souffrez de la maladie coéliquaue, vous pouvez recevoir 38 EUR par mois. Vous devez avoir l'accord du médecin-conseil. Il n'est plus nécessaire de présenter ses factures car le paiement se fait directement sur votre compte bancaire.

4.20. Intervention frais de transport urgent

Sur remise d'une attestation ou d'une facture, nous remboursons à concurrence de 50% des tarifs officiels les frais de transport urgents par ambulance pour autant qu'il y ait eu un appel **via le service unifié 100**.

4.21. Et si vous ne pouvez pas obtenir de remboursement?

Pour des prestations médicales "exceptionnelles" qui ne sont pas remboursés, vous pouvez obtenir une intervention du **Fonds Spécial de Solidarité** de l'INAMI.

Il doit s'agir de prestations coûteuses qui traitent efficacement une affection rare d'une fonction vitale. L'infirmière ou l'assistante sociale de votre office régional vous précisera les conditions à remplir et vous aidera à introduire votre demande.

Les enfants de **moins de 19 ans** souffrant d'une **maladie chronique menaçant la vie** peuvent bénéficier d'une intervention du Fonds Spécial de


Solidarité. Il y a cependant des conditions très strictes à remplir.

5. Assurance indemnités

Tant les travailleurs salariés que les indépendants ont droit aux prestations de l'assurance maladie. En matière d'assurance indemnité, le régime est différent pour chacun des deux groupes.

Les **travailleurs salariés** reçoivent une indemnité qui est principalement liée à leur rémunération antérieure et à leur situation familiale. Cette indemnité vise à compenser la perte de salaire.

Les **indépendants** reçoivent une indemnité forfaitaire en fonction de leur situation familiale et du fait qu'ils ont mis fin ou non à leur entreprise.

 **Attention!** les **fonctionnaires nommés à titre définitif** n'entrent pas en ligne de compte pour l'assurance indemnités. Un régime spécifique est d'application. D'abord, ils épuisent leur "quota de jours de maladie". Ensuite, ils peuvent être mis "en disponibilité". Un fonctionnaire nommé à titre définitif ne peut donc jamais "être à charge de la mutuelle".

5.1. Qui a droit aux indemnités d'incapacité de travail et de maternité?

5.1.1. Travailleurs salariés

- Travailleurs salariés et assimilés pour lesquels a été payé un montant suffisant de cotisations de sécurité sociale (secteur indemnités)
- Chômeurs contrôlés
- Travailleuses salariées qui, à la suite d'une période d'activité professionnelle, d'incapacité de travail ou de chômage, interrompent ou ne reprennent pas le travail pour prendre du repos au plus tôt à partir du 5^{ème} mois de leur grossesse

5.1.2. Travailleurs indépendants

- Indépendants et aidants assujettis au statut social qui ont payé suffisamment de cotisations au secteur indemnités

- Les conjoints aidants assujettis au secteur indemnités d'incapacité de travail et maternité
- Indépendants admis en assurance continuée à certaines conditions

5.2. Quelles conditions administratives devez-vous remplir?

5.2.1. Avoir accompli un stage de 6 mois ou en être dispensé

Le droit aux indemnités est ouvert après avoir accompli un stage. Certaines personnes peuvent en être dispensées, comme les jeunes qui terminent leurs études par exemple. Ce stage est en principe de 6 mois au cours desquels il doit y avoir au moins 120 jours de travail (régime des 6 jours) ou de jours assimilés (les jours de maladie ne sont pas considérés comme des jours assimilés). Pendant cette période, un montant suffisant de cotisations de sécurité sociale doit avoir été retenu. Pour les travailleurs intérimaires, les travailleurs saisonniers et les travailleurs intermittents une réglementation adaptée peut être appliquée.

Les indépendants sont tenus de prouver, au moyen d'un document de la caisse d'assurance sociale, qu'ils ont payé leurs cotisations sociales des travailleurs indépendants pendant une période de 6 mois avant le trimestre au cours duquel le risque a débuté.

5.2.2. Avoir payé assez de cotisations pour la sécurité sociale

Une fois le droit ouvert (après stage éventuel), il faut encore prouver que pour le deuxième et le troisième trimestre précédant celui au cours duquel a débuté l'incapacité de travail, un montant suffisant de cotisations de sécurité sociale a été payé.

Les travailleurs salariés doivent en outre prouver qu'ils ont eu la qualité de titulaire pendant 120 jours de travail.

5.2.3. Pas d'interruption de plus de 30 jours

Il ne peut pas y avoir d'interruption de plus de 30 jours entre le début de l'incapacité de travail et la perte de la qualité de titulaire.

5.3. Conditions médicales

5.3.1. Travailleurs salariés

Pour que l'incapacité de travail puisse être reconnue, il faut que les conditions suivantes soient remplies:

- **Cessation de toute** activité. Vous pouvez uniquement reprendre le travail, à temps partiel, sur autorisation préalable du médecin-conseil. Dans ce cas, vos indemnités seront adaptées.
- La cessation de l'activité doit être **directement** liée à l'apparition ou à l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.
- Ces lésions ou troubles fonctionnels réduisent votre capacité de gain au tiers de ce qu'une personne comparable peut gagner (votre **incapacité de travail** doit être **d'au moins 66%**).

Au cours des six premiers mois, on tient uniquement compte de votre activité précédente pour évaluer votre incapacité de travail. Ensuite, on tient compte de la catégorie professionnelle à laquelle votre travail appartient et des différentes professions que vous avez exercées auparavant ou que vous auriez pu exercer du fait de votre formation.

Pendant la première année d'incapacité, votre situation médicale est évaluée par le médecin-conseil. Ensuite, la décision dépend du Conseil Médical de l'Invalidité de l'INAMI. Le médecin-conseil est lui aussi compétent pour mettre fin à l'invalidité.

5.3.2. Indépendants

Pendant la première année, c'est le médecin-conseil qui se prononce sur l'incapacité de travail: vous devez avoir cessé votre activité professionnelle en raison d'une maladie ou de lésions. Le médecin-conseil peut vous autoriser préalablement à reprendre des activités pour vous reclasser dans votre ancienne profession ou dans une autre profession, avec maintien temporaire de vos indemnités.

Après la première année, la décision dépend du Conseil Médical de l'Invalidité de l'INAMI. Vous devez non seulement être incapable de

travailler dans votre ancienne profession, mais également dans toute autre activité professionnelle que vous pourriez raisonnablement exercer, compte tenu de votre formation professionnelle et de votre âge.

5.3.3. Pouvez-vous reprendre une activité à temps partiel pendant une période d'incapacité de travail?

Si vous voulez exercer une activité pendant la période d'incapacité de travail, vous devez contacter le médecin-conseil **avant** de commencer le travail. Ceci s'applique également au travail bénévole. Peu importe que cette activité ne soit exercée qu'exceptionnellement. **Sinon, vous risquez de devoir rembourser toutes les indemnités perçues.**

Dans tous les cas, il faut une autorisation (écrite) du médecin-conseil avant de commencer à travailler. Prenez toujours contact avec nous si vous envisagez de reprendre le travail.

5.4. Vos droits et obligations

5.4.1. En tant que travailleur salarié ou chômeur

5.4.1.1. Indemnités d'incapacité de travail

➤ Montants

1. Pendant la première année: indemnité journalière à 60% de votre rémunération perdue plafonnée, en tenant compte du salaire garanti à payer par votre employeur (maximum journalier: 72,95 EUR)			
2. Pendant la première année d'incapacité de travail: les indemnités primaires			
Montant journalier	Charge de famille	Isolé	Cohabitant
Principe	60%	60%	60%
● Maximum ¹²	72,95 EUR	72,95 EUR	72,95 EUR
● Minimum travailleur régulier (après 6 mois)	49,26 EUR	39,42 EUR	33,80 EUR
● Minimum travailleur non régulier (après 6 mois)	37,96 EUR	28,47 EUR	28,47 EUR
3. Après une année d'incapacité de travail: la période d'invalidité			
Montant journalier	Charge de famille	Isolé	Cohabitant
Principe	65%	55%	40%
● Maximum (invalide à partir du 1/1/2011)	79,03 EUR	66,87 EUR	48,63 EUR
● Minimum travailleur régulier	49,26 EUR	39,42 EUR	33,80 EUR
● Minimum travailleur non régulier	37,96 EUR	28,47 EUR	28,47 EUR
Situation et montants à la date du 1/1/2011. Pour des informations sur les montants actualisés: contactez votre office régional ou voyez www.inami.be . Cet aperçu est indicatif. Le calcul des indemnités est très complexe. Si vous voulez de plus amples informations, contactez votre office régional.			

Remarques

1. Les chômeurs ne bénéficient pas d'un salaire garanti. Pendant les six premiers mois, les chômeurs ont droit à un montant égal à l'allocation de chômage. A partir du premier jour du septième mois de l'incapacité de

¹² Début de l'incapacité de travail à partir du 1/1/2011

travail, les allocations sont calculées sur base des pourcentages mentionnés ci-dessus.

2. Pour tous les titulaires, les indemnités sont limitées à un montant maximum fixé par le règlement. Il existe aussi un minimum à octroyer dès le début du 7^{ème} mois d'incapacité de travail (voir annexe 2).

3. Les titulaires qui ont obtenu la reconnaissance de la nécessité de l'aide d'une tierce personne peuvent, dès le quatrième mois de leur incapacité de travail, en supplément de leur indemnité journalière normale, bénéficier d'une allocation forfaitaire journalière (voir annexe 2).

➤ **comment obtenir votre indemnité?**

Vous devez déclarer votre incapacité de travail à votre office régional. Pour être valable, la déclaration doit se faire au moyen du document «**Déclaration d'incapacité de travail**» (connu aussi sous le nom de document «Confidentiel»). Attention: les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants ont chacun leur formulaire spécifique (le régime des indépendants est traité sous le point 5.4.2.). Vous pouvez obtenir le document auprès de votre office régional ou via le site internet www.caami.be. Veillez à toujours en avoir de réserve!

Complétez les rubriques qui vous concernent, faites compléter la partie médicale par votre médecin. Envoyez ensuite ce document au médecin-conseil de votre office régional ou remettez-le-lui contre un accusé de réception.

La déclaration d'incapacité de travail **doit se faire dans les délais suivants**.

