



Document d'information

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

Édition mai 2022



Une publication de :

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

Boulevard du Jardin botanique 50 bte 165
B-1000 Bruxelles
+32 2 508 85 85
vraag@mi-is.be
www.mi-is.be

Suivez-nous sur



Colophon

Rédaction en chef

Service d'inspection

Rédaction

Service Inspection

Lay-out

Service d'inspection

Éditeur responsable

Alexandre Lesiw, Président a.i. SPP Intégration sociale

Droit d'auteur

La reproduction, en tout ou partie, du contenu du présent document sous forme imprimée, par photocopie, dans des bases de données automatisées ou sur tout autre support est formellement interdite sans l'accord exprès écrit du SPP Intégration sociale.

Exclusion de la responsabilité

Le SPP Intégration sociale exclut toute responsabilité pour les dommages résultant d'erreurs d'impression et de coquilles.

Table des matières

Colophon	1
Introduction.....	5
A. L'enquête sociale.....	6
1. Principes généraux	6
2. Moyens d'existence.....	9
3. Pièces justificatives.....	10
4. Épuisement des droits / caractère résiduaire	10
a) Affiliation à la mutualité belge	10
b) Une autre assurance ou un tiers	15
i. Interroger une mutualité dans le pays d'origine via la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI).....	16
ii. Questionner l'Office des Étrangers (OE) concernant la présence d'un garant	17
5. Principes supplémentaires concernant certaines catégories de bénéficiaires	19
a) No-Show	19
b) Les citoyens de l'Union et les membres de leur famille	19
c) <i>Personnes provenant d'un pays soumis à l'obligation de visa et bénéficiant d'une autorisation de séjour de moins de trois mois + ces personnes qui séjournent dans le pays de manière clandestine après l'expiration de leur visa</i>	22
d) Personnes provenant de pays non membres de l'UE non soumis à l'obligation de visa en séjour légal + les mêmes personnes qui séjournent clandestinement en Belgique au bout d'un certain temps	24
e) Belges non-inscrits au registre de la population (statut H)	25
B. La décision de prise en charge	27
C. Mediprima	28
1. Base juridique Mediprima	28
2. Création d'une carte médicale	28
3. Annulation de la carte médicale.....	29
4. Attestation AMU.....	29
D. Subvention au moyen de formulaires D.....	31
1. Base légale du remboursement des frais médicaux.....	31
2. Distinction entre les différents types de frais médicaux.....	31
3. Aspects administratifs	32
a) Notification de la décision dans les 45 jours : formulaires B1 & B2.....	32
b) Frais médicaux et pharmaceutiques : formulaire D1	33
c) Frais d'hospitalisation et de soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins : formulaire D2	34

d)	Régularisation formulaires D.....	34
4.	Attestation d'aide médicale urgente.....	34
5.	Règle générale de remboursement.....	37
a)	Règle générale de remboursement des frais médicaux, des frais pharmaceutiques et des frais de soins ambulatoires pour les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu.....	37
b)	Règle générale de remboursement des frais médicaux, des frais pharmaceutiques et des frais de soins ambulatoires dispensés à l'hôpital pour les personnes qui bénéficient d'un revenu	40
c)	Le remboursement des frais médicaux régionalisés à la suite de la sixième réforme de l'État	42
6.	Formulaire D1.....	44
a)	Frais médicaux.....	44
i.	<i>Le remboursement du transport en ambulance</i>	46
ii.	<i>Logopédie</i>	48
iii.	<i>Kinésithérapie</i>	49
iv.	<i>Prothèses dentaires</i>	49
v.	<i>Verres et montures de lunettes</i>	49
vi.	<i>Fécondation in vitro (FIV)</i>	50
vii.	<i>Avortement</i>	51
viii.	<i>Orthodontie</i>	51
ix.	<i>Bandagisterie</i>	51
x.	<i>Fauteuils roulants</i>	51
xi.	<i>Matériel de diagnostic du diabète</i>	51
xii.	<i>Contraception</i>	52
xiii.	<i>Locations de matériel médical</i>	52
xiv.	<i>Prothèses & psychothérapie</i>	53
xv.	<i>Tuberculose</i>	53
xvi.	<i>Alimentation entérale par sonde</i>	53
xvii.	<i>L'oxygénothérapie.</i>	53
xviii.	<i>Matériel de stomie</i>	53
b)	Frais pharmaceutiques	54
7.	Formulaire D2.....	56
a)	Hospitalisations et les différentes rubriques sur la facture	56
i.	<i>Frais de séjour :</i>	57
ii.	<i>Pharmacie – frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques – frais d'implants, de prothèses et d'aides médicales non implantables</i>	58
iii.	<i>Honoraires médicaux et paramédicaux</i>	59
iv.	<i>Autres fournitures</i>	61

v. <i>Frais divers</i>	61
b) Soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins.....	61
vi. <i>Frais de séjour</i>	61
vii. 2. <i>Pharmacie – frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques – frais d’implants, de prothèses et d’aides médicales non implantables</i>	61
viii. <i>Honoraires médicaux et paramédicaux :</i>	62
ix. <i>Autres fournitures</i>	62
x. <i>Frais divers</i>	63
E. Questions.....	64
Annexe 1 : pays non membres de l’UE et non soumis à l’obligation de visa	65
Annexe 2 : liste des pays non membres de l’UE pour lesquels l’organe de liaison doit être contacté via la CAAMI si l’intéressé séjourne en Belgique depuis une période ininterrompue de moins d’un an.....	67
ANNEXE 3 : Demande de recherche d'assurabilité à l'étranger	68

Introduction

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

Ceci est la version la plus récente du document d'information. Les modifications de loi, les modifications découlant des circulaires et les mises à jour d'information postérieures au 01/06/2022 n'y sont pas incluses. Vous pouvez rester informé des dernières évolutions grâce aux circulaires et aux FAQ disponibles sur www.mi-is.be. Pour toute question, vous pouvez bien entendu vous adresser à question@mi-is.be (Front Office).

Ce document d'information traite à la fois du remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'AM du 30/01/1995¹ et du paiement des frais médicaux via Mediprima suivant la circulaire du 24/12/2013.

Les chapitres ci-dessous relatifs à l'« Enquête sociale » et à « La décision de prise en charge » sont pertinents tant pour le remboursement des frais médicaux selon la loi du 02/04/1965 que pour le paiement des frais médicaux par l'intermédiaire de Mediprima. Dans les deux cas, une enquête sociale approfondie doit être menée avant la prise d'une décision de prise en charge. La séparation entre les deux régimes se fait ensuite en ce qui concerne le traitement ultérieur du paiement, une fois prise la décision de prise en charge.

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

A. L'enquête sociale

1. Principes généraux

Le simple paiement d'une facture ne fait pas partie des tâches du CPAS. Il va de soi que chaque demande d'aide doit être examinée en fonction de la mission du CPAS telle que décrite dans l'article 1 de la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976, à savoir donner à chacun la possibilité de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Le Conseil d'État a confirmé à plusieurs reprises qu'il n'appartient pas aux CPAS de venir en aide à tous les créanciers de la personne indigente. Toutefois, il a pour tâche de secourir le débiteur infortuné qui, en raison du non-paiement de sa dette, se retrouvera dans une situation qui ne lui permettra pas de mener une vie conforme à la dignité humaine. Le remboursement ou non des frais médicaux par le SPP Intégration sociale ne peut pas servir de motivation pour la prise en charge ou pour le refus de la prise en charge des frais médicaux.² Signalons également que l'intervention du CPAS reste résiduaire : dans le remboursement des frais médicaux, les acteurs sont nombreux (voir chapitre A.4. ci-dessous).

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

Cette circulaire sert de fil conducteur pour l'évaluation du besoin du demandeur de frais médicaux. Ci-dessous suit un petit résumé.

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

- 1) Une demande d'aide doit être introduite par le bénéficiaire auprès du CPAS :
 - soit en se présentant personnellement au CPAS ;
 - soit par la remise d'une demande d'aide signée par le demandeur par l'intermédiaire d'une personne/institution tierce (par exemple via le service social d'un hôpital) qui transmet la demande d'aide signée par le bénéficiaire au CPAS. Un prestataire de soins ne peut jamais introduire de demande d'aide sauf si le bénéficiaire est dans l'incapacité de le faire lui-même (s'il est dans le coma, par exemple) ;
- 2) Le demandeur d'aide doit être en état d'indigence. Le CPAS doit examiner la situation du demandeur d'aide par une enquête sociale et rédiger un rapport social. Ce rapport doit permettre de déterminer si la personne dispose de ressources suffisantes.

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

L'enquête sociale peut être basée initialement sur les données du service social de l'hôpital, mais le CPAS doit toujours prendre une décision distincte en ce qui concerne la prise en charge de ces frais, sur base d'une enquête sociale réalisée en interne.

² Arrêt de la Cour du travail de Gand du 14 mars 2005

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

Dans le cadre de l'enquête sociale relative aux personnes admises dans un établissement de soins, chaque acteur du dossier a intérêt à ce que l'établissement de soins fournisse autant d'informations que possible au CPAS (s'il n'y a donc pas encore de décision exécutoire). Dans certaines circonstances, l'établissement de soins n'est pas en mesure de fournir toutes les informations demandées par un CPAS. Le CPAS ne peut en aucun cas invoquer cette raison pour refuser une demande d'aide. Le CPAS doit toujours mener sa propre enquête, vérifier et compléter, si nécessaire, les données qu'il reçoit de l'établissement de soins, en effectuant ses propres actes d'enquête, au besoin en envoyant un assistant social dans l'établissement de soins en cas de séjour de longue durée. En matière de cautionnement, il est logique que le CPAS s'enquière de l'existence d'une éventuelle caution mais l'établissement de soins est souvent mieux placé pour collecter les renseignements relatifs à l'assurance du demandeur. L'hôpital a en effet le devoir de s'adresser en premier lieu aux assureurs et en dernière instance au CPAS (compétence résiduaire) pour le paiement des factures. L'établissement de soins et le CPAS peuvent quoi qu'il en soit officialiser les accords nécessaires dans une convention cadre, ce qui n'empêche pas que le dossier social du CPAS destiné au SPP IS doit comporter tous les éléments et documents justifiant le subventionnement.