- **Ouvriers:** dans les 14 jours calendrier suivant le début de l'incapacité de travail
- **Employés:** dans les 28 jours calendrier suivant le début de l'incapacité de travail
- Les personnes **n'étant pas ou n'étant plus liées par un contrat de travail d'ouvrier ou d'employé:** dans les 2 jours calendrier après le début de l'incapacité de travail
- En cas de **rechute** si celle-ci ne survient pas dans le délai des 14 ou 28 jours précités.

- Lors d'une **sortie d'hôpital**, il convient également de déclarer votre incapacité de travail dans les 2 jours qui suivent cette sortie si celle-ci tombe en dehors des délais cités ci-dessus (14 ou 28 jours).



Attention! D'une manière générale, nous vous conseillons de toujours déclarer immédiatement toute incapacité de travail. En cas d'introduction tardive du certificat d'incapacité de travail, une sanction de 10% sur le montant de l'indemnité est prévue.



Dans certains cas décrits par la loi comme « dignes d'intérêt » ou en cas de force majeure, il existe une procédure auprès de l'INAMI pour annuler cette sanction de 10%. Pour cela, vous devez introduire la demande auprès de votre Office régional, qui fera suivre le dossier.

À partir de l'envoi d'une déclaration d'incapacité de travail, vous devez rester à la disposition du médecin-conseil de votre office régional ou du médecin-inspecteur de l'INAMI, à l'adresse indiquée, et ce jusqu'à notification de la décision.

Avec la reconnaissance de l'incapacité de travail, vous recevrez un formulaire appelé « feuille de renseignements à compléter par le titulaire ». Votre employeur transmettra par voie papier ou électronique, les renseignements nécessaires. Si vous êtes chômeurs, un document électronique ou papier, nous sera transmis.

Lorsque tous les documents seront en possession de votre office, celui-ci pourra, procéder à l'étude de votre dossier et si les informations récoltées le permettent, vous indemniser.

5.4.1.2. Indemnité de maternité

➤ Le repos de maternité

Les travailleuses salariées et les chômeuses ont droit à un repos de maternité.

- **Le repos prénatal** débute à la demande de la titulaire au plus tôt 6 semaines (8 semaines si une naissance multiple est prévue) et au plus tard 7 jours avant la date présumée de l'accouchement. Pour bénéficier de l'indemnisation de cette période, les salariées et les chômeuses

doivent remplir les conditions de l'assurance indemnités (stage ...) et transmettre le certificat médical reprenant la date de début du repos de maternité ainsi que la date présumée de l'accouchement s'il n'a pas encore eu lieu. Par la suite, il conviendra de faire parvenir à votre Office Régional, un acte de naissance. Vous recevrez ce document à l'administration communale au moment de la déclaration de la naissance.

- **Le repos postnatal** comprend la période de 9 semaines (11 semaines en cas de naissance multiple) suivant l'accouchement. Cette période commence le jour de l'accouchement et peut être prolongée en fonction du temps où la titulaire a continué à travailler ou à être en chômage contrôlé depuis la 6^{ème} semaine (8^{ème} en cas de naissance multiple) jusqu'à la 2^{ème} semaine (comprise) précédant l'accouchement. La prolongation du repos postnatal peut commencer à la fin des 9 semaines normales à la demande de la personne.

Les travailleuses qui accouchent peuvent, sous certaines conditions et sur demande, transformer les deux dernières semaines de congé postnatal facultatives en des jours de congé de repos postnatal. Ces jours de congé doivent être pris dans les 8 semaines suivant la reprise du travail. Si un nouveau-né est hospitalisé plus de 7 jours à partir du jour de la naissance, alors le repos de maternité est augmenté du nombre de jours d'hospitalisation qui dépasse les 7 premiers. ⚠ Cette prolongation ne peut pas dépasser 24 semaines.

Le congé postnatal peut être **prolongé d'une semaine** à la demande de l'assurée. Cette possibilité est envisageable **si la mère était en incapacité de travail pour maladie au cours de la totalité de la période de 6 semaines (8 semaines en cas de grossesse multiple) précédant la date de l'accouchement.** Au cours de cette semaine supplémentaire, elle continuera de recevoir des indemnités de maternité. Elle peut prouver son incapacité de travail à l'aide d'un certificat médical délivré par son médecin traitant.

- **La période pendant laquelle la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante bénéficie d'une mesure visée aux articles 42§1^{er}, 43 ou 43bis de la loi du 16 mars 1971 sur le travail.** Il s'agit de la période pendant laquelle la travailleuse allaitante ou enceinte est écartée de son travail ou bénéficie de mesures d'aménagement des conditions ou du temps de travail étant donné que celui-ci présente un danger pour son état.

Remarques

1. En cas d'hospitalisation de la mère (plus de 7 jours), le père peut, à partir du 8^{ème} jour et jusqu'à ce que la mère soit sortie de l'hôpital ou jusqu'à la fin de son repos de maternité, bénéficier d'un congé de paternité, à condition que le nouveau-né ait quitté l'hôpital. La mère conserve son indemnité de maternité. Le père obtient 60% de sa rémunération perdue plafonnée. S'il est chômeur, le montant de l'indemnité est limité au montant de l'allocation de chômage.

2. En cas de décès de la mère, le père peut être subrogé à la mère pour épuiser ce qui reste du repos de maternité. La rémunération du père sert de base pour le calcul de l'indemnité de paternité. Pour le mode de calcul: voir montant de l'indemnité de maternité.

➤ Pause d'allaitement

Depuis le 13 octobre 2010, les travailleuses salariées qui allaitent leur bébé jusqu'au 9^{ème} mois à compter du jour de naissance de l'enfant, peuvent bénéficier de pauses d'allaitement pour tirer leur lait ou aménager leur horaire.

Si l'intéressée travaille 4 heures ou plus par jour, elle a droit à une pause d'allaitement d'une demi-heure sur cette journée. Si elle travaille au moins sept heures et demie, elle a droit à une pause d'une heure sur cette journée. La durée de la pause d'allaitement est prise en considération pour fixer la durée des prestations de travail.

- L'heure d'allaitement peut être prise en une pause d'une heure ou en 2 pauses d'une demi-heure. Le moment de la journée au cours duquel la travailleuse prend sa pause est convenu avec son employeur.
- Elle est indemnisée dans le cadre de l'assurance indemnités à 82% du montant brut de la rémunération perdue non plafonnée, pour les heures ou demi-heures de pause d'allaitement concernées. Renseignez-vous auprès de votre office régional pour plus d'informations à ce sujet.

➤ **L'indemnisation de ces périodes**

▼ **Montant de l'indemnité de maternité**

Repos de maternité (15 ou 17 semaines)

Situation de la titulaire	Pendant les 30 premiers jours calendrier du repos de maternité	Dès le 31 ^{ème} jour calendrier de la période de repos de maternité
Avec contrat de travail	82% de la rémunération brute non plafonnée	75% de la rémunération brute plafonnée
Sans contrat de travail pendant max. 14 jours	79,5% de la rémunération perdue plafonnée	75% de la rémunération perdue plafonnée
Chômeuse	60 % (=indemnité de base ¹³) + 19,5% (=complémentaire) =79,5%	60% (=indemnité de base ¹³) + 15% (=complémentaire) =75%

▼ **Montants pour la période pendant laquelle la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante bénéficie d'une mesure visée aux articles 42§1^{er}, 43 ou 43bis de la loi du 16 mars 1971 sur le travail.**

- La titulaire enceinte reçoit 78,237% de la rémunération perdue plafonnée pendant la période d'éloignement complet du travail. La titulaire qui a accouché ou qui allaite perçoit quant à elle 60% de cette rémunération.
- Si la titulaire bénéficie d'une rémunération inférieure à celle de son activité habituelle à la suite de l'aménagement des conditions ou du temps de travail, elle peut prétendre à une indemnité fixée à 60% de la rémunération perdue avant la mesure précitée. L'indemnité ainsi calculée est cependant limitée en fonction des revenus professionnels que la titulaire perçoit encore.

➤ **comment demander l'indemnité de maternité?**

Le congé de maternité peut, à votre demande, commencer dès la 6^{ème} semaine (8^{ème} semaine si une naissance multiple est prévue) précédant la

¹³ L'indemnité de base s'élève à 60% de la rémunération perdue. Pour les chômeurs, l'indemnité de base est égale à l'allocation de chômage (si la durée de l'incapacité de travail est de moins de 7 mois).

date présumée de l'accouchement. Le déplacement du repos prénatal jusqu'après l'accouchement est cependant possible à l'exception des 7 derniers jours calendriers précédant l'accouchement. Vous envoyez au médecin-conseil de votre office régional un certificat médical mentionnant la date présumée de l'accouchement ainsi que la date du début du repos de maternité. Pour bénéficier de l'indemnité prévue pendant une période de protection de la maternité, vous devez introduire une attestation de votre employeur certifiant qu'une mesure de protection a été prise à votre égard.

Pour transformer le repos de maternité en repos de paternité (en cas d'hospitalisation ou de décès de la mère), il faut également introduire une demande auprès de l'office régional.

5.4.1.3. Les congés de paternité et d'adoption

➤ Le congé de paternité

Ce congé est accordé aux travailleurs salariés liés par un contrat de travail pour des journées qui auraient normalement été prestées.

Votre employeur paiera votre salaire complet pour les 3 premiers jours. Pour les **7 autres jours**, votre **office régional** interviendra. Cette intervention est de **82% de votre salaire journalier plafonnée à 121,5808 EUR en régime des 6 jours** (indice au 1^{er} janvier 2011).

Depuis le 1^{er} avril 2009, les 10 jours de congé de paternité peuvent être pris dans un délai de **4 mois** à compter de la naissance de l'enfant.

➤ Le congé d'adoption

Le congé d'adoption est de maximum 6 semaines pour l'adoption d'un enfant de moins de 3 ans et de 4 semaines pour l'adoption d'un enfant âgé de 3 à 8 ans.

La durée maximale du congé est doublée en cas d'adoption d'un enfant atteint d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66% ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale au sens de la réglementation relative aux allocations familiales.

Le congé doit débuter dans les 2 mois qui suivent l'inscription de l'enfant au registre de la population ou au registre des étrangers.

La période de congé d'adoption ne peut être interrompue. Le travailleur n'est pas obligé de prendre la période maximale de congé à la condition que celui-ci comporte au moins une semaine ou un multiple d'une semaine. Le congé d'adoption prend fin le jour qui précède celui du 8^{ème} anniversaire de l'enfant.