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

- Données d'identification et situation de séjour/statut de séjour
- Ressources (voir chapitre A.2.) et motif du séjour (visite familiale, asile, raison médicale, ...)
- Statut au moment des soins médicaux
- Assurabilité (voir chapitre A.4.)
- Cautionnement (voir chapitre A.4.)
- Rapport social concernant le besoin du demandeur

En ce qui concerne le rapport social, il faut tenir compte de la motivation, qui est l'élément principal de l'enquête sociale. La motivation est une esquisse de la situation qui clarifie notamment les circonstances de vie du demandeur, clôturée par une proposition de prendre en charge ou non les frais + d'éventuelles remarques.

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

C'est pourquoi il est impossible pour le CPAS de décider quant au besoin d'aide :

- si une personne refuse de collaborer à l'enquête sociale (l'intéressé ne se présente pas lorsque le CPAS l'invite ou ne fournit pas les pièces justificatives demandées dans un délai raisonnable ou donne de fausses informations comme une adresse fictive empêchant toute visite à domicile). Si une personne refuse toute collaboration à l'enquête sociale ou s'y soustrait et ne communique donc pas les renseignements nécessaires pour l'enquête, le CPAS n'a aucune base sur laquelle décider que cette personne peut être considérée comme indigente ;

- si les données collectées ne suffisent pas pour émettre un jugement fondé sur l'état d'indigence (l'intéressé a par exemple quitté l'hôpital et le CPAS ne l'a jamais vu, de sorte qu'aucune enquête sociale ne peut être menée, ou bien des données ont été recueillies par l'hôpital mais elles ne suffisent pas pour que le CPAS en conclue que l'intéressé est indigent).

Dans les deux cas, des frais ne peuvent être mis à la charge du SPP IS.

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

Pour l'intervention dans les frais médicaux, le CPAS évalue de manière indépendante si une visite à domicile est nécessaire et utile dans le contexte individuel. Une visite à domicile n'est donc pas obligatoire pour une intervention dans les frais médicaux (cf. aussi circulaire du 14/03/2014 concernant l'enquête sociale). La réalisation d'une visite à domicile peut toutefois fournir de nombreuses informations utiles pour l'enquête sociale et est recommandée par le SPP IS. Le fait de ne pas pouvoir réaliser une visite à domicile ne peut toutefois jamais servir de base suffisante et unique pour refuser une intervention ; d'autres éléments doivent aussi être ajoutés.

Quant au motif du séjour, il se peut qu'une personne vienne en Belgique pour des raisons purement médicales. Il convient à cet égard de tenir compte du fait qu'il existe un visa de type C en vue d'un traitement médical.

Les étrangers qui sont malades et dont un traitement médical approprié ne peut être prodigué dans leur pays, mais bien en Belgique, peuvent introduire une demande de visa de type C en vue d'un traitement médical. Si l'Office des Étrangers octroie le visa, l'étranger peut séjourner en Belgique pour un court séjour (trois mois maximum) et suivre son traitement. En fonction des complications médicales, le visa peut éventuellement être prolongé par l'Office des Étrangers.

Il s'ensuit qu'un séjour intentionnel pour des raisons médicales est autorisé, à la condition que la procédure ci-dessus soit respectée. Si une demande de prise en charge des frais médicaux est introduite par une personne ayant obtenu ce type de visa C en vue d'un traitement médical, le CPAS devra réaliser une enquête sociale (telle que décrite ci-dessus), et vérifier la caution (voir point A.4.b)ii. ci-dessous).

Si l'enquête sociale démontre par contre que la personne ayant introduit une demande d'aide se rend en Belgique uniquement pour des raisons médicales et n'a pas suivi la procédure indiquée, les frais ne peuvent être portés à charge du SPP.

Si le CPAS constate qu'une personne vient en Belgique seulement et uniquement pour des raisons médicales et fait une demande d'aide à cette fin sans demande d'asile et sans demande de régularisation, il est recommandé de prendre contact avec le FrontOffice via l'adresse question@mi-is.be ou avec son inspecteur compétent.

Dans le cadre de l'enquête sociale, pour des raisons de confidentialité, le CPAS ne peut pas demander d'informations médicales personnelles à des prestataires de soins ou hôpitaux concernant un bénéficiaire. Le bénéficiaire n'est pas non plus tenu de communiquer des informations médicales au CPAS.

Le CPAS peut toutefois demander une contre-expertise médicale afin d'obtenir un fondement suffisant pour la demande d'aide et l'enquête sociale.

2. Moyens d'existence

Pour les paiements des frais médicaux, il faut faire une distinction entre les personnes qui bénéficient d'un revenu suffisamment élevé et les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu suffisamment élevé (certaines personnes en séjour illégal et personnes qui séjournent dans une initiative locale d'accueil, certaines personnes disposant d'un revenu du travail trop faible).

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

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

- Exemple 1 : un ménage composé de plusieurs enfants mineurs qui bénéficie de l'équivalent du revenu d'intégration de catégorie charge de famille a un « revenu ».
- Exemple 2 : un isolé sorti de l'ILA ayant travaillé au mois de mai et ayant gagné 1.000 € a un « revenu ».
- Exemple 3 : un isolé sorti de l'ILA ayant travaillé au mois de juin et ayant gagné 500 € a un revenu insuffisant et est considéré dans ce document comme une personne sans revenu suffisant.
- Exemple 4 : une personne en séjour illégal qui effectue du travail au noir en juillet, gagne 300 € et cohabite avec un frère qui ne perçoit pas de revenu est considérée dans ce document comme une personne sans revenu suffisant.
- Exemple 5 : une personne en séjour illégal qui effectue du travail au noir en août, gagne 800 € et cohabite avec un grand-père qui ne perçoit pas de revenu a un « revenu ».
- Exemple 6 : une personne en séjour illégal qui ne perçoit pas de revenu mais qui cohabite avec son partenaire qui gagne 1.200 € a un « revenu ».
- Exemple 7 : une personne en séjour illégal (pas de revenu), qui cohabite avec ses enfants mineurs et son partenaire (800 € de revenus) n'a pas de revenu suffisant (la somme est inférieure au montant correspondant à la catégorie charge de famille).

Si les ressources du demandeur et/ou du partenaire avec lequel le demandeur cohabite dépassent la catégorie correspondante du revenu d'intégration, le ticket modérateur ne peut pas être à charge de l'État, à l'exception du ticket modérateur pour les frais d'hospitalisation (voir chapitre D.5.b). Ceci est la conséquence de l'article 11 § 1 2° de la loi du 2 avril 1965 d'une part et de l'article 1 de l'arrêté ministériel du 30/01/1995 d'autre part.

Cela ne signifie pas qu'il ne puisse pas y avoir de besoin dans le cas d'un revenu. Le revenu fait seulement en sorte que le ticket modérateur des frais non hospitaliers n'est pas remboursé au CPAS par le SPP IS.

Pour les résidents en ILA, comme pour tous les autres demandeurs d'asile, l'état d'indigence doit également être démontré par une enquête sociale. Celle-ci doit notamment mentionner le fait que l'intéressé dispose ou non d'un revenu³, ou qu'il est par exemple devenu illégal, mais qu'il a obtenu de Fedasil l'autorisation de rester dans l'ILA. Dans ce cas également, l'attestation d'aide médicale urgente reste une obligation légale (voir chapitre D/E.4).

³ Depuis 2019, la réglementation concernant les permis de travail a changé, de sorte que les personnes disposant d'une attestation d'immatriculation peuvent aussi travailler après une période d'attente de quatre mois (c'est mentionné sur l'attestation d'immatriculation).

3. Pièces justificatives

Le CPAS doit conserver les pièces justificatives de l'enquête sociale dans le dossier et les produire lors de l'inspection.

Comme mentionné dans la circulaire susmentionnée, le CPAS est tenu de joindre des pièces justificatives afin de prouver la période depuis laquelle une personne réside en Belgique de façon ininterrompue au moment où des soins médicaux lui sont prodigués : par exemple un contrat de bail, des preuves d'inscription des enfants dans un établissement scolaire, des documents d'instances officielles, des factures au nom du demandeur, une impression du registre ou transaction 25 dont il ressort du code 195 que l'intéressé a toujours obtenu une prolongation de séjour, ... Il va de soi que plus les pièces justificatives sont nombreuses, plus le dossier est solide.

Grâce à la consultation régulière des flux BCSS, le CPAS peut prouver qu'il contrôle régulièrement la situation en matière d'emploi, surtout depuis qu'un permis de travail spécifique n'est plus requis pour exercer un travail.

En outre, une preuve de l'interrogation d'une mutualité et/ou de la CAAMI et/ou de l'OE (voir chapitre A.4. ci-dessous) doit être présente dans les dossiers lorsque cela est requis.

L'absence d'une pièce justificative donnée ne veut pas dire qu'il ne soit automatiquement pas possible d'obtenir un remboursement. Le dossier peut par exemple contenir une explication logique qui clarifie pour quelle raison un certain document ou des données ne sont pas connues. Le dossier social est toujours contrôlé dans sa globalité par le service inspection.

4. Épuisement des droits / caractère résiduaire

Il convient de souligner que l'intervention du CPAS (et le remboursement par le SPP IS) revêt toujours un caractère **résiduaire**. L'enquête visant à déterminer si d'autres instances peuvent intervenir avant que l'intervention n'incombe au CPAS, est cruciale. Vous trouverez ci-dessous une énumération des autres institutions et/ou personnes qui doivent être interrogées pour permettre de conclure que l'intervention du CPAS revêt un caractère résiduaire.

a) Affiliation à la mutualité belge

Une personne peut être affiliée à une mutualité belge (cela inclut tant les mutualités traditionnelles que la CAAMI) :

- En tant que titulaire
- En tant que personne à charge (voir ci-dessous).

Le 24/11/2014, l'INAMI a publié la circulaire n° 2014/452. L'Institut y énumère les étrangers qui peuvent être affiliés à la mutualité **comme titulaire** (applicable dans la pratique pour le SPP depuis le 01/01/2015). Une circulaire adaptée (n° 2016/380) est parue le 22/12/2016 concernant les modalités de preuve.

Pour lire la circulaire dans son intégralité, allez sur www.inami.be, et suivez le chemin suivant

[Accueil](#) ▶ [Professionnels](#) ▶ [Autres professionnels](#) ▶ [Mutualités](#) ▶ Circulaires aux organismes assureurs - Service du contrôle administratif

Vous pouvez également obtenir un récapitulatif des circulaires de l'INAMI par l'intermédiaire du lien suivant :

<http://ondpanon.riziv.fgov.be/ozbpublic/>

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

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

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

- les étrangers autorisés ou habilités de plein droit à un séjour de plus de trois mois dans le Royaume (inscrits au registre des étrangers) ;
- les étrangers habilités à un séjour à durée indéterminée (inscrits au registre des étrangers) ou établis dans le Royaume (inscrits au registre de la population) ;
- les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable avant le 1^{er} juin 2007 par l'Office des étrangers ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (inscrits au registre d'attente).
- les personnes qui, en attendant leur inscription au Registre national des personnes physiques, apportent la preuve qu'elles ont fait la déclaration visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif aux registres de la population et au registre des étrangers au moyen d'une attestation des autorités communales ou par tout autre moyen de preuve reconnu comme tel par le fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif.

Vous trouverez dans la circulaire mentionnée ci-dessus ce dont les personnes citées sous a), b) et c) ont besoin afin de pouvoir être inscrites.

Il s'agit pour les points a), b) de présenter une **carte électronique A, B, K, L, F, F+**.

Fin 2021, une modernisation des cartes d'identité électroniques pour les étrangers a eu lieu. Depuis lors, nous parlons de :

ANCIENNES INSCRIPTIONS	NOUVELLES INSCRIPTIONS
A. Certificat d'inscription au registre des étrangers - séjour temporaire	A. Séjour limité
B. Certificat d'inscription au registre des étrangers	B. Séjour illimité
C. Carte d'identité pour les ressortissants étrangers	K. Établissement
D. Résident de longue durée de l'UE	L. Résident de longue durée de l'UE
E. Déclaration d'inscription	UE. Inscription - Art. 8 DIR 2004/38/CE
E+. Document à l'appui du séjour permanent	UE+. Séjour permanent - Art. 19 DIR 2004/38/CE
F. Carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union	F. Membre de la famille UE ART 10 RL 2004/38/CE
F+. Carte de séjour permanent d'un membre de la famille d'un citoyen de l'Union	F+. Membre de la famille UE ART 20 Directive 2004/38/CE

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

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

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

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

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

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

Le personnel diplomatique doit être assuré pour le remboursement des frais médicaux dans le cadre de l'épuisement des droits. Dans certaines circonstances, le personnel diplomatique peut également s'affilier à une mutuelle belge, voir la circulaire pour plus d'informations : https://medimmigrant.be/IMG/pdf/circulaire_mutualites_2021_139_sca.pdf

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

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

Un travailleur en service qui souhaite s'affilier à une mutuelle doit être en possession d'un des documents suivants :

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

En cas de nouveau dossier, le CPAS doit toujours vérifier si l'intéressé n'a pas été mis à l'emploi pendant la période précédant la première demande, auquel cas il peut être affilié à une mutualité. Cette règle vaut également pour les personnes qui séjournent en ILA. La situation d'emploi peut être consultée auprès de la Banque-Carrefour. Depuis 2019, la réglementation concernant les permis de travail a changé, de sorte que les personnes disposant d'une attestation d'immatriculation peuvent travailler après une période d'attente de quatre mois (c'est mentionné sur l'attestation d'immatriculation et non plus réglé via un permis de travail distinct). Il est fortement recommandé de suivre périodiquement la situation de l'emploi des bénéficiaires en séjour légal en consultant les flux BCSS et en incluant les résultats dans le rapport social.

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

En vertu de l'article 32, 1^{er} alinéa, 14° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sur l'assurance-maladie, les étudiants, qui suivent un enseignement de troisième niveau dans un institut d'enseignement de jour, peuvent être considérés comme des ayants droit pour les prestations médicales.

Plus d'informations à l'adresse <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/enseignement-3e-niveau-delivrer-attestation-inscrire-mutualite-etudiant.aspx>

Les étrangers mineurs non accompagnés et les mineurs européens non accompagnés peuvent également s'affilier à une mutualité. www.inami.fgov.be

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

Pour pouvoir vous inscrire en tant que personne à charge, votre revenu trimestriel ne peut excéder 2.534,53 euros bruts (montant 2020, <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/personnes-charge-revenus-autorises.aspx>).

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

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

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

Dans le cadre de l'épuisement des droits, le CPAS est tenu de demander à la mutuelle si l'affiliation de résidents légaux pouvant être à la charge d'une personne déjà affiliée une mutuelle est possible. Si une personne à charge en séjour légal ne peut être affiliée, la preuve doit en être apportée dans le dossier. Il s'agit en l'occurrence de personnes qui, selon le registre national, sont inscrites à la même adresse que l'ayant droit/titulaire (personne affiliée à la mutuelle) et qui perçoivent un revenu trimestriel brut maximum de 2.534,53 euros.

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

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

Si un CPAS n'affilie pas ou ne fait pas affilier une personne à une mutualité alors que cette personne peut l'être, l'inspection donnera lieu à une récupération des frais médicaux découlant des soins dispensés à partir de 3 mois après la date d'affiliation possible (date à laquelle quelqu'un devient affiliable). Ce n'est pas le cas lorsque le CPAS peut justifier, par écrit, sur base de raisons fondées, que l'affiliation de la personne concernée à une mutualité a requis plus de trois mois après la date d'affiliation possible.

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

- si les frais sont prescrits⁴, une preuve doit être envoyée au service Revenu d'intégration/Loi 65 concernant l'annulation de l'affiliation avec effet rétroactif. Cette preuve est une copie du courrier de la mutuelle adressé à l'intéressé ou au CPAS, où il est mentionné que l'intéressé n'est plus affilié dès la date X avec effet rétroactif. La lettre originale doit être conservée dans le dossier pour l'inspection ;
- la conservation des (copies de) factures ou aperçus de remboursements de la mutuelle. En cas de contrôle, on doit toujours pouvoir vérifier de quels soins il s'agissait.

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

Ceci signifie, pour les bénéficiaires dans le cadre de la loi du 02/04/1965, que seule une cotisation personnelle peut être réclamée par l'organisme d'assurance maladie pour les statuts A, B, F et I SI ces personnes n'ont pas reçu d'aide financière depuis 3 mois sans interruption ou 6 mois interrompus. L'exemption du paiement de la cotisation, une fois octroyée, reste maintenue jusqu'au 31/12 de l'année suivante. Informez-vous donc auprès de la mutualité lorsque vous affiliiez quelqu'un.

Ceci s'applique également à ce qui suit : la réglementation relative à l'octroi d'une intervention majorée à une personne a changé en mai 2014. L'INAMI a publié une circulaire 2014/209 à ce sujet (20/05/2014) portant sur la nature des revenus à prendre en compte. Si le bénéficiaire est affilié à une mutualité, il faut veiller à ce qu'il obtienne le statut le plus favorable. L'inspecteur part du principe qu'une personne affiliée à une mutualité a le statut d'intervention majorée auprès de cette mutualité. Si ce n'est pas le cas, le CPAS doit pouvoir prouver pourquoi elle n'a pas obtenu ce statut.

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

Il peut arriver qu'une mutuelle impose lors de la **réaffiliation** un **délai d'attente** aux personnes bénéficiaires du CPAS. Toutefois, cela n'est pas autorisé pour les personnes qui reçoivent un revenu d'intégration ou une autre aide du CPAS. Selon l'article 130 de l'AR du 3/07/1996 (arrêté royal portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités), une mutuelle ne peut pas facturer de délai d'attente en cas de réaffiliation d'un bénéficiaire du CPAS. Le cas échéant, le CPAS doit en informer la mutuelle.

« Art. 130 §2. Les dispositions du §1^{er} ne s'appliquent cependant pas aux :
...

5. ¹ les titulaires dont on reconnaît qu'ils se trouvent dans une situation digne d'intérêt ... ainsi que les personnes qui démontrent qu'elles bénéficient d'un des avantages suivants :
a) le revenu d'intégration institué par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ;
b) le secours totalement ou partiellement pris en charge par l'État fédéral sur la base des articles 4 et 5⁵ de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale. »

⁴ Il y a plus d'une année (+ fin trimestre) entre la date de la dispensation des soins et la date à laquelle les frais ont été envoyés au SPP IS.

⁵ L'article 4 de la loi du 02/04/1965 concerne les frais dans un établissement de soins et l'article 5 concerne « l'assistance », développée via l'arrêté ministériel du 30/01/1995, article 1 (aide sociale - revenu d'intégration équivalent), article 2 (allocations familiales garanties) et article 3 (frais médicaux et pharmaceutiques en dehors de l'établissement de soins).

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

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

Le dossier doit préciser clairement la date d'affiliation d'une personne à la mutuelle. La date d'affiliation à la mutuelle doit être précisée dans le dossier ainsi que, de préférence, dans un rapport social. La preuve de l'affiliation à une mutuelle peut être fournie, soit en conservant une lettre de la mutuelle dans le dossier, soit une preuve de mutation de la BCSS, soit sur la base de l'échange de courriers électroniques entre le CPAS et la mutuelle.