Les 3 premiers jours ouvrables sont à charge de l'employeur. Le restant de la période sera indemnisé par le service indemnité de votre office régional. L'indemnité octroyée par votre office régional s'élèvera à 82% du salaire brut plafonné.

➤ Comment demander vos indemnités en cas de paternité ou d'adoption?

- **Demandez les jours de congé auprès de votre employeur**
- Adressez une **demande écrite à votre office régional** et joignez à cette demande un **extrait de l'acte de naissance** (en cas de congé de paternité) ou une **preuve de l'inscription au registre de population de l'enfant adopté** (en cas de congé d'adoption). Vous pouvez vous procurer ces deux documents auprès du **Service population** (ou état civil) de votre commune. Si vous demandez un congé d'adoption pour un enfant handicapé, vous devez joindre une attestation.
- Votre office régional enverra une **«feuille de renseignements»** à votre **employeur**. Votre employeur inscrira les jours de congé et le salaire à partir duquel les indemnités seront calculées. Vous recevrez un formulaire appelé « feuille de renseignements » que vous devrez dûment compléter et renvoyer à votre office régional.
- Si toutes les conditions sont remplies, votre office régional vous paiera les indemnités vous revenant.

5.4.2. En tant qu'indépendant

5.4.2.1. Indemnités d'incapacité de travail

➤ Quels sont vos droits?

Si vous êtes indépendant, la période non indemnisable (dite «période de carence») est de 1 mois. Après cette période, les titulaires peuvent prétendre à une «indemnité journalière primaire» pendant 11 mois et ensuite à une «indemnité journalière d'invalidité» (voir montant annexe 2).

Il est extrêmement important de déclarer le plus vite possible votre incapacité de travail afin d'éviter des sanctions.

➤ comment déclarer votre incapacité de travail?

Les indépendants doivent envoyer ou remettre au médecin-conseil leur déclaration d'incapacité de travail **dans les 28 jours calendrier**. Ce délai commence le jour suivant le début de l'incapacité de travail. En cas de déclaration tardive, une réduction de 10% du montant journalier sera appliquée à la période se situant entre le premier jour indemnisable et le jour de l'envoi ou de la remise de la déclaration précitée.

5.4.2.2. Indemnités de maternité

Si vous êtes indépendante, vous recevez un montant forfaitaire qui indemnise **une période de maximum 8 semaines d'inactivité** ou de 9 semaines en cas de naissance multiple (voir montant annexe 2). Cette période peut, au choix de la titulaire, être limitée à une période minimum de 3 semaines obligatoires (une semaine de repos prénatal obligatoire et deux semaines de repos postnatal obligatoires). Les 5 semaines restantes (ou 6 en cas de naissance multiple) sont facultatives et peuvent être prises consécutivement ou non dans les 21 semaines qui suivent la fin de la période obligatoire.

Si le nouveau-né est hospitalisé pendant plus de 7 jours après sa naissance, le repos de maternité est prolongé du nombre de semaines complètes d'hospitalisation qui dépassent les 7 premiers jours. ⚠ Cette prolongation ne peut excéder 24 semaines.

➤ comment obtenir l'indemnité de maternité?

Vous pouvez demander votre indemnité de maternité auprès de votre office régional de 2 façons:

- soit vous envoyez votre demande **par poste** (le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi);
- soit vous remettez votre demande au guichet contre **accusé de réception**.

Dans la demande de repos de maternité, mentionnez entre autres la date de début du repos de maternité souhaité (au plus tôt dès la troisième semaine et au plus tard 7 jours avant la date présumée de l'accouchement), si ce la concerne la naissance de jumeaux, la date présumée de l'accouchement, combien de semaines vous souhaitez prendre et quand.

Cette demande doit être accompagnée d'une attestation médicale mentionnant la date présumée de l'accouchement. Par la suite, vous procurez un extrait de l'acte de naissance ou un certificat médical qui confirme l'accouchement. Communiquez à votre office régional la reprise de travail **dans les 2 jours**.

5.4.2.3. Allocation d'adoption

Les travailleurs indépendants qui répondent aux conditions ont droit à une allocation pendant la période de congé d'adoption. Le congé d'adoption s'élève à 4 semaines au maximum dans le cas de l'adoption d'un enfant âgé entre 3 et 8 ans, et de 6 semaines au maximum dans le cas de l'adoption d'un enfant de moins de 3 ans. En cas d'adoption d'un enfant handicapé, la durée peut être doublée. Le montant de l'allocation hebdomadaire est de 383,24 EUR (montant au 1^{er} septembre 2010). Aucune activité professionnelle ne peut être exercée au cours de cette période.

➤ comment obtenir l'allocation d'adoption?

Adressez une demande à votre office régional. Mentionnez entre autres la date de début souhaitée et le nombre de semaines que vous désirez prendre. Ajoutez à cette demande une preuve de l'inscription de l'enfant dans le registre de la population. Si l'enfant a un handicap, une attestation

qui prouve le handicap doit également être ajoutée.

5.4.3. Le précompte professionnel

Le précompte professionnel est entre autres prélevé sur le paiement des indemnités d'incapacité de travail suivantes: incapacité primaire, congé de maternité, de paternité et d'adoption dans la mesure où le bénéficiaire est soumis à l'impôt belge.

Le taux du précompte est de 11,11%. Pour les chômeurs qui sont soumis au précompte, le taux est de 10,09% durant les 6 premiers mois d'incapacité de travail.

La retenue du précompte ne peut entraîner que l'indemnité nette d'incapacité de travail primaire soit inférieure au montant journalier garanti pour les travailleurs non réguliers à savoir¹⁴:

- 37,96 EUR pour le titulaire avec charge de famille;
- 28,47 EUR pour le titulaire sans charge de famille.

Néanmoins, les taux planchers ne sont pas applicables:

- pour les chômeurs soumis au précompte pendant les 6 premiers mois
- pour les cas de protection de la maternité, paternité, et pauses d'allaitement.

La réglementation sur le précompte professionnel retenu sur les indemnités de maladie est complexe. En cas de doute ou de question, n'hésitez pas à contacter votre office régional.

¹⁴ Montants au 1^{er} septembre 2010



Obligations en matière de contrôle

- ⇒ Faites dûment remplir le certificat "Confidentiel" par votre médecin. Envoyez-le le plus vite possible après le début de votre incapacité de travail, au service médical de votre office régional.
- ⇒ Votre office régional vous envoie la "Feuille de renseignements indemnités". Complétez la partie qui vous concerne. Faites aussi compléter les autres rubriques par votre employeur ou par les autres services mentionnés sur le document. Renvoyez ensuite le tout le plus vite possible à votre office régional.
- ⇒ Communiquez immédiatement tout changement intervenant dans les données que vous aurez inscrites dans votre "Feuille de renseignements".
- ⇒ Donnez suite à toute convocation à un examen de contrôle par le médecin-conseil de votre office régional, par le médecin-inspecteur ou le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI.
- ⇒ Envoyez à votre office régional "l'Attestation de reprise de travail ou de chômage" dans les 8 jours suivant la fin de votre incapacité de travail. Si vous êtes indépendant, communiquez la reprise de votre activité professionnelle dans les 2 jours.

Dispense de l'obligation de déclaration

Il y a dispense de déclaration d'incapacité de travail auprès de votre office régional:

- ⇒ en cas d'hospitalisation dans un hôpital agréé et jusqu'à la fin de cette hospitalisation;
- ⇒ en cas d'accident du travail, pour autant qu'une déclaration ait été faite auprès de l'assureur-loi;
- ⇒ en cas d'isolement pour contact avec certains malades contagieux.

La dispense de l'obligation de déclaration doit toutefois être démontrée par une attestation délivrée, selon le cas, par l'organisme concerné ou par le prestataire.

5.5. Allocation pour frais funéraires

5.5.1. Travailleurs salariés

En cas de décès d'un titulaire, l'assurance maladie obligatoire paie un montant forfaitaire de 148,74 EUR pour les frais funéraires.

Pour quels assurés?

Il s'agit des titulaires du régime général qui ont cotisé pour le secteur "indemnités" de l'assurance maladie-invalidité.

Par exemple: au décès d'un travailleur salarié actif ou pensionné mais pas au décès de personnes à charge, d'agents statutaires, d'étudiants.

En faveur de quelles personnes?

En principe, à la personne qui a supporté les frais funéraires. Pour plus d'informations, veuillez contacter votre office régional.

Comment faire la demande?

Demandez le formulaire "allocation pour frais funéraires" à votre office régional et complétez-le. Joignez à cette demande un extrait de l'acte de décès et la facture originale acquittée.

5.5.2. Travailleurs indépendants

Dans le régime des travailleurs indépendants, aucune allocation pour frais funéraires ne peut être octroyée.

6. Vous n'avez pas toujours droit aux indemnités

6.1. Autre payeur ou indemnisation par une autre législation

L'assurance maladie n'accorde pas d'indemnités ou d'intervention dans les soins de santé lorsque vos dépenses peuvent être récupérées auprès **d'un tiers responsable** (par exemple, vous êtes victime d'un accident de roulage et la partie adverse a commis une faute) ou sont indemnisées par **une autre législation** (par exemple la législation des accidents du travail, la législation des maladies professionnelles).

Des paiements peuvent néanmoins être accordés en attendant que le dommage soit indemnisé par le tiers. Nous reprenons alors vos droits à concurrence du montant des prestations médicales et indemnités que nous avons payées.

Il est par conséquent important que vous remplissiez le plus soigneusement possible le formulaire de «déclaration d'accident» que nos offices vous fournissent. Sur la base de ce formulaire, nous examinons si des indemnités provisoires peuvent ou non être octroyées.

Lorsque vous introduisez des attestations de soins donnés, vous êtes également obligé de signaler à l'office régional que les prestations médicales se rapportent à un accident.

6.2. Faute commise intentionnellement par le titulaire

Les indemnités sont refusées lorsque l'incapacité de travail est la conséquence d'une faute commise intentionnellement par le titulaire. Il s'agit notamment des cas où quelqu'un se rend malade dans le seul but d'obtenir une intervention de l'assurance.

6.3. Pas de contrôle ou pas d'informations

Nous serons également obligés de cesser tout paiement si vous ne vous soumettez pas au contrôle du médecin-conseil ou omettez de fournir à nos services les informations demandées (par exemple, ne pas remplir la déclaration d'accident lorsque nous vous le demandons).