Les cotisations pour la protection sociale flamande ne sont pas remboursées par le SPP.

b) Une autre assurance ou un tiers

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

- une assurance maladie publique dans le pays d'origine (cf. aussi 2.4.b)i.)
- une assurance voyage (cf. aussi 5.c))
- une assurance accidents de travail (souvent seulement après une longue procédure (judiciaire))
- une assurance scolaire (souvent seulement après une intervention (fictive ou non) de l'assurance maladie)

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

- un garant (cf. aussi A.4.b)ii.)
- un débiteur alimentaire (partenaire ou parent au premier degré)

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

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

à charge de ceux qui doivent des aliments au bénéficiaire et ce à concurrence du montant auquel ils sont tenus pour l'aide octroyée ;

à charge de ceux qui sont responsables de la blessure ou de la maladie qui a rendu nécessaire l'octroi de l'aide.

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

Ces provisions ne signifient toutefois pas que la présence théorique possible, par exemple, d'une assurance ou d'un garant (sans avoir déjà étudié ce point) oblige le CPAS à refuser les frais.

L'intéressé doit épuiser ses droits en contactant l'assureur ou le tiers et en insistant pour qu'il intervienne dans les frais médicaux. Cela prendra souvent le temps nécessaire. Il est donc possible dans ces cas d'introduire des frais via le SPP IS (ou de créer une carte médicale) dans l'attente de la réponse de l'assurance et/ou de l'enquête sur l'intervention possible d'un tiers.

Au cas où le CPAS déciderait d'intervenir, le dossier doit être suivi attentivement (en recherchant le débiteur alimentaire, en invitant le garant, en contactant l'assurance par courriel ou par lettre, etc.). Ce

suivi/établissement de subrogation se reflète dans le rapport social et les documents probants afférents. Le CPAS doit exercer son droit de récupération au moment où l'assureur ou le tiers est sur le point d'intervenir. Les montants perçus doivent être reversés au SPP IS à l'aide du formulaire F. Si le CPAS ne démontre pas le suivi du dossier, le service d'inspection se réserve le droit de récupérer l'allocation auprès du CPAS. Le CPAS a toutefois le droit de décider de manière autonome de refuser, avec motivation, les frais en raison du caractère non résiduaire, en cas d'existence établie d'un assuré ou d'un tiers. Ce n'est pas l'existence théoriquement possible d'un garant, d'un assureur ou d'un débiteur alimentaire, mais leur existence réellement établie, qui constitue le fondement de l'éventuelle décision de refus.

Ci-dessous, les deux principaux acteurs concernant l'épuisement des droits sont examinés.

i. Interroger une mutualité dans le pays d'origine via la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI)

Les questions posées à la **CAAMI** visent à déterminer si l'intéressé a conclu une assurance-maladie dans son propre pays et doivent être envoyées à iri.enquete@caami.be - iri.enquete@hziv.be

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

Les CPAS doivent utiliser un formulaire standard lorsqu'ils veulent savoir par la CAAMI si une personne a une assurance-maladie à l'étranger (circulaire du 24 janvier 2012). Certaines données doivent obligatoirement être transmises. Voir ANNEXE 3. C'est notamment le cas des données d'identification de la personne. Sont obligatoires :

- le nom ;
- le prénom ;
- la date de naissance ;
- le pays pour lequel la recherche doit être effectuée. Ce peut être le pays correspondant à la nationalité de l'intéressé mais aussi le dernier pays dans lequel il a séjourné (ex. pour un Allemand ayant résidé plus longtemps en Espagne, il faut pour cela poser la question pour l'Allemagne ET l'Espagne)), la dernière adresse dans le ou les pays concerné(s) ainsi que la période.

Le bénéficiaire doit fournir ces données au CPAS afin que ce dernier puisse mener l'enquête sociale comme il se doit.

De plus amples informations sur la procédure de demande de ces informations auprès de la CAAMI sont expliquées dans un pdf à la page suivante : <https://www.caami-hziv.fgov.be/fr/assurabilit%C3%A9-%C3%A0-l%C3%A9tranger>.

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

Dans certains cas, le CPAS peut ne pas encore disposer de l'information relative à l'assurance ou non du bénéficiaire dans son pays d'origine. La carte médicale peut être créée dès le moment où le CPAS invite la CAAMI à s'informer sur l'assurance dans le pays d'origine.

Lorsque le CPAS apprend de la CAAMI qu'il y a effectivement une assurance, la carte médicale doit être annulée administrativement le plus rapidement possible et certainement avant la fin du mois au cours duquel le CPAS a été informé par la CAAMI. Les frais liés à une carte médicale qui sont encourus malgré le message de la CAAMI indiquant qu'il existe une assurance seront réclamés en cas d'inspection à partir du 1^{er} du mois suivant le message de la CAAMI.

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

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

- la preuve que la CAAMI a été interrogée si cela s'avère obligatoire (voir ci-dessus) ;
- la réponse éventuelle de la CAAMI.

ii. Questionner l'Office des Étrangers (OE) concernant la présence d'un garant

Dans le cas de la prise de contact avec l'OE, la question est de savoir s'il y a un garant.

Pour toutes les personnes provenant d'un pays soumis à l'obligation de visa, le **cautionnement** doit être examiné si le bénéficiaire ne séjourne pas encore depuis deux ans sur le territoire belge, en séjour légal ou non.

Le cautionnement pour soins médicaux est en effet valable deux ans. Le CPAS interroge l'OE et conserve la réponse éventuelle dans le dossier.

S'il n'y a pas de garant, cela signifie en principe que l'intéressé dispose de moyens propres suffisants. Si le CPAS veut malgré tout prendre des frais à sa charge, une enquête socio-financière minutieuse doit être menée afin d'évaluer les moyens et l'état d'indigence de la personne intéressée.

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

Dès que le CPAS aura ensuite reçu les données sur l'existence du garant, il révisera directement sa décision et, si nécessaire, il interrompra sa décision de prestation de service social sans effet rétroactif (en présence d'un garant). Si des frais ont déjà été mis à la charge du SPP, le CPAS fera le nécessaire pour tenter de récupérer la prestation de service social auprès du garant, et les montants reçus seront remboursés au SPP via le formulaire F. Le service d'inspection du SPP veillera à ce que le CPAS ait effectivement fait le nécessaire pour tenter de récupérer les frais, sous peine de recouvrement de ces frais si cela n'était pas le cas.

S'il y a un garant, il faut obligatoirement contacter celui-ci pour lui demander de prendre en charge les frais médicaux. Le garant assume intégralement les frais, ou la partie des frais qu'il peut supporter suivant l'enquête sociale du CPAS (le garant est (partiellement) insolvable). En cas d'insolvabilité (partielle), un plan de remboursement doit être dressé. Si le garant ne réagit pas à la demande du CPAS ou refuse/arrête de payer, le gestionnaire financier doit continuer d'assurer le suivi du dossier et faire le nécessaire pour que le montant nécessaire soit récupéré du garant. Ce qui est remboursé par le garant au CPAS doit être transféré via le formulaire F au SPP IS.

Si le garant **(pour une garantie valable pour la Belgique)** se trouve en dehors de la Belgique, l'intervention du CPAS se limite à contacter une fois le garant (preuve dans le dossier) si l'adresse est connue. Dans ce cas, le CPAS peut aussi toujours décider que l'intéressé doive épuiser ses droits **(pour**

la période durant laquelle la caution est encore valable). Une garantie s'applique pays par pays. Une garantie constituée aux Pays-Bas, par exemple, est valable pour les Pays-Bas et non pour la Belgique.

Quelle action doit être entreprise par le CPAS à l'égard de l'OE ?

En ce qui concerne les demandes adressées à l'OE pour vérifier la présence d'un garant, la procédure suivante sera appliquée :

- introduire la demande par mail (mention du nom, prénom, date de naissance, nationalité) et conserver celle-ci dans le dossier. Conserver la réponse éventuelle dans le dossier et interroger obligatoirement le garant ;
- Interroger UNIQUEMENT pour la catégorie de personnes appropriée, à savoir les personnes provenant d'un pays soumis à l'obligation d'un visa qui ont introduit une demande de prise en charge de frais médicaux et pour lesquelles le visa a été délivré depuis moins de deux ans. Pour les personnes en procédure d'asile, d'une part, et pour celles qui séjournent ici depuis plus de deux ans, d'autre part, cette demande ne doit JAMAIS être introduite ;
- si le visa de la personne concernée n'a pas été délivré par la Belgique, l'OE ne doit pas être contacté, étant donné qu'il n'existera pas de garant en Belgique. Le dossier doit toutefois contenir une copie du passeport, dont il ressort qu'un autre pays que la Belgique a délivré le visa. Le rapport social doit également mentionner cette donnée.

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

1. Pour les Courts Séjours, annexe 3 bis néerlandophone **et francophone** :
Koen Callaert : koen.callaert@ibz.fgov.be – n° tél. 02/793.86.30
2. Pour les Longs Séjours, annexe 32 néerlandophone :
Jo Engelen: jo.engelen@ibz.fgov.be – tél. 02/793.87.16
3. Pour les Longs Séjours, annexe 32 francophone :
Bernard Baillieux: bernard.baillieux@ibz.fgov.be - n° tél. : 02/793.86.79

Si la personne provient en outre d'Algérie, de Tunisie ou de Turquie et n'a pas encore séjourné un an en Belgique, la CAAMI doit être contactée pour vérifier l'assurance dans le pays d'origine via l'organe de liaison (cf. aussi A.4.b)ii.). La preuve de questionnement de la CAAMI et l'éventuelle réponse doivent être conservées dans le dossier. La liste des organes de liaison existants peut être obtenue sur demande à question@mi-is.be (Front Office) ou téléchargée sur www.mi-is.be (sous la rubrique « Aide médicale »).

5. Principes supplémentaires concernant certaines catégories de bénéficiaires

a) No-Show

Il s'agit ici de personnes qui ont été affectées à un centre fédéral d'accueil (voir le code 207 centre d'accueil) ou à une ILA et qui ne s'y présentent pas mais qui préfèrent habiter ailleurs. Le paiement des frais médicaux pour une personne qui est affectée à un centre d'accueil (centre d'accueil fédéral) doit être réglé avec Fedasil (cellule frais médicaux, rue des Chartreux 21, 1000 Bruxelles, 02/213.43.00 - medic@fedasil.be). Le règlement des frais médicaux pour les no-shows qui sont affectés à une ILA ne diffère pas du règlement des frais médicaux pour les personnes qui séjournent bel et bien à l'ILA. Ces frais médicaux sont remboursés selon les lois en vigueur par le SPP, après l'introduction des formulaires A, B et D. Comme d'habitude, il faut aussi prêter suffisamment d'attention à l'enquête sociale dans le cas d'un no-show.

b) Les citoyens de l'Union et les membres de leur famille⁶

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

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

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

« Si l'article 57quinquies de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS exclut temporairement certaines personnes du droit à l'aide sociale, ceci ne signifie pas qu'elles sont exclues du droit à l'aide médicale urgente.⁷ »

Ceci implique obligatoirement :

- que les conditions d'ouverture du droit à l'aide médicale urgente énoncées dans l'arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'action sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume, doivent être remplies (à l'exception du séjour illégal) ;
- qu'il ressort de l'enquête sociale menée par le CPAS que l'état d'indigence est établi ;
- que l'intéressé ne relève pas de l'assurance-maladie belge ou de celle de son pays d'origine ou qu'il n'a pas et ne peut conclure d'assurance couvrant intégralement les frais médicaux dans le pays.

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

Voir <https://www.mi-is.be/fr/europeens> « Schéma UE RF UE » pour une représentation schématique des droits des citoyens de l'UE.

⁶ À distinguer des ressortissants de l'UE qui résident sur le territoire belge, mais PAS dans le cadre de l'exercice de leur droit à la libre circulation (par exemple, demandeur d'asile, demandeur de régularisation).

⁷ Les personnes qui ne sont pas exclues du droit à l'aide sociale ont droit à l'aide médicale et ne peuvent donc pas prétendre à l'aide médicale urgente.

1. Les formes du droit au séjour

Les citoyens de l'Union (et les membres de leur famille) peuvent avoir trois droits de séjour différents sur le territoire belge dans le cadre de leur droit à la libre circulation :

1.1. Un séjour de moins de trois mois

Le citoyen de l'Union et les membres de sa famille qui font appel au droit de séjour de moins de trois mois se trouvent dans une situation de séjour à caractère touristique ou autre séjour de courte durée, ce qui implique que le système de sécurité sociale belge n'interviendra pas.

Il s'agit concrètement de la situation où les deux conditions suivantes sont remplies :

- L'intéressé n'a pas introduit de demande de droit de séjour de plus de trois mois (il n'y a pas d'annexe 19 ou 19ter).
- L'intéressé ne réside pas encore depuis trois mois sur le territoire belge.
 - Le rapport social indique depuis combien de temps une personne séjourne déjà en Belgique. Le dossier doit de préférence inclure des documents permettant d'étayer la durée du séjour telle qu'elle est indiquée dans le rapport social. En l'absence de documents justificatifs, on considère que la personne vit en Belgique depuis moins de trois mois, sauf si le rapport social contient une explication très claire. On entend par une telle explication qu'il ne peut y avoir aucun doute sur la durée du séjour d'une personne en Belgique. Toutefois, le CPAS ne peut à cet égard pas se baser uniquement sur les déclarations de l'intéressé s'il a des doutes sur la véracité de ces déclarations. Les documents justificatifs peuvent être de toutes sortes (preuve de la demande d'annexe 19, contrat de bail, inscription dans une haute école, preuve d'inscription à la commune, ... (attention, cette liste n'est pas exhaustive)).

Dans ce cas, l'intéressé ne sera **pas** affiliable à une mutualité. Il n'existe pour le touriste de l'UE/autre court séjour aucune intervention du SPP IS dans les frais médicaux. Voir aussi <https://www.milis.be/fr/europeens> (Schéma UE RF UE)

 Si l'intéressé reste sur le territoire belge après ce séjour de moins de trois mois et n'introduit pas de demande pour obtenir un droit de séjour de plus de trois mois (donc pas d'annexe 19 ou 19ter), l'intéressé séjourne illégalement sur le territoire. Par conséquent, il ou elle ne sera pas affiliable à une mutualité. La durée du séjour est précisée dans le rapport social, de préférence accompagnée de pièces justificatives. Dans ce cas, un droit à l'aide médicale urgente peut être ouvert.

1.2. Un séjour de plus de trois mois

Si le citoyen de l'Union ou le membre de sa famille a introduit une demande de droit de séjour de plus de trois mois, il/elle reçoit une annexe 19 (le citoyen de l'Union) ou 19ter (les ressortissants de pays tiers membres de la famille du citoyen de l'Union).

Ce droit de séjour de plus de trois mois peut être demandé à différents titres (ce qui est par ailleurs mentionné sur l'annexe 19/19ter). S'il s'agit du regroupement familial d'un ressortissant de pays tiers avec un citoyen de l'Union, le droit du membre de la famille dépendra généralement du droit du citoyen de l'Union avec lequel il a demandé le regroupement familial.

- Un citoyen de l'Union (ou un membre de sa famille) séjournant sur le territoire belge **en qualité de demandeur d'emploi** a toujours droit à une aide médicale urgente si les conditions sont remplies (voir ci-dessous).
- Un citoyen de l'Union (ou le membre de sa famille) qui séjourne sur le territoire belge **en qualité d'employé ou d'indépendant** a toujours droit à l'aide sociale. Si les conditions suivantes sont remplies (voir ci-dessous), cela implique également un droit au remboursement des frais médicaux. Il n'y a plus de limitation à l'aide médicale urgente.
- Un citoyen de l'Union (ou un membre de sa famille) séjournant sur le territoire belge **en qualité d'étudiant ou de personne disposant de moyens de subsistance suffisants** a droit à l'aide médicale urgente pendant les trois premiers mois suivant la délivrance de l'annexe 19/19ter si les conditions ci-dessous sont remplies. Après ces trois mois, il y a droit à une aide sociale. Si les conditions suivantes sont remplies (voir ci-dessous), cela implique également un droit au remboursement des frais médicaux. Il n'y a plus de limitation à l'aide médicale urgente.

Pour être sûr d'être affilié à une mutualité, la demande d'un droit de séjour de plus de trois mois devra être approuvée par l'OE. Si c'est le cas, cela se traduit par une annexe 8(ter) ou 9, une carte E, une carte UE ou une carte F.

1.3. Un droit de séjour permanent

Le droit de séjour permanent est accordé aux citoyens de l'Union et aux membres de leur famille après un séjour légal et ininterrompu d'une durée de cinq ans sur le territoire belge. Il importe de souligner que lorsqu'un citoyen de l'Union se voit accorder un droit de séjour permanent, celui-ci ne renvoie plus vers la qualité sur laquelle est basée le droit de séjour. Le droit de séjour permanent se traduit par la délivrance d'une annexe 8quater, d'une carte E+, d'une carte EU+ ou d'une carte F+. L'intéressé est dans ce cas affilié à une mutualité.

2. Le droit à l'aide médicale urgente pour laquelle l'attestation d'aide médicale urgente est requise

À la suite de l'arrêt de la Cour constitutionnelle⁸ et des dispositions de l'AR relatif à l'aide médicale urgente, l'attestation d'aide médicale urgente n'est non plus requise pour les personnes séjournant illégalement sur le territoire, mais ne l'est également plus pour les catégories suivantes de citoyens de l'Union séjournant légalement sur le territoire :

- Les personnes titulaires d'une annexe 19/19ter en qualité de demandeurs d'emploi, quelle que soit la durée de leur séjour en Belgique.

⁸ Arrêt n° 95/2014 du 30 juin 2014 rendu par la Cour constitutionnelle. Cet arrêt a annulé partiellement l'interprétation de l'article 57quinquies de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS et considère que les personnes qui entrent dans le champ d'application de cette disposition ne sont pas exclues du droit à l'aide médicale urgente.

- Les personnes munies d'une carte E, carte EU, carte F en qualité de demandeur d'emploi.
- Les personnes qui sont en possession d'une annexe 19/19ter en qualité d'étudiant/personne disposant de moyens de subsistance suffisants pendant les trois premiers mois à compter de la date de délivrance de l'annexe 19/19ter.