7. Séjourner ou résider à l'étranger

Les prestations de l'assurance maladie-invalidité sont généralement refusées lorsque vous vous trouvez en dehors du territoire belge. Des exceptions sont toutefois prévues pour garantir le remboursement des soins reçus à l'étranger. Ces exceptions découlent de la législation nationale et surtout des conventions ou accords internationaux liant la Belgique.

Avant de partir à l'étranger, il est donc très important de vous renseigner au sujet de vos droits. La couverture d'assurance maladie-invalidité à l'étranger est complexe. Elle varie en fonction de l'Etat dans lequel vous séjournez ou résidez.

7.1. L'assurance soins de santé

Remarque generale:

Depuis le 1^{er} mai 2010, de nouvelles dispositions européennes de sécurité sociale sont entrées en vigueur. En ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité, ces dispositions sont porteuses de modifications substantielles ayant pour conséquence d'élargir ou de restreindre la gamme de droits auxquels vous pouvez prétendre. Ces modifications concernent surtout les pensionnés et les travailleurs frontaliers. Par ailleurs, ces mêmes dispositions ont introduit de nouveaux formulaires vous permettant de faire valoir vos droits à l'étranger.

Plus que jamais, avant d'entreprendre un séjour ou de planifier votre transfert de résidence à l'étranger, il est capital de prendre contact avec votre office régional pour en savoir plus au sujet de vos droits.

7.1.1. Séjour temporaire

L'étendue et les modalités de prise en charge de vos soins de santé reçus pendant un séjour temporaire à l'étranger dépendent du pays où ils ont été reçus.


7.1.1.1. Les soins de santé dans les Etats membres de l'UE¹⁵ et de l'EEE¹⁶

➤ Etats concernés – les bénéficiaires – les documents requis

Comme dit ci-avant, depuis le 1^{er} mai 2010, le droit aux soins de santé dans l'Union européenne est réglé par les nouveaux règlements 883/2004 et 987/2009 du Conseil de l'Europe. Les dispositions de ces nouveaux règlements ne sont pas applicables avec l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse. Avec ces 4 derniers pays, ce sont encore les Règlements 1408/71 et 574/72 qui restent d'application. Le principe fondamental est que toute personne assurée dans un des Etats où ces règlements sont d'application a droit aux soins et aux remboursements de ceux-ci dans tous les autres Etats concernés comme si elle y était assurée.

Le fait d'avoir la nationalité d'un des Etats membres de l'UE n'est pas une condition nécessaire pour bénéficier de l'application de ces règlements. Il suffit que la personne réside légalement dans un des Etats membres de l'Union européenne et qu'elle y soit assurée. Il est important de préciser que depuis le 1^{er} janvier 2008, l'appartenance à un régime salarié ou indépendant ne constitue plus une condition dans l'examen de droit au remboursement.

Pour bénéficier de l'accès et du remboursement des soins de santé pendant votre séjour dans l'EEE ou en Suisse, vous devez être porteur d'**une carte européenne d'assurance maladie**. Cette carte vous est délivrée par votre office régional et uniquement sur demande. Elle vous donne droit à toutes les prestations de santé qui s'avèrent médicalement nécessaires pendant votre séjour.

 **Attention!** Cette carte n'est valable que pour une maladie survenue pendant votre séjour. Si le but de votre voyage est de recevoir des soins, il vous faut une autorisation spéciale du médecin-conseil. Avant votre départ, veuillez vous adresser à votre office régional pour de plus amples informations.

¹⁵ Union européenne (UE): Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grande Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède et Tchéquie.

¹⁶ Espace Économique Européen = UE + Norvège, Islande, Liechtenstein.

➤ **Après de quel organisme obtenir le remboursement?**

Pour être remboursé de vos frais de santé, vous pouvez vous adresser directement à un organisme assureur dans l'Etat de séjour ou, exceptionnellement, remettre vos factures à votre office régional à votre retour.

Vous êtes remboursé suivant les tarifs en vigueur dans l'Etat visité où les soins ont été donnés. Le remboursement via votre office régional ne sera donc pas toujours effectué directement car des démarches vis-à-vis du pays visité sont nécessaires pour calculer le montant à vous rembourser.

Nous vous conseillons donc de privilégier la demande de remboursement auprès d'un organisme d'assurance maladie de l'Etat de séjour. Il est possible que le délai soit plus court et que vous ayez un meilleur remboursement.

➤ **Que se passe-t-il si vous recevez des soins à l'étranger sans avoir préalablement demandé l'autorisation requise?**

Dans ce cas, et à condition que vous remplissiez certaines conditions, votre office régional vous remboursera exclusivement en application des tarifs en vigueur en Belgique au moment de la demande de remboursement.

➤ **Remarque concernant les travailleurs indépendants**

Dans nos éditions précédentes nous prenions toujours soins de rappeler que les soins de santé reçus par les travailleurs indépendants lors d'un séjour temporaire à l'étranger n'étaient remboursés que lorsqu'ils avaient été reçus en milieu hospitalier (gros risques). Depuis le 1^{er} janvier 2008, cette différence n'est plus d'application. Tous les assurés de la législation belge qui remplissent les conditions d'assurance soins de santé peuvent prétendre à la prise en charge de tous les soins nécessaires reçus dans l'EEE et en Suisse.

7.1.1.2. Les soins en dehors de l'EEE mais dans un Etat lié à la Belgique par une convention en matière d'assurance maladie

En matière de soins de santé, des conventions bilatérales lient la Belgique à l'Algérie, la Croatie, le Maroc, la Tunisie, la Turquie, Saint-Marin, la Bosnie-Herzégovine, la Macédoine, la Serbie, le Monténégro, l'Australie et le Québec.

Si vous devez vous rendre dans un de ces Etats, il est important de savoir qu'il n'existe pas de règle générale. Vos droits en soins de santé seront uniquement réglés par la convention concernée. Les termes des différentes conventions n'étant pas les mêmes, il est clair que vos droits varieront en fonction de votre destination.

Avant votre départ, contactez votre office régional qui vous expliquera les particularités de la convention entre la Belgique et l'Etat dans lequel vous voulez vous rendre et vous remettra les documents nécessaires.

➤ **Remarque concernant les indépendants**

A l'exception des conventions liant la Belgique à la Croatie, à la Macédoine à l'Australie et au Québec, les autres conventions bilatérales ne s'appliquent pas aux travailleurs indépendants. L'acquisition du droit «petits risques» par les indépendants au 1^{er} janvier 2008 (ou à partir du 1/7/2007 pour les "starters") n'a pas changé cette situation. Concrètement, les indépendants qui se rendent dans un pays autre que la Croatie, la Macédoine, l'Australie ou le Québec mais lié à la Belgique par une convention en matière des soins de santé ne peuvent recevoir les attestations destinées à couvrir leur soins de santé. Toutefois, à leur retour, il leur est reconnu le droit de présenter leurs factures à l'office régional qui examinera la possibilité de remboursement en application du tarif en vigueur en Belgique.

7.1.1.3. Les soins dans les Etats sans convention avec la Belgique

En principe, les soins reçus dans un pays hors de l'EEE et sans convention avec la Belgique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie-invalidité.

La législation belge admet toutefois quelques exceptions. Les soins reçus dans le cadre d'une **hospitalisation urgente** et ceux reçus pendant un séjour qui a préalablement été autorisé par le médecin-conseil de votre office régional pourront être remboursés. Il existe d'autres exceptions qui sont plus spécifiques et plus restrictives. Demandez plus d'informations à votre office régional.

Le remboursement des soins reçus dans les pays sans convention est soumis à une série de conditions.

- Les soins doivent correspondre à des soins remboursables en Belgique.

- Les soins doivent avoir été dispensés par une personne ou par un hôpital agréé par les autorités de l'Etat de séjour.
- L'assuré doit avoir effectivement payé les factures et en fournir la preuve.

Dans tous les cas, le remboursement de ces soins se fera toujours au tarif belge.

7.1.2. Résidence à l'étranger

Etant assuré en Belgique, vous pouvez transférer votre résidence à l'étranger sans mettre directement fin à vos droits en matière de soins de santé. Le maintien et l'étendue de vos droits s'apprécieront en fonction de votre statut (travailleur, pensionné, invalide, chômeur), du but de votre déménagement et de votre futur (ou nouveau) pays de résidence.

Avant le transfert de résidence vers l'étranger, il est donc recommandé de prendre contact avec votre office régional qui, en fonction de votre situation, vous fournira de plus amples informations.

7.2. L'assurance indemnité

7.2.1. Vous bénéficiez d'indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité et souhaitez séjourner ou résider à l'étranger

7.2.1.1. Dans l'EEE

Vous avez le droit de séjourner dans l'un des Etats membres de l'EEE sans perdre le bénéfice de vos indemnités, que vous soyez en incapacité de travail ou en invalidité. Vous pouvez également transférer votre résidence à l'étranger sans compromettre vos droits acquis. Si aucune démarche administrative préalable n'est exigée en cas de séjour temporaire, il en va autrement en ce qui concerne le transfert de résidence. Dans ce cas, vous devez en informer votre office régional. Celui-ci accomplira les formalités nécessaires pour vous garantir la continuité de vos droits.

Dans tous les cas, vous devrez vous soumettre aux examens de contrôle pouvant être demandés par le médecin-conseil de la CAAMI ou par les organismes de l'Etat de séjour ou de résidence.

7.2.1.2. En dehors de l'EEE

En cas de séjour ou de résidence en dehors de l'EEE, la législation belge soumet le maintien du droit aux indemnités à certaines conditions très limitatives dont notamment l'autorisation préalable du médecin-conseil. Vous pouvez prendre contact avec votre office régional pour en savoir plus sur ces conditions.

7.2.2. Vous bénéficiez d'une indemnité d'invalidité en Belgique mais avez également travaillé à l'étranger

Avez-vous accompli votre carrière professionnelle, précédant votre reconnaissance d'invalidité, également dans d'autres Etats que la Belgique? Vous devez alors introduire auprès de votre office régional une demande pour obtenir une pension d'invalidité tenant compte de toutes les périodes d'assurances accomplies dans tous les Etats concernés. Vous ne pouvez obtenir cette pension d'invalidité que si vous avez accompli votre carrière professionnelle en Belgique et dans un autre Etat qui applique les Règlements européens (Etats membres de l'EEE, Suisse) ou dans l'un des Etats suivants ayant conclu une convention bilatérale avec la Belgique en cette matière: Etats-Unis d'Amérique, le Canada, le Chili, la Croatie, l'Australie, la Corée du Sud, la Macédoine, l'Uruguay, la République des Philippines, l'Inde, le Japon et le Québec.