3. Procédure à suivre lorsqu'un citoyen de l'Union (et les membres de sa famille) demande une aide pour le paiement des frais médicaux (y compris le ticket modérateur)

- Il doit y avoir une demande d'aide signée de l'intéressé
- L'assurabilité doit être vérifiée :
 - (1) en Belgique (l'intéressé est-il affilié à une mutualité belge ou le CPAS peut-il faire affilier l'intéressé⁹, soit en tant que titulaire, soit en tant que personne à charge ?)
 - (2) à l'étranger, si la personne concernée vit en Belgique depuis moins d'un an. L'enquête sociale doit déterminer depuis combien de temps la personne séjourne en Belgique de manière ininterrompue. Il faut prendre contact avec la CAAMI afin qu'elle puisse contacter les organes de liaison du pays dont la personne provient. Cet organe de liaison va vérifier si l'intéressé est ou non affilié à une mutualité ou à une assurance de ce pays. La preuve écrite de la demande faite à la CAAMI (et la réponse éventuelle) doit(ven)t être jointe(s) au dossier pour les besoins de l'inspection. Vous pouvez demander la liste des organes de liaison existants à l'adresse question@mi-is.be (Front Office) ou la télécharger sur www.mi-is.be (dans la rubrique « Santé ») ;
- Une enquête sociale sur l'état d'indigence doit être effectuée et il doit être déterminé quelle était la situation de séjour du citoyen de l'Union (ou du membre de sa famille) au moment de la demande (laquelle des 3 formes mentionnées ci-dessus est applicable). Pour cela, l'annexe 19/19ter doit le cas échéant être vérifiée (voir à ce sujet aussi le point 1.1.E de la circulaire du 05/08/2014).
- Enfin, le CPAS doit décider d'accorder ou non une aide.

c) Personnes provenant d'un pays soumis à l'obligation de visa ¹⁰ et bénéficiant d'une autorisation de séjour de moins de trois mois + ces personnes qui séjournent dans le pays de manière clandestine après l'expiration de leur visa

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

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

⁹ Obligation selon la loi organique, art. 60, § 5

¹⁰ La liste des pays dont les résidents ont besoin d'un visa est publiée sur www.ibz.fgov.be, rubrique contrôles frontaliers, puis rubriques visa et obligation de visa.

Pour ces personnes, il faut vérifier s'il y a éventuellement un garant, quelle est la raison du séjour et une enquête socio-financière plus approfondie doit être menée.

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

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

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

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

a. Pas d'intervention du SPP

Depuis le 1^{er} juin 2004, les personnes ayant introduit une demande de visa de moins de trois mois doivent apporter la preuve qu'elles sont couvertes par une assurance maladie suffisante (souvent l'assurance voyage assistance médicale). La mesure européenne¹¹ sur laquelle est basée cette disposition précise que seules les personnes d'une nationalité étrangère à l'Union européenne sont concernées. Ces personnes ont besoin d'une assurance voyage individuelle ou collective, avec couverture pour le rapatriement médical, soins médicaux urgents et/ou traitement d'urgence à l'hôpital. Cette assurance doit en principe être conclue dans le pays d'origine et couvrir l'intégralité du séjour autorisé, avec une couverture minimale de 30.000 € par personne.

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

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

Si l'assurance voyage intervient, seuls les frais dépassant le plafond de 30.000 € peuvent être mis à la charge du SPP IS. Il faut évidemment vérifier s'il y a éventuellement un garant et l'enquête socio-financière doit être menée. **Une fois que l'on sait qu'il existe une assurance voyage qui interviendra, il faut consulter l'établissement de soins avant qu'il ne facture les frais à la CAAMI via Mediprima, afin que les frais facturés à Mediprima soient uniquement ceux qui dépassent 30 000 €. Le CPAS doit conserver dans le dossier une preuve écrite de l'établissement de soins qui indique le coût total de la facture.**

c. Intervention du SPP IS en cas de refus motivé

S'il y a une assurance voyage, qui refuse toutefois d'intervenir, et que le CPAS décide d'une prise en charge, le dossier du CPAS doit comprendre une preuve écrite (courrier ou courriel) dans laquelle l'assureur voyage motive le refus d'intervenir. Si le CPAS et/ou le bénéficiaire estime que la motivation est insuffisante, il est demandé de recueillir des informations complémentaires auprès de l'assureur voyage et, si nécessaire (suivant l'avis du bénéficiaire ou du CPAS), de contester la décision dans le cadre

¹¹ Décision du Conseil des ministres du 22/12/2003 modifiant la partie V, point 1.4, des instructions communes sur les visas et partie I, point 4.1.2, du manuel commun, à savoir l'enregistrement de la preuve d'assurance voyage, par les pièces justificatives à présenter, pour couvrir les frais médicaux si un visa d'entrée est remis (2004/17/CE).

de l'épuisement des droits. Entre-temps, le SPP IS peut intervenir dans les frais, mais les montants qui pourraient être reçus ultérieurement par le CPAS de l'assureur voyage doivent être transférés via le formulaire F.

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

d. Pas d'intervention du SPP IS sauf exceptions

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

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

Dans le cas des diplomates, il n'y a, sauf dans des cas très exceptionnels, pas d'intervention du SPP IS. Si le CPAS estime qu'il doit intervenir pour une demande du personnel diplomatique, il doit contacter le SPP IS via question@mi-is.be (Front Desk).

Pour ces cas, on exige au moins :

- Une preuve de l'assurance qu'elle n'intervient pas ;
- La demande d'une mutuelle belge et, si possible, la preuve que celle-ci a été refusée (si cette dernière n'est pas obtenue, il est obligatoire de contacter le SPP IS) ;
- Une enquête socio-financière approfondie pour prouver l'indigence vu qu'il s'agit de personnes ayant un emploi rémunéré.

Pour toutes les personnes provenant d'un pays soumis à l'obligation de visa, le **cautionnement** doit être examiné si le bénéficiaire séjourne depuis moins de deux ans sur le territoire belge, en séjour légal ou non.

Le cautionnement pour soins médicaux est en effet valable deux ans. Le CPAS interroge l'**OE** et conserve la réponse éventuelle dans le dossier. (voir le document d'information, chapitre A.4.b)ii.)

d) Personnes provenant de pays non membres de l'UE non soumis à l'obligation de visa en séjour légal + les mêmes personnes qui séjournent clandestinement en Belgique au bout d'un certain temps

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

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

L'exemption de l'obligation de visa ne signifie pas que ces personnes ont un droit d'entrée inconditionnel. L'exemption pour les personnes provenant de la liste des pays non soumis à l'obligation de visa¹² (voir annexe 1 du présent document d'information) est en effet soumise à des conditions d'entrée. Les personnes non soumises à l'obligation de visa doivent pouvoir prouver, en cas de contrôle à la frontière, qu'elles remplissent les **conditions générales d'entrée**. Pour ce faire, les preuves suivantes doivent être présentées :

- la preuve de l'objet du voyage
- la preuve des conditions du séjour
- **la preuve de moyens de subsistance suffisants pour les frais de séjour et le voyage de retour : un engagement de prise en charge ou des propres moyens de subsistance**

Pour les personnes provenant de pays non soumis à l'obligation de visa, on considère par conséquent qu'elles disposent soit de moyens propres suffisants, soit d'un garant, puisque, sans cela, ces personnes ne remplissent pas les conditions d'entrée en Belgique.

Lorsqu'une personne provenant d'un pays non soumis à l'obligation de visa est entrée en Belgique sans disposer de moyens financiers propres suffisants, elle doit donc avoir un garant. Si la personne concernée n'a ni moyens propres, ni garant, elle n'a pas épuisé ses droits. Par conséquent, pendant la période de la déclaration d'arrivée (souvent pendant la période de 3 mois sous le statut de « touriste »), il n'y a pas de droit à une intervention dans les frais médicaux en raison du non-épuisement des droits.

Toutefois, après l'expiration de la déclaration d'arrivée, l'intéressé peut introduire une demande pour une prise en charge des frais médicaux. Pour les personnes provenant de ces pays qui se présentent, après la déclaration d'arrivée, sans données d'assurance et qui séjournent en Belgique depuis moins d'un an, il faut prendre contact via la CAAMI avec les organes de liaison des pays pour lesquels un organe de liaison est connu. La preuve écrite de la CAAMI doit être jointe au dossier. Si l'intéressé séjourne donc depuis moins d'un an en Belgique et est originaire d'un pays ayant un organe de liaison, la CAAMI doit obligatoirement être sollicitée, même si l'intéressé est en séjour illégal. Si une personne provient d'un pays sans organe de liaison, le CPAS doit interroger l'intéressé quant à l'existence d'une assurance. Ces preuves doivent se trouver dans le rapport social.

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

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

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

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

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

¹² Annexe II du règlement 2018/1806 du 14 novembre 2018

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

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

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

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

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

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

B. La décision de prise en charge

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

Si l'on constate que les circonstances n'ont pas changé et que l'indigence est donc restée la même, les dossiers peuvent être, dans ce dernier cas, introduits sous forme de liste auprès du Conseil/Comité spécial du Service social, dans le but d'approuver la prolongation de l'aide.

Une décision doit toujours être assortie d'un délai de validité ou spécifier une date avant laquelle la décision devra être revue.

La communication écrite (notification) de la décision doit être formulée de manière telle que le demandeur puisse la comprendre et en vérifier l'exactitude. Dans cette perspective, une copie du compte-rendu n'est donc pas recommandée.

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

« À compter du jj/mm/aa, le CPAS prend en charge les frais médicaux et pharmaceutiques, selon les règles de l'assurance maladie (y compris le/à l'exclusion du ticket modérateur (*biffer la mention inutile*)). Le CPAS délivre également une carte médicale pour les frais résultant de soins donnés dans un établissement de soins (comme un hôpital). Cette décision sera revue dans un an au plus tard. »

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

C. Mediprima

1. Base juridique Mediprima

Les frais d'hôpital pour les personnes non affiliables à une mutuelle sont gérés par MEDIPRIMA depuis le 1/06/2014 (date du soin). Ceci est clarifié dans la circulaire du 24/12/2013 relative au projet MEDIPRIMA phase 1.

En 2019, le système Mediprima a commencé à être élargi aux médecins généralistes. Cet accès continuera à être déployé en 2022, y compris en ce qui concerne les pharmaciens. Vous en serez informé via d'autres canaux d'information du SPP IS. Vous devrez bien entendu à partir de ce moment suivre les instructions qui vous seront communiquées.

MediPrima est un système informatisé qui permet la gestion électronique de l'aide médicale octroyée par les CPAS. Ce système couvre tout le cycle des décisions de prise en charge des frais médicaux, depuis l'octroi de l'aide à la personne et son enregistrement dans une base de données par le CPAS, jusqu'au remboursement automatisé des dispensateurs de soins par la CAAMI. Les décisions électroniques enregistrées dans MediPrima sont accessibles à tous ceux qui, dans le cadre de l'aide médicale, doivent les consulter.