La nouvelle réglementation européenne prévoit et généralise la répartition de votre indemnité d'invalidité entre tous les Etats membres de l'UE où vous avez été occupé. Chaque pays devant vous payer une invalidité proportionnelle à la durée de votre assujettissement.

7.3. L'assurance maladie-invalidité en faveur des travailleurs frontaliers

Le règlement 883/2004 considère comme travailleur frontalier, toute personne qui exerce une activité professionnelle sur le territoire d'un Etat membre et qui réside sur le territoire d'un autre Etat membre où elle retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine.

Les travailleurs frontaliers sont affiliés à l'organisme d'assurance maladie-invalidité de l'Etat où ils exercent leurs activités professionnelles mais

bénéficient du droit aux prestations aussi bien dans l'Etat d'affiliation que dans l'Etat de résidence.

7.3.1. Vous êtes un travailleur frontalier (EEE) et résidez en Belgique

Demandez à l'organisme assureur de votre pays de travail le document E106 (BL1 si vous travaillez au Luxembourg) ou le nouveau document S1. Votre office régional procédera à votre inscription grâce à l'un de ces documents. Vous pourrez alors recevoir toutes les prestations de l'assurance maladie-invalidité sans chaque fois devoir vous rendre dans l'Etat compétent (Etat d'emploi).

Remarques

- Vous êtes frontalier luxembourgeois (pays de travail Luxembourg)? Un accord bilatéral existe pour prévenir la différence des taux de remboursement appliqués dans les deux pays. Il permet d'obtenir un remboursement complémentaire à charge du Luxembourg. Lors du remboursement de vos prestations, l'office régional vous remettra les documents nécessaires et effectuera, vis-à-vis de votre organisme d'affiliation luxembourgeois, les démarches utiles afin de vous faire bénéficier de ce remboursement complémentaire.
- Vous travaillez en Allemagne? La délivrance du document E106 DE ou S1 n'est pas possible lorsque votre revenu annuel brut dépasse un certain plafond. Dans ce cas vous serez donc obligé de souscrire une assurance privée.
- Vous travaillez aux Pays-Bas? L'entrée en vigueur dans ce pays de la loi relative à l'assurance soins de santé a entraîné la disparition de la distinction entre l'assurance mutualiste, d'une part, et l'assurance privée ou publique d'autre part. Depuis le 1^{er} janvier 2006, il n'existe plus qu'une assurance de base obligatoire pour chacun. Vous pouvez demander votre inscription à la CAAMI sur base d'un document européen (que vous soyez anciennement affilié à une assurance mutualiste ou assuré par le biais d'une assurance privée ou de droit public). Ainsi les Pays-Bas peuvent vous délivrer un formulaire E 106 ou S1 de manière à ce que vous puissiez bénéficier de l'assurance soins de santé en Belgique (à charge des Pays-Bas).

7.3.2. Vous travaillez en Belgique mais résidez à l'étranger (EEE)

Nous vous délivrons le formulaire adéquat, de sorte que vous et les personnes à votre charge puissiez bénéficier dans votre pays de résidence des prestations de l'assurance maladie-invalidité. Au besoin, nous vous conseillons pour que vous puissiez exercer pleinement vos droits.

La Belgique a conclu des conventions et des accords de coopération avec certains de ses Etats voisins pour améliorer les conditions et les modalités de remboursement des travailleurs frontaliers. Votre situation risque donc de varier selon votre lieu de résidence et votre lieu de travail. Nous vous conseillons de prendre contact avec votre office régional pour recevoir des informations particulières sur votre situation transfrontalière.

7.3.3. Les droits des personnes à votre charge

Dorénavant, la nouvelle réglementation européenne permet aux personnes à charge comme à leurs titulaires de bénéficier des prestations en nature aussi bien dans l'Etat d'affiliation (pays de travail) que dans l'Etat de résidence.

8. Service de communication

Afin d'obtenir des renseignements sur la CAAMI, contactez notre service de communication.

Comment poser votre question?

- Via e-mail: info@caami-hziv.fgov.be
- Via le numéro gratuit: 0800/ 11 292
- Par téléphone: 02/504.66.02 ou 02/229.34.22
- Par fax: 02/504.66.62

- Par courrier:

CAAMI
Service de communication
Rue du Trône 30 A
1000 Bruxelles

- Via notre site web: www.caami.be

9. Service de Gestion des plaintes

Si vous êtes insatisfait des services de la CAAMI ou d'un prestataire de soins (par exemple un médecin), vous pouvez adresser votre plainte au Service de Gestion des plaintes. Mais vous devez d'abord avoir essayé de résoudre le problème directement avec le service ou le prestataire concerné.

9.1. Quel est le rôle du Service de Gestion des plaintes?

Ce service essaie de servir d'intermédiaire entre l'assuré et la CAAMI ou le prestataire de soins. Si vous êtes mécontent du fonctionnement de votre office régional (sur le plan du contenu, de l'accueil etc.), si vous estimez que les honoraires du médecin sont trop élevés, en cas de plainte pour une prothèse endommagée, un appareil orthopédique livré tardivement etc., vous pouvez vous adresser au Service de Gestion des plaintes.

9.2. A quel propos ne pouvez-vous pas introduire une plainte auprès du Service de Gestion des plaintes?

Vous ne pouvez pas introduire de plainte simplement pour obtenir des informations mais sans avoir une plainte réelle ou pour **vous plaindre d'un fait faisant l'objet d'une procédure judiciaire. En aucun cas, le Service de Gestion des plaintes n'intervient dans des différends juridiques en cours.** Le dépôt d'une plainte auprès de notre Service de Gestion des plaintes ne constitue pas une alternative pour une procédure judiciaire.

9.3. Comment introduire une plainte?

Afin d'harmoniser notre procédure de plainte sur celle d'autres organisations fédérales, nous avons établi un formulaire de plainte qui est disponible sur notre site internet www.caami.be et auprès de nos offices régionaux. Vous trouverez également le formulaire en annexe de cette brochure (annexe 6).

Nous vous invitons à utiliser ce formulaire pour que nous disposions des informations nécessaires pour traiter votre dossier.

Ce formulaire peut nous être retourné:

- Via e-mail: plaintes@caami-hziv.fgov.be
- Fax: 02/504.66.99
- Par courrier:
CAAMI
Service de Gestion des plaintes
Rue du Trône 30 A
1000 Bruxelles

9.4. Comment votre plainte sera-t-elle traitée?

Une procédure de gestion des plaintes a été établie par la CAAMI. Cette procédure répond à un certain nombre de critères qui ont été déterminés par le réseau fédéral de gestion des plaintes.

Dans un premier temps, le Service de Gestion des plaintes examinera votre plainte afin de déterminer si elle est **recevable**. Si ce n'est pas le cas, il vous en informera et vous en recevrez les raisons (par exemple si une affaire judiciaire est en cours). Vous recevrez dans tous les cas un accusé de réception.

Si la plainte est recevable, le Service de Gestion des plaintes procède à l'**examen** de votre dossier. Afin de disposer des informations requises pour procéder à cet examen, les experts des services concernés seront consultés pour recueillir leur avis sur les aspects techniques de la plainte. Une décision est ensuite prise sur base de ces éléments.

Si vous introduisez une plainte contre la CAAMI, vous recevrez une réponse dans les 30 jours calendrier. Si un service externe ou un prestataire de soins est concerné, vous recevrez la réponse dans les 60 jours. Toutes les réponses sont motivées.

10. Information pour les prestataires de soins

Vous êtes un prestataire de soins ou un professionnel de la santé? (médecins, services de facturation,...) Vous trouverez ici les données de contact pour vos questions relatives à la facturation électronique ou à (My)Carenet.

Helpdesk (My)CareNet	Helpdesk Facturations Electroniques
CAAMI-HZIV Rue du Trône 30A, 1000 Bruxelles helpdesk.carenet@caami-hziv.fgov.be FR: 02/229.34.35 NL: 02/229.34.36	CAAMI-HZIV Rue du Trône 30A, 1000 Bruxelles elecfac@caami-hziv.fgov.be FR: 02/229.34.33 NL: 02/229.34.34

Annexe 1

Adresses, numéros de téléphone et heures d'ouverture

Office régional 601 Anvers

Administrateur régional : Mr Paul SNELDERS
 E-mail: administrateur601@caami-hziv.fgov.be

✉ Olijftakstraat 7-13 (boîte 4)
 2060 Anvers
 ☎ 03/220.75.55
 📠 03/220.75.65

Heures d'ouverture:

Lundi	9h – 12h
Mardi	9h – 12h et 13h – 16h
Mercredi	9h – 12h et 13h – 16h*
Jedi	9h – 12h et 13h – 16h
Vendredi	9h – 12h

* Juillet et août: 9h – 12h

Service social (Anvers):

Jedi	9h30 – 12h et 13h – 15h
------	-------------------------

Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

☎ 0476/21.14.10 – 0474/87.44.57
 E-mail: dverbiest@caami-hziv.fgov.be
gceunen@caami-hziv.fgov.be

Permanences*:

Place	Adresse	Jours d'ouverture
Malines	Local du VDAB H. Consciencestraat 5-7 2800 Malines	3 ^{ème} mardi 9h – 12h
Lierre	Local du VDAB F. Van Cauwenberghstraat 5 2500 Lierre	3 ^{ème} mardi 13h30 – 15h30

Pas de remboursement pendant les permanences

* Pas en juillet

Office régional 602 des Brabants

Administrateur régional: Mme Katty DE BEULE
E-mail: administrateur602@caami-hziv.fgov.be

✉ Rue du Trône 30 B
1000 Bruxelles
☎ 02/229.34.80
☎ 02/229.34.99

Heures d'ouverture:

Lundi*	8h30 – 12h et 13h30 – 17h30
Mardi	8h30 – 12h
Mercredi**	8h30 – 12h et 13h30 – 16h
Judi	8h30 – 12h
Vendredi	8h30 – 12h

* En juillet et août fermé à 16h

** Juillet et août: 8h30 – 12h

Service social (Rue du Trône):

Mercredi	9h – 12h30 et 13h30 – 15h30
Vendredi	9h – 12h30

☎ 0473/43.00.28 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: bdesmet@caami-hziv.fgov.be

Bureau local Louvain-la-Neuve (622):

✉ Place d'université 25 (5^{ème} étage)
1348 Louvain-la-Neuve
☎ 010/84.59.85
☎ 010/84.62.18

Heures d'ouverture:

Lundi	Fermé
Mardi	9h – 12h et 13h – 16h30
Mercredi	9h – 12h et 13h – 16h
Judi	Fermé
Vendredi	9h – 12h30 et 13h – 16h

Bureau local Louvain (632): ouverture prévu dans le courant de 2011

✉ Brouwersstraat 1B/002

3000 Louvain

☎ 016/20.80.79

📠 016/20.55.76

Permanences:

Place	Adresse	Jours d'ouverture
Bruxelles	CAPAC Rue des Plantes 69 (1 ^{er} étage) 1210 Bruxelles	Mardi 8h30 – 11h30 sauf juillet et août

Office régional 603 Flandre occidentale

Administrateur régional: Mme Veerle VANHAUWAERT

E-mail: administrateur603@caami-hziv.fgov.be

✉ Leemputstraat 14

8000 Bruges

☎ 050/33.28.52

Numéro de téléphone par service

Assurabilité ☎ 050/33.04.10

Indemnités ☎ 050/34.77.31

Accidents/tiers payants ☎ 050/34.55.38

Service médical ☎ 050/34.42.93

Heures d'ouverture:

Lundi*	8h30 – 12h30 et 14h – 18h
Mardi	8h30 – 12h30
Mercredi	8h30 – 12h30
Jedi	8h30 – 12h30
Vendredi	8h30 – 12h30

* Pas de paiement après 17h

Service social (Bruges):

Mardi	9h – 12h et 13h – 15h30*
-------	--------------------------

*premier et troisième mardi du mois dans l'après-midi

☎ 0476/21.14.10 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: dverbiest@caami-hziv.fgov.be

Bureau local Ostende (613):

✉ Rogierlaan 53A

8400 Ostende

☎ 059/50.00.28

☎ 059/70.90.13

Heures d'ouverture:

Lundi	Fermé
Mardi	9h – 12h et 14h – 16h
Mercredi*	9h – 12h et 14h – 16h
Jedi	9h – 12h et 14h – 16h
Vendredi	Fermé

* Fermé le mercredi en juillet et août

Service social (Ostende):

Mardi	14h – 16h*
-------	------------

*deuxième et quatrième mardi du mois

☎ 0476/21.14.10 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: dverbiest@caami-hziv.fgov.be

Permanences:

Place	Adresse	Jours d'ouverture
Ypres	Centre "Hofland" Dikkebusseweg 15 A 8900 Ypres	Mardi 10h – 12h
Poperinge	Hôtel de ville Grote Markt 1 (entrée par le Guido Gezellestraat) 8970 Poperinge	Mardi 13h30 – 15h
Knokke	New Granny Lippenslaan 5 8300 Knokke	1 ^{er} , 3 ^{ème} et 5 ^{ème} jeudi 9h – 11h30
Courtrai	Magdalenastraat 15 8500 Courtrai ☎ 056/31.37.95	Lundi 8h30 – 12h et 13h30 – 15h Mardi 9h – 12h*
Roulers	OCMW Dienstencentrum Ten Elsberg Mandellaan 101 8800 Roulers	2 ^{ème} , 3 ^{ème} , 4 ^{ème} et 5 ^{ème} lundi 9h – 11h45
Furnes	OCMW Dienstencentrum "Zonnebloem" Zuidstraat 67 8630 Furnes	4 ^{ème} jeudi tous les 2 mois (janvier, mars...) 9h15 – 11h30

* En juillet et août, le bureau est fermé le mardi

Office régional 604 Flandre orientale

Administrateur régional: Mme Ann SABBE
 E-mail: administrateur604@caami-hziv.fgov.be

✉ Franklin Rooseveltlaan 91
 9000 Gand
 ☎ 09/269.54.00
 📠 09/225.82.51

Heures d'ouverture:

Lundi*	9h – 12h30 et 13h30 – 17h45
Mardi	9h – 12h30
Mercredi	9h – 12h30
Jedi	9h – 12h30 et 13h30 – 16h
Vendredi	Fermé

* En juillet et août fermé à 16h

Service social (Gand):

Lundi	9h – 12h et 13h – 15h30
2 ^{ème} et 4 ^{ème} jeudi	9h – 12h et 13h – 15h30

☎ 0476/21.14.10 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: dverbiest@caami-hziv.fgov.be

Les heures de prestation du médecin-conseil:

Lundi	10h – 11h45
Jedi	10h – 11h45

Permanences: fermé en juillet

Place	Adresse	Jours d'ouverture
Alost	RVA Sint-Jobstraat 196 9300 Alost	Dernier mardi 14h – 16h
Sint-Lievens-Houtem	Maison communale Marktplein 3 9520 Sint-Lievens-Houtem	Dernier mardi 9h – 12h
Saint-Nicolas	Hôtel de ville Grote Markt 1 (1 ^{er} étage) 9100 Saint-Nicolas	Dernier jeudi 10h – 12h30

Office régional 605 Hainaut

Administrateur régional: Mme Annick DONNET
E-mail: administrateur605@caami-hziv.fgov.be

✉ Rue Neuve 20
7000 Mons
☎ 065/35.22.44
📠 065/84.25.36

Heures d'ouverture:

Lundi	8h30 – 12h30 et 13h30 – 16h
Mardi*	8h30 – 12h30 et 13h30 – 17h30
Mercredi	8h30 – 12h30 et 13h30 – 16h
Jeudi	Fermé
Vendredi	8h30 – 12h30

* En juillet et août fermé à 16h

Service social (Mons): l'après-midi uniquement sur rendez-vous

Mercredi	9h30 – 12h30 et 13h30 – 15h30
Vendredi*	9h30 – 12h30 et 13h30 – 15h30

* Excepté le 4^{ème} vendredi du mois

☎ 0474/55.41.96 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: vbarbieri@caami-hziv.fgov.be

Section Charleroi (615):

✉ Rue de la Rivelaine 4
6061 Montignies-sur-Sambre
☎ 071/32.91.98
📠 071/32.51.85

Lundi*	8h30 – 12h30 et 13h30 – 17h30
Mardi	8h30 – 12h30 et 13h30 – 16h
Mercredi	Fermé
Jeudi	8h30 – 12h30 et 13h30 – 16h
Vendredi	8h30 – 12h30

* En juillet et août fermé à 16h

Service social (Charleroi): l'après-midi uniquement sur rendez-vous

Lundi	9h – 12h30 et 13h30 – 16h
Jeudi	9h – 12h30 et 13h30 – 16h

☎ 0474/55.41.96 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: vbarbieri@caami-hziv.fgov.be

Bureau local de Mouscron (625) ☒ Rue de Bruxelles 45 7700 Mouscron ☎ 056/84.71.77 ☎ 056/34.95.80	Lundi	8h30 – 12h30 et 13h30 – 15h30
	Mardi*	8h30 – 12h30 et 13h30 – 17h30
	Mercredi	Fermé
	Jeudi	8h30 – 12h30
	Vendredi	8h30 – 12h30**

* En juillet et août jusqu'à 15h30

** En juillet et août fermé

Service social (Mouscron): l'après-midi uniquement sur rendez-vous

Mardi	11h – 12h30 et 13h30 – 15h
-------	----------------------------

☎ 0474/55.41.96 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: vbarbieri@caami-hziv.fgov.be

Bureau local de Tournai (635): ☒ Avenue Leray 2b 7500 Tournai ☎ 069/64.81.83 ☎ 069/67.00.79	Lundi*	13h30 – 17h30
	Mardi	8h30 – 12h30
	Mercredi	8h30 – 12h30 et 13h30 – 15h30
	Jeudi	8h30 – 12h30 et 13h30 – 15h30
	Vendredi	Fermé

* Fermé en juillet et août

Permanences*:

Place	Adresse	Jours d'ouverture
La Louvière	Château Boch (Locaux du Forem) Rue de la Closière 36 7100 La Louvière	Tous les lundis 9h – 11h

* Pas en juillet et août

Office régional 606 Liège

Administrateur régional: Mme Véronique GODFURNON

E-mail: administrateur606@caami-hziv.fgov.be

✉ Rue des Augustins 18
4000 Liège

☎ 04/222.02.36 – 04/230.58.10

📄 04/222.12.28

Heures d'ouverture:

Lundi	9h – 12h
Mardi	9h – 12h et 13h – 16h
Mercredi	9h – 12h
Judi	9h – 12h et 13h – 17h30*
Vendredi	Fermé

* En juillet et août jusqu'à 16h

Service social (Liège):

Lundi	9h30 – 12h
-------	------------

☎ 0473/43.00.28 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: bdesmet@caami-hziv.fgov.be

Permanences:

Place	Adresse	Jours d'ouverture
Beyne	Administration communale (1 ^{er} étage) Grand'Route 243 4610 Beyne-Heusay	Mardi 14h – 15h30

Office régional 607 Limbourg

Administrateur régional : Mr Marc BOLLEN
 E-mail: administrateur607@caami-hziv.fgov.be

✉ Maastrichtersteenweg 214 (boîte 1)
 3500 Hasselt
 ☎ 011/27.13.13
 📠 011/27.58.22

Heures d'ouverture*:

Lundi	9h – 12h et 12h30 – 17h30
Mardi	9h – 12h et 13h – 16h30
Mercredi	9h – 12h30 et 13h – 16h30
Jedi	9h – 12h et 13h – 16h30
Vendredi	9h – 12h et 13h – 16h

* Pas de remboursement pendant les heures soulignées!