Pour plus d'informations sur MEDIPRIMA, veuillez consulter le site <https://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima>.

2. Création d'une carte médicale

Afin de garantir la prise en charge par l'État des frais médicaux et pharmaceutiques, le CPAS doit prendre une décision dans un délai de 60 jours à compter de la date du début de la dispensation des soins. Le délai commence à courir à la date d'admission pour une hospitalisation ou à la date de la prestation médicale pour les autres soins. Les frais pour des aides octroyées pendant une période de plus de 60 jours avant la décision ne sont pas pris en charge par l'État.

Pour assurer une prise en charge des frais prévus par l'État (représenté par le SPP IS), le CPAS doit communiquer sa décision finale d'intervention (dans un délai de 60 jours) au SPP IS. Pour ce faire, il doit introduire sa décision dans le système centralisé (dans MediPrima) via son logiciel social au plus tard au moment de la communication de la décision à l'intéressé (maximum 8 jours).

Nous avons vu au chapitre A.2. qu'une distinction doit être faite entre les personnes avec un revenu et les personnes sans revenu, puisque le ticket modérateur des soins ambulatoires des personnes qui bénéficient d'un revenu n'est plus payée. Le CPAS doit pour ce faire sélectionner correctement le flag « Revenu supérieur ou égal au revenu d'intégration ».

Veuillez consulter l'adresse <https://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/mediprima> pour un mode d'emploi plus détaillé et technique sur la façon de créer la carte médicale via Mediprima.

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

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

Une exception à la délivrance d'une carte médicale pour une période limitée concerne le cas où le CPAS prévoit qu'une personne sera prochainement affiliée à une mutuelle ou pourra par exemple avoir recours à une assurance/un garant. Voir également la procédure à appliquer pour interroger la CAAMI au point A.4.b)i.).

Étant donné que l'intervention du CPAS est toujours résiduaire, l'intéressé doit épuiser ses droits en s'affiliant à une mutualité et/ou en contactant l'assureur ou le tiers et en insistant pour qu'il intervienne dans les frais médicaux. Cela prendra souvent le temps nécessaire. Il est donc possible dans ces cas d'introduire des frais via le SPP IS (ou de créer une carte médicale) dans l'attente de la réponse de l'assurance et/ou de l'enquête sur l'intervention possible d'un tiers.

3. Annulation de la carte médicale

Le système suivant s'applique pour Mediprima : une personne reste dans la base de données Mediprima jusqu'à ce qu'elle soit assurée. Dès qu'elle s'affilie à une mutualité, il faut mettre fin à la décision dans la base de données Mediprima.

Lorsque le CPAS apprend que l'affiliation à une mutualité est en ordre (via l'intéressé, la mutualité elle-même ou une mutation BCSS), ce CPAS annule le plus rapidement possible la carte médicale Mediprima.

La règle des 3 mois vaut également pour les dossiers Mediprima. Le SPP IS ne remboursera aucuns frais datant de plus de trois mois après la date à laquelle l'affiliation était possible (à l'exception d'éventuels tickets modérateurs), à moins que le CPAS ne soit en mesure d'invoquer une raison valable pour le retard d'affiliation (à l'aide, par exemple, d'une lettre ou d'un courriel de la mutualité). Dans ce cas, les frais à partir du moment où l'intéressé aurait dû être affilié sont récupérés auprès du CPAS.

Lorsqu'une personne a été affiliée rétroactivement, le CPAS ne doit entreprendre aucune démarche pour récupérer les frais éventuellement déjà pris en charge par l'État pour la période concernée.

Par exemple : l'intéressé reçoit une carte de séjour A le 18/04/2021. La mutualité affine l'intéressé le 7/06/2021 à compter du 01/04/2021 et le CPAS reçoit un avis de mutation BCSS le 10/06/2021 :

Le 10/06/2021 ou très rapidement après cette date, le CPAS annule la carte médicale Mediprima, à savoir lorsque le CPAS apprend que l'affiliation à la mutualité est en ordre. Si le CPAS a omis d'annuler la carte médicale à partir du 10/06/2021 ou très rapidement après cette date, l'inspection en informera le CPAS lors de son contrôle afin qu'il corrige sa procédure en la matière à l'avenir. Tous les frais Mediprima à partir du 18/07/2021 (3 mois à compter du 18/04/2021) seront en tous cas récupérés par l'inspection (à moins que le CPAS ne soit en mesure de démontrer les raisons pour lesquelles l'affiliation n'a pas pu être réglée à temps).

4. Attestation AMU

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

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

Vous trouverez plus d'informations sur les attestations d'aide médicale urgente pour les citoyens de l'Union au point A.5.b).

D. Subvention au moyen de formulaires D

1. Base légale du remboursement des frais médicaux

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

Ce changement a été explicité dans la circulaire du 09/01/2006 relative au remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'arrêté ministériel du 30/01/1995.

2. Distinction entre les différents types de frais médicaux

La loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les CPAS dispose en son article 12 que « les frais recouvrables sont payables sur présentation d'un état de débours... ». Il en résulte que les CPAS ne peuvent porter en compte les frais recouvrables que sur les formulaires D1 et D2 de la loi du 2/04/1965 du service Revenu d'intégration/Loi 65. La présente note vise à préciser ce qui est recouvrable ou non auprès du SPP IS (Service public fédéral de Programmation Intégration sociale).

Quatre types de frais médicaux doivent être distingués :

1. Par **frais médicaux** (formulaire D1), il faut entendre les frais payés pour des prestations médicales en dehors de l'établissement de soins (par exemple la consultation d'un médecin et des examens de laboratoire).
2. Par **frais pharmaceutiques** (formulaire D1), il faut entendre les frais de pharmacien payés en dehors de l'établissement de soins.
3. Par **frais d'hospitalisation** (formulaire D2), il faut entendre les frais payés à l'établissement de soins (avec numéro INAMI) lors d'un séjour à l'hôpital pendant plusieurs jours (donc *avec nuitée*). Les frais recouvrables sont toujours remboursés à 100 %.
4. Par **soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins** (formulaire D2), il faut entendre les frais payés à l'établissement de soins (avec numéro INAMI) lors d'un séjour ou une consultation à l'hôpital *sans nuitée* (une hospitalisation de jour fait donc partie de cette catégorie). Les frais recouvrables sont toujours remboursés à 100 %.

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

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

- **supplément (d'honoraires)** : le montant des honoraires supérieur à celui des honoraires légaux.
- **Les honoraires légaux** = intervention ordinaire/majorée + ticket modérateur

Exemple :

Un médecin demande 25 € pour une consultation. Les honoraires légaux s'élèvent à 19 €. L'intervention majorée s'élève à 17 €.

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

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

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

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

Les personnes qui avaient autrefois le statut VIPO (veuves, invalides, pensionnés, orphelins) ont donc aussi le statut BIM. Le statut BIM est toutefois plus large que l'ancien statut VIPO. Les personnes avec un revenu d'intégration ou l'équivalent au revenu d'intégration bénéficient également de ce statut.

Le tarif de l'allocation majorée est important pour le remboursement des frais médicaux. Les clients du CPAS ont droit après trois mois d'affiliation à la mutuelle à l'allocation majorée, en tant que personne bénéficiant du statut de l'intervention majorée.

3. Aspects administratifs

a) Notification de la décision dans les 45 jours : formulaires B1 & B2

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

- Le formulaire B1 est la notification administrative au SPP IS d'une aide pour des frais médicaux ou pharmaceutiques en dehors de l'établissement de soins (par exemple des factures de médecins généralistes, de dentistes, d'autres spécialistes, de frais pharmaceutiques, ...).
- Le formulaire B2 est la notification administrative au SPP IS d'une aide pour des frais médicaux ou pharmaceutiques au sein de l'établissement de soins (frais de soins ambulatoires ou hospitalisation).

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

Les hôpitaux n'ont pas l'obligation d'informer un CPAS d'une hospitalisation dans un certain délai. Le centre secourant perd toutefois la possibilité de recouvrer les frais de l'aide si l'hôpital avertit le CPAS secourant après le délai de 45 jours à partir de l'hospitalisation. Afin de pouvoir assurer le financement, l'hôpital doit avertir le CPAS au plus vite et certainement dans les 45 jours à partir de l'hospitalisation ; à défaut, le CPAS est mis dans l'impossibilité de recouvrer les frais. Ces modalités ont été portées à la connaissance des gestionnaires d'hôpitaux par la circulaire du 06/07/2000 du Ministre des Affaires Sociales et des Pensions. Pour éviter ces problèmes, le CPAS peut toujours envoyer un formulaire B2 par personne pour toute une année et le prolonger annuellement au besoin. S'il se produit une hospitalisation, le CPAS se trouve toujours dans le délai des 45 jours. Ce qui est décrit ci-dessus constitue

un acte purement administratif. Voir le point B pour ce qui concerne la décision juridique formelle du CPAS et la notification de cette décision.

Pour les CPAS disposant d'un établissement de soins sur leur territoire, une bonne pratique consiste à conclure une convention entre le CPAS et l'établissement de soins. De cette manière, des accords peuvent être fixés en ce qui concerne les délais dans lesquels ils doivent s'informer d'une hospitalisation concernant des personnes séjournant sur leur territoire, la réalisation de l'enquête sociale, l'introduction d'une demande d'aide, etc.

b) Frais médicaux et pharmaceutiques : formulaire D1

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

Exemple : la personne X va en consultation chez le médecin généraliste le 18/11/2021 et chez le dentiste le 20/11/2021. Les frais récupérables de ces deux factures doivent être additionnés et introduits au moyen du formulaire qui a 11/2021 comme date d'entrée en vigueur.