Service social (Hasselt):

1 ^{er} et 3 ^{ème} mardi du mois	9h30 – 12h
1 ^{er} et 3 ^{ème} jeudi du mois	9h30 – 12h

☎ 0474/87.44.57 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: gceunen@caami-hziv.fgov.be

Bureau local d'Eisden (617):

✉ Europaplein 14
 3630 Maasmechelen
 ☎ 089/76.43.45
 📠 089/46.79.53

Lundi	Fermé
Mardi	9h – 12h et 13h – 16h
Mercredi	9h – 12h et 13h – 16h
Jedi	Fermé
Vendredi	9h – 12h et 13h – 16h

Service social (Eisden):

2 ^{ème} et 4 ^{ème} mardi du mois	9h30 – 12h et 13h – 15h
--	-------------------------

☎ 0474/87.44.57 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: gceunen@caami-hziv.fgov.be

Bureau local de Waterschei (627):

✉ Stalenstraat 42/1
3600 Genk
☎ 089/38.29.30
📠 089/84.16.30

Lundi	9h – 12h et 13h – 16h
Mardi	Fermé
Mercredi	9h – 12h et 13h – 16h
Jeudi	Fermé
Vendredi	9h – 12h et 13h – 16h

Service social (Waterschei):

1 ^{er} et 3 ^{ème} lundi du mois	9h30 – 12h et 13h – 15h
---	-------------------------

☎ 0474/87.44.57 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: gceunen@caami-hziv.fgov.be

Permanences:

Place	Adresse	Jours d'ouverture
Houthalen	Koolmijnlaan 5/1 3530 Houthalen Tél.: 011/81.37.75	Jeudi 9h – 12h et 13h – 15h30

Office régional 608 Luxembourg

Administrateur régional: Mr Michel HENDRICK
E-mail: administrateur608@caami-hziv.fgov.be

✉ Avenue de la Gare 2
6700 Arlon
☎ 063/22.60.92
📠 063/23.43.00

Heures d'ouverture:

Lundi	9h30 – 12h30 et 13h30 – 15h30
Mardi	9h30 – 12h30
Mercredi	Fermé
Judi	9h30 – 12h30 et 13h30 – 15h30
Vendredi	Fermé

Office régional 609 Namur

Administrateur régional: Mr Michel HENDRICK

E-mail: administrateur609@caami-hziv.fgov.be

✉ Avenue Reine Astrid 47-49
5000 Namur

☎ 081/73.29.33

📠 081/73.84.36

Heures d'ouverture:

Lundi	9h – 12h et 13h – 16h*
Mardi	9h – 12h et 13h – 17h30*
Mercredi	9h – 12h
Jedi	9h – 12h et 13h – 16h*
Vendredi	Fermé

* Les guichets sont fermés les après-midis en juillet et août sauf le mardi après-midi ouvert jusque 15h.

Service social (Namur):

Jedi	9h30 – 12h
------	------------

☎ 0473/43.00.28 - Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

E-mail: bdesmet@caami-hziv.fgov.be

Office régional 610 Eupen

Administrateur régional: Mme Gabriele MÜLLER

E-mail: administrateur610@caami-hziv.fgov.be

✉ Neustraße 42
4700 Eupen
☎ 087/55.37.91
📠 087/55.73.85

Heures d'ouverture:

Lundi	8h30 – 12h30
Mardi	8h30 – 12h30 et 13h30 – 18h*
Mercredi	8h30 – 12h30
Jeudi	8h30 – 12h30
Vendredi	8h30 – 12h30

* Limité à 16h en juillet et août

Service social (Eupen):

Mardi	9h – 12h
2 ^{ème} et 4 ^{ème} jeudi du mois	9h – 12h

Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

☎ 087/30.52.67 ou 0473/86.31.46

E-mail: cwetzeler@caami-hziv.fgov.be

Section Malmedy (620):

✉ Rue Wibald 5
4960 Malmedy
☎ 080/33.08.96
📠 080/77.06.31

Lundi	8h30 – 12h
Mardi	8h30 – 12h30
Mercredi	8h30 – 12h
Jeudi	8h30 – 12h et 13h30 – 18h*
Vendredi	8h30 – 12h

* Limité à 16h en juillet et août

Service social (Malmedy):

Lundi	9h30 – 12h
-------	------------

Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

☎ 080/29.29.61 ou 0473/86.31.46

E-mail: cwetzeler@caami-hziv.fgov.be

Bureau local Saint-Vith (630):

✉ Malmedyer Strasse 38
4780 Saint-Vith
☎ 080/22.63.62
📠 080/67.27.51

Lundi	Fermé
Mardi	9h15 – 12h30 et 13h30 – 16h30
Mercredi	Fermé
Jeudi	9h15 – 12h30 et 13h30 – 16h30
Vendredi	9h – 12h30 et 13h30 – 17h*

* De 17h à 18h uniquement sur rendez-vous

Service social (Saint-Vith):

1 ^{er} et 3 ^{ème} vendredi	9h30 – 12h30
--	--------------

Vous pouvez également prendre un rendez-vous pour une visite à domicile ou un contact en dehors des heures d'ouverture.

☎ 080/22.63.62 of 0473/86.31.46

E-mail: cwetzeler@caami-hziv.fgov.be

Permanences:

Place	Adresse	Jours d'ouverture
Eynatten	Bâtiment de l'ancienne école Lichtenbuscherstraße 40 4731 Eynatten	Mercredi 11h30 – 12h30
La Calamine	Kirchstraße 27A 4720 La Calamine	Jeudi 14h – 16h30
Raeren	Jugendheim Hauptstraße 1 4730 Raeren	Lundi 14h – 17h

Annexe 2: Tableaux des montants d'indemnités et plafonds de revenu

Montants d'indemnités (par jour, semaine de 6 jours)
(montants valables à partir du 1^{er} janvier 2011)

1. Régime des travailleurs salariés	
1.1. Montant maximum incapacité primaire	
• début incapacité à partir du 1/1/2011	72,95 EUR
1.2. Montant maximum invalidité (invalidité à partir du 1/1/2011)	
• avec personne à charge	79,03 EUR
• sans charge de famille / cohabitant	48,63 EUR
• sans charge de famille / isolé	66,87 EUR
1.3. Montant minimum après 6 mois (travailleur régulier)	
• avec charge de famille	49,26 EUR
• sans charge de famille	
- isolé	39,42 EUR
- cohabitant	33,80 EUR
1.4. Indemnité minimum (travailleur non-régulier)	
• avec charge de famille	37,96 EUR
• sans charge de famille	28,47 EUR
2. Régime des indépendants	
2.1. Indemnité d'incapacité primaire (à partir du 2^{ème} mois)	
• avec personne à charge	48,39 EUR
• sans charge de famille	
- isolé	37,10 EUR
- cohabitant	30,23 EUR
2.2. Indemnité d'invalidité	
• sans cessation d'activité	
- avec personne à charge	48,39 EUR
- sans charge de famille	
- isolé	37,10 EUR
- cohabitant	30,23 EUR
• avec cessation d'activité	
- avec personne à charge	49,26 EUR
- sans charge de famille	
- isolé	39,42 EUR
-cohabitant	33,80 EUR
2.3. Indemnité hebdomadaire (maternité et adoption)	
	383,24 EUR
3. Allocation forfaitaire journalière pour aide de tierce personne	
	12,99 EUR

Plafonds de revenu (au 1^{er} janvier 2011)

1. Plafond de revenu trimestriel (brut) – secteur soins de santé

• pour personnes à charge	2.191,85 EUR
---------------------------	--------------

2. Plafond de revenu annuel pour BIM¹⁷

• sans personne à charge	15.364,99 EUR
• augmentation par personne à charge	2.844,74 EUR

3. Plafond de revenu mensuel (brut) – secteur indemnités

• plafond statut avec charge	821,17 EUR
• plafond statut isolé (revenu professionnel)	1.415,24 EUR
• plafond statut isolé (revenu de remplacement)	948,62 EUR

¹⁷ BIM = bénéficiaire de l'intervention majorée

Annexe 3: Tableaux de l'intervention personnelle dans le prix de la journée d'entretien (hôpital) et pour un séjour en centre de revalidation

Intervention personnelle dans le prix de la journée d'entretien (à l'hôpital) (montants au 1^{er} janvier 2011)

1. Jour de l'hospitalisation	
• BIM ¹⁸	5,12 EUR
• enfants à charge + chômeurs ¹⁹ (et leurs PAC ²⁰)	32,39 EUR
• autres	41,70 EUR
2. A partir du 2^{ème} au 90^{ème} jour inclus (par jour)	
• BIM (et leurs PAC) + chômeurs (et leurs PAC)	5,12 EUR
• enfants à charge	5,12 EUR
• autres	14,43 EUR
3. A partir du 91^{ème} jour (par jour)	
• BIM (et leurs PAC) + chômeurs (et leurs PAC)	5,12 EUR
• enfants à charge	5,12 EUR
• titulaires ayant des PAC ou tenus de payer une pension alimentaire + PAC	5,12 EUR
• autres	14,43 EUR
4. A partir du 366^{ème} jour dans un hôpital psychiatrique (par jour)	
• BIM (et leurs PAC) + chômeurs (et leurs PAC)	5,12 EUR
• enfants à charge	5,12 EUR
• titulaires ayant des PAC ou tenus de payer une pension alimentaire + PAC	5,12 EUR
• autres	14,43 EUR
5. Plus que 5 années dans un hôpital psychiatrique (par jour)	
• enfants à charge	5,12 EUR
• BIM + chômeurs (et leurs PAC) + titulaires tenus de payer une pension alimentaire avec PAC (et leurs PAC)	5,12 EUR
• chômeurs et titulaires tenus de payer une pension alimentaire sans PAC	14,43 EUR
• les autres titulaires	24,04 EUR

¹⁸ BIM: bénéficiaire de l'intervention majorée

¹⁹ Chômeurs: les titulaires en chômage contrôlé qui ont depuis 12 mois au moins la qualité de chômeur complet (avec charge de famille ou isolé)

²⁰ PAC: personne à charge

**Intervention personnelle dans le séjour dans un centre de revalidation
(au 1^{er} janvier 2011)**

1. Jour de l'hospitalisation	
• BIM ¹⁸	5,12 EUR
• enfants à charge + chômeurs ¹⁹ (et leurs PAC ²⁰)	32,39 EUR
• autres	41,70 EUR
2. À partir du deuxième jour	
• BIM	5,12 EUR
• enfants à charge + chômeurs (et leurs PAC)	5,12 EUR
• autres	14,43 EUR

Annexe 4: Statut de la CAAMI

L'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité a été instituée par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944. Cette loi a obligé les travailleurs salariés à s'affilier auprès d'une des mutualités existantes ou d'un office régional public de l'assurance maladie-invalidité.

Par l'arrêté du Régent du 21 mars 1945, les offices régionaux publics ont été incorporés dans le Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité, rebaptisé plus tard Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Par la suite, les offices régionaux existants ont été regroupés au sein de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI), créée par la loi du 14 juillet 1955.

Depuis lors, la CAAMI joue le rôle de **sixième organisme assureur**. Au fil des ans, quelques modifications ont été apportées à la gestion et au fonctionnement de l'organisme. Ceci a principalement été une conséquence de la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, de la loi sur la gestion paritaire du 25 avril 1963 et de la loi sur l'assurance maladie obligatoire du 9 août 1963. Plus récemment, l'arrêté royal du 2 octobre 2003 portant approbation du premier contrat d'administration de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité a fixé des mesures en vue du classement de la CAAMI parmi les institutions publiques de sécurité sociale.

La CAAMI est donc une institution publique de sécurité sociale et elle n'est plus un organisme d'intérêt public. Elle se compose d'un siège central situé à Bruxelles et de 10 offices régionaux. La direction de l'organisme est assurée par un Comité de gestion. Ce comité se compose actuellement des membres suivants.

Président: Mr Luc GOUTRY

Représentants des organisations représentatives des employeurs:

Mme Wien DE GEYTER, Mr Bart BUYASSE, Mme Catherine VERMEERSCH, Mr Kris ROSIER et Mr Ivo VAN DAMME

Représentants des organisations représentatives des travailleurs:

Mme Chris RENIERS, Mme Sabine SLEGERS, Mr Paul PALSTERMAN, Mr Guy TORDEUR et Mr Daniel VAN DAELE

Commissaires du gouvernement: Mr José BERGER et Mr Pieter RAES

Administrateur général adjoint: Mme Christine MICLOTTE

Annexe 5: Abréviations et vocabulaire (par ordre alphabétique)

- **Attestation de soins donnés:** papier que le prestataire de soins (par exemple le médecin, le kinésithérapeute, le dentiste...) remet au patient et qui mentionne les prestations fournies; cette attestation permet au patient de se faire rembourser chez son organisme assureur pour un montant déterminé (voir 4.2.3)
- **Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS):** cet organisme public s'occupe de l'organisation du transfert électronique de l'information entre les différentes institutions de la sécurité sociale (voir 4.1.4)
- **Bénéficiaire:** toute personne ayant droit au remboursement des soins de santé; toute personne légalement assurée (tant les personnes à charge que les titulaires, voir 4.5.1 et 4.10)
- **BIM:** bénéficiaire d'une intervention majorée (voir 4.3 en 4.4.1)
- **CAAMI:** Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
- **CPAS:** Centre Public d'Aide Sociale (voir 4.3.1 en 4.10)
- **Dispensateur de soins:** terme regroupant l'ensemble des professionnels ou établissements fournisseurs de soins de santé (médecins, médecins spécialistes, dentistes, kinésithérapeutes, hôpitaux, maisons de repos...) (voir 4.2.3)
- **Honoraires:** prix demandé par le prestataire de soins (voir 4.4.1 et 4.5.3)
- **INAMI:** Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (voir 4.5.2, 4.5.3, 4.6, 4.22, 5.3.1, et 5.3.2)
- **Incapacité de travail primaire:** porte sur la première année de maladie lorsque l'on reçoit une indemnité de son organisme assureur
- **Indemnité:** revenu de remplacement payé au travailleur malade, à la femme en repos d'accouchement; indemnité pour frais funéraires (voir 2, 4.1.1, 4.1.4, 5, 6.1, 6.2 et annexe 2)

- **Invalidité:** à partir de la deuxième année d'incapacité de travail (voir aussi «incapacité de travail primaire») (voir 7.2.1 et 7.2.2)
- **Malades chroniques:** malades de longue durée qui peuvent bénéficier de conditions particulières en matière de soins de santé sur la base de certains critères (voir 4.12)
- **Médecins conventionnés:** les médecins qui ont conclu un accord avec les mutualités en matière de prix fixes pour les prestations médicales; ces médecins sont tenus de se conformer à ces prix (voir 4.5.3)
- **Médicament générique:** un médicament qui a la même valeur thérapeutique que la spécialité pharmaceutique correspondante («médicament de marque»), mais qui est moins cher; ces médicaments apparaissent sur le marché lorsque le brevet du médicament de marque original est expiré (voir 4.4)
- **Mutation:** le fait de changer d'organisme assureur (mutualité); les personnes qui sont membres depuis au moins un an d'une mutualité (ou de la CAAMI) peuvent demander une mutation; les mutations se font au 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet ou 1^{er} octobre; pour des raisons pratiques, elles doivent être demandées un mois avant ces dates (voir 3.2)
- **Mutualité:** telle que définie dans la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et qui se charge de la santé de ses membres dans le but de s'occuper du remboursement des soins médicaux et d'octroyer des indemnités d'invalidité, de maladie et de maternité. Il y a 5 mutualités en Belgique:
 - Alliance nationale des mutualités chrétiennes
 - Union nationale des mutualités neutres
 - Union nationale des mutualités socialistes
 - Union nationale des mutualités libérales
 - Union nationale des mutualités libres

Il y a deux organismes publics qui remplissent les mêmes fonctions que les mutualités: la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et la Caisse des soins de santé de la SNCB Holding.

- **Nomenclature:** liste des prestations médicales qui entrent en ligne de compte pour le remboursement par l'assurance maladie obligatoire, avec des règles concernant le remboursement (voir 4.2.1 en 4.6)
- **Office régional:** pour plus d'informations, voir annexe 1
- **Omnio:** le statut Omnio est une mesure de protection visant à étendre le droit au tarif préférentiel en matière de soins de santé aux assurés dont le ménage bénéficie de revenus dits faibles. Le statut Omnio donne droit à un meilleur remboursement en soins de santé, tels que les consultations, les médicaments, les frais d'hospitalisation... (voir 4.3.3)
- **Personne à charge (PAC):** personne qui ne dispose pas d'un propre carnet de membre, mais qui est inscrite dans le carnet de membre d'un «titulaire» (voir explications) (par exemple un des parents, un conjoint) ; via ce titulaire, la personne à charge peut bénéficier de l'assurance maladie obligatoire (voir 3.3, 4.1, 4.1.2 et 4.5.4)
- **Permanence:** voir annexe 1 pour un aperçu de nos permanences
- **Préparations magistrales:** médicaments préparés par le pharmacien lui-même (voir 4.4.1)
- **Régime du tiers payant:** mode de paiement par lequel le prestataire de soins, service ou institution reçoit directement l'intervention de l'organisme assureur (voir 4.10)
- **Salaire garanti:** salaire que l'employeur paie à un salarié malade pendant la première période de sa maladie; cette période est différente pour les ouvriers, les employés, les fonctionnaires et le personnel enseignant (voir 5.4.1)
- **SIS:** Système d'Information Sociale; la carte SIS contient toutes les données personnelles en matière de sécurité sociale (voir 3.1, 3.2, 4.1.4 et 4.1.5)
- **Spécialités pharmaceutiques:** médicaments préparés de façon industrielle (voir 4.4.2)
- **Supplément:** partie des honoraires qui dépasse le tarif conventionnel et qui reste toujours à votre charge (voir 4.2.3, 4.5.1 et 4.5.3)

- **Tarif conventionnel:** honoraires appliqués par le prestataire de soins conventionné; certains prestataires de soins ne sont pas conventionnés ou seulement partiellement: ils peuvent demander plus que le tarif conventionnel (voir 4.2.3)
- **Ticket modérateur:** partie du tarif conventionnel qui n'est pas remboursée et que vous devez donc payer vous-même. Si le prestataire de soins compte moins que le tarif conventionnel, seul le ticket modérateur effectivement payé est pris en considération pour la franchise (voir 4.2.3, 4.11 et 4.15)
- **Titulaire:** personne qui ouvre le droit aux soins de santé et éventuellement aux indemnités en son propre nom (voir 4.1.1); le titulaire ouvre le droit aux soins de santé pour les personnes à sa charge (PAC)

Annexe 6

Formulaire de plaintes CAAMI

Données personnelles

Nom en prénom* :

Adresse officielle*:

Rue, numéro, numéro de boîte*:

Code postal, commune*:

Numéro de téléphone à domicile:

Travail:

Gsm:

Adresse e-mail:

@

Vous êtes un: Membre de la CAAMI avec un numéro de membre: Prestataire de soins Etablissement de soins Assureur Autre

Votre plainte

Sur quoi porte votre plainte? Veuillez décrire clairement le problème en mentionnant la date des faits.

* Obligatoire

1/2

Avez-vous déjà contacté la CAAMI au sujet de cette plainte?

A quelle date:

- Quel service:
- Bureau local de la CAAMI
 - Service soins de santé
 - Service conventions internationales
 - Service assurabilité
 - Service indemnités
 - Autre:

Quelle suite a-t'on donné à votre plainte:

Date:

2/2

Annexe 7

Formulaire de demande d'inscription auprès de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité

Nom:

Prénom:

Rue: N°: Boîte:

Code postal: Commune:

E-mail:

Tél.: Date de naissance:

souhaite obtenir un formulaire d'inscription

Je suis déjà membre titulaire auprès d'une autre mutuelle

Date:

Signature:

A renvoyer à: CAAMI
Rue du Trône 30 A
1000 Bruxelles

Tél.: 02/229.35.00

Fax: 02/229.35.58

E-mail: info@caami-hziv.fgov.be

✂ coupez en suivant les pointillés s.v.p.

16^{ème} édition: 1^{er} avril 2011

Rédaction: Guillaume JANSSENS (rédaction finale), Joost DE COEN,
Ilse DE COENSEL, David VALLE et Pascale DEGRAVE

Editeur responsable: Christine MICLOTTE,
Administrateur général adjoint CAAMI
Rue du Trône 30A - 1000 Bruxelles

Dépôt légal: D/2011/7241/2

La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) est un organisme public. Elle vous propose tous les avantages de l'assurance maladie-invalidité obligatoire:

- une intervention dans les frais de soins de santé;
- une indemnité pour la perte de rémunération (parenté, maladie ou invalidité);

La CAAMI n'impose pas d'assurances complémentaires. Il n'y a donc pas de frais d'affiliation supplémentaires.

Nos collaborateurs expérimentés vous informeront volontiers sur vos droits et devoirs en tant qu'assuré social.

Inscrivez-vous à la CAAMI!

Téléchargez le formulaire d'inscription sur www.caami.be.

Vous pouvez aussi demander à recevoir ce document par poste (voir annexe 7) ou aller directement aux guichets (voir annexe 1).