Il en résulte que si par exemple tous les formulaires D1 avec 11/2021 comme date d'entrée en vigueur ont été envoyés en janvier 2022 au SPP IS et qu'une facture de novembre 2021 arrive encore en février 2022, le formulaire D1 concerné de 11/2021 doit être régularisé (le nouveau montant est ajouté au montant initialement communiqué). Il n'est pas permis de mentionner ces frais de novembre 2021 dans le formulaire D1 avec 02/2022 comme date d'entrée en vigueur (date à laquelle la facture arrive ou est payée).

Si une attestation (par exemple celui d'un kinésithérapeute) mentionne plusieurs consultations concernant des mois différents, le CPAS a le choix :

- Soit ventiler les frais sur les différents mois
- Soit mettre tous les frais sur le premier mois mentionné sur l'attestation

Par exemple : une attestation comprend des frais des 15/01/2020, 03/02/2020 et 8/03/2020 :

- Soit les frais du 15/01/2020 sont introduits sur le formulaire D1 de 1/2020, ceux du 03/02/2020 sur le formulaire D1 de 2/2020 et ceux du 8/03/2020 sur le formulaire D1 de 3/2020.
- Soit les frais de l'attestation sont introduits sur 1/2020

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

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

Par ailleurs, la situation du bénéficiaire peut évoluer rapidement lorsqu'il/elle fait l'objet d'une procédure d'asile. L'illégalité (attestation de soins médicaux urgents nécessaire), la reconnaissance (affiliation obligatoire à une mutualité) modifient les règles en matière d'octroi de subventions par le SPP IS. La mention des frais pour un mois erroné peut avoir des conséquences importantes car la situation de l'intéressé peut être différente en février et en novembre.

Exemple : les frais d'une personne qui, au moment des soins, était en séjour illégal mais qui sont déclarés pour un mois au cours duquel la personne n'était pas en séjour illégal peuvent donner lieu à une récupération s'il n'y a pas d'attestation de soins médicaux urgents.

c) Frais d'hospitalisation et de soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins : formulaire D2

Les frais d'hospitalisation et de soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins doivent être introduits au moyen des rubriques prévues à cet effet dans le formulaire D2. Ceci n'est possible que s'il existe un formulaire B2 approuvé pour la période en question.

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

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

d) Régularisation formulaires D

Lorsqu'une mutuelle enregistre une affiliation avec effet rétroactif, le CPAS doit rembourser les frais éventuellement consentis au SPP via le formulaire D (par exemple par la régularisation du formulaire D ou par l'envoi d'un formulaire F) et les réclamer à la mutuelle.

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

Par exemple : l'intéressé reçoit une carte de séjour A le 18/04/2021. La mutualité affine l'intéressé le 7/06/2021 à compter du 01/04/2021 et le CPAS reçoit un avis de mutation BCSS le 10/06/2021 :

Tous les frais médicaux/pharmaceutiques que le CPAS a éventuellement introduits à l'aide du formulaire D1 auprès du SPP IS, avec des données d'entrée en vigueur au 01/04/2021 et ultérieurement, doivent être régularisés par le CPAS (le montant de l'éventuel ticket modérateur peut, au maximum, être récupéré).

Cela vaut également pour les frais de pharmacie éventuellement déjà pris en charge. Le CPAS doit rembourser ces frais au SPP et les soumettre à la mutuelle. Les démarches nécessaires peuvent être entreprises pour récupérer ces frais de pharmacie auprès de la mutuelle en utilisant le formulaire intitulé « Annexe 30 Paiement au comptant des prestations pharmaceutiques remboursables » (voir <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/delivrer-medicaments/Pages/document-paiement-comptant.aspx>).

Si, pour une raison quelconque, certains frais ne peuvent plus être soumis à la mutuelle, cette preuve doit être conservée dans le dossier par le CPAS pour que le SPP IS prenne en charge ces frais pharmaceutiques.

4. Attestation d'aide médicale urgente

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

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

Depuis le 1^{er} juin 2020, les certificats sont à nouveau obligatoires pour les nouveaux traitements. Le certificat est inutile pour les traitements déjà débutés entre le 14/03/2020 et le 31/05/2020 et poursuivis après le 1/6/2020.

Depuis le 2/11/2020, aucune attestation d'aide médicale urgente n'est exigée pour le remboursement des frais par le SPP IS.

Dans la période du 1/06/2020 au 1/11/2020, l'attestation AMU était toutefois à nouveau obligatoire. Lors des contrôles, le service d'inspection examinera la présence ou l'absence de ces attestations avec la souplesse nécessaire.

Depuis le 1^{er} juillet 2021, l'attestation est à nouveau obligatoire.

Depuis le 1^{er} mars 2005, cette attestation doit être conservée par le CPAS en vue de l'inspection.¹³

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

L'attestation doit pouvoir être reliée à une facture. Plusieurs factures peuvent être liées à une attestation d'une durée plus longue si ces factures portent sur le même fait médical. Le moment où cette attestation est établie a une importance relative. Si aucune attestation ne peut être présentée sur place au moment du contrôle, les frais sont récupérés par l'inspection. Si le CPAS produit une attestation (ou un duplicata) pouvant être relié à la facture dans les 30 jours suivant le contrôle, cette attestation est acceptée, sauf si elle a été établie après la date d'inspection du CPAS ou si cette attestation ne mentionne aucune date de rédaction.

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

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

Quelques exemples :

- Un malade incurable ou de longue durée qui doit être soigné plusieurs fois dans un hôpital, aller en consultation chez des médecins et acheter des médicaments n'a besoin que d'une seule attestation d'aide médicale urgente. Le dossier social doit bien entendu attester que la personne souffre d'une maladie incurable ou de longue durée ;
- Une personne qui doit aller 40 fois chez le kinésithérapeute pour se faire soigner n'a besoin que d'une seule attestation d'aide médicale urgente établie par un médecin agréé ;
- En cas de grossesse, une seule attestation suffit pour les soins prénatals, l'accouchement et les soins postnatals ;

¹³ Voir la circulaire du 01/03/2005 relative à l'aide médicale urgente aux étrangers séjournant illégalement dans le Royaume – attestation d'aide médicale urgente

- Une personne qui va chez le médecin au début de la semaine et chez le dentiste plus tard dans la semaine a besoin de deux attestations d'aide médicale urgente.

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

Les frais d'ambulance d'une personne qui séjourne illégalement dans le pays et pour laquelle le CPAS reçoit une facture nécessitent une attestation d'aide médicale urgente depuis le 01/01/2015. Depuis le 1/01/2019, la réglementation concernant le transport en ambulance a changé. Pour plus d'informations sur le remboursement, voir le point D.6.a).i).

En vue de l'inspection, une attestation d'aide médicale urgente ou une copie de celle-ci doit être jointe à chaque état des frais (donc aux frais mensuels) pour les personnes en situation de séjour irrégulier. **Cela vaut aussi pour les personnes en situation de séjour irrégulier qui sont encore acceptés à l'ILA.**

Exemple : il y a trois factures de frais médicaux pour le mois d'avril. Une seule attestation d'aide médicale urgente doit être jointe à ces factures si celles-ci découlent toutes d'un même fait. S'il s'agit de traitements distincts (donc causes différentes), il faut une attestation par facture.

5. Règle générale de remboursement

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

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

Suite à la modification de l'article 11 de la loi du 02/04/1965 le 27/12/2005, une distinction importante doit être faite entre les personnes qui bénéficient d'un revenu et les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu.

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

La modification légale implique que le ticket modérateur des personnes qui bénéficient d'un revenu n'est plus remboursé par le SPP IS, sauf lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation.

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

Ainsi, en fonction d'un éventuel revenu et/ou d'une éventuelle affiliation à la mutuelle, le montant suivant peut être remboursé par le SPP IS :

	Revenu > ou = montant du revenu d'intégration	Revenu < montant du revenu d'intégration
Affiliation à une mutualité	Pas d'intervention du SPP	Ticket modérateur
Pas d'affiliation à une mutualité	Intervention majorée (BIM)	Honoraires légaux

a) Règle générale de remboursement des frais médicaux, des frais pharmaceutiques et des frais de soins ambulatoires pour les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu

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

Ainsi, pour les personnes qui ne bénéficient pas d'un revenu (surtout les personnes en situation irrégulière et les personnes qui séjournent dans une initiative locale d'accueil), les prestations qui ont

un code de nomenclature ou un pseudo-code de nomenclature INAMI ainsi que les médicaments remboursables sont remboursés à concurrence du montant maximum (intervention majorée + ticket modérateur) prévu dans l'assurance maladie. Dès lors, la réglementation de remboursement antérieure à la modification légale du 27/12/2005 reste applicable à ces personnes.

Qu'il s'agisse de frais médicaux ou pharmaceutiques, de frais d'hospitalisation ou de frais pour soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins, il faut d'abord vérifier si la personne est affiliée ou peut être affiliée à la mutualité (voir A.4.a).

En effet, le SPP IS ne rembourse jamais les frais que la mutualité doit prendre ou a pris en charge.

Lorsque la personne est affiliée à la mutualité et qu'il y a donc remboursement par celle-ci, le CPAS ne peut récupérer le ticket modérateur des prestations médicales qu'à condition qu'il existe un code de nomenclature ou pseudo-code de nomenclature INAMI.

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

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

Un numéro de nomenclature est un nombre composé de six chiffres qui renvoie à une prestation médicale pour laquelle l'assurance maladie prévoit un remboursement. Outre le remboursement par prestation de nomenclature, l'assurance maladie rembourse encore d'autres prestations : médicaments, tissus d'origine humaine, séjour à l'hôpital, etc. Les prestations de rééducation (dans le cadre de conventions de revalidation fonctionnelle) ont également un numéro (entre autres les prestations en matière de rééducation cardiaque, d'autosurveillance à domicile des diabétiques insulino-dépendants). Ces conventions décrivent un ensemble de soins couvert par un forfait, soit spécifiquement par institution, soit par pathologie. Afin de pouvoir rembourser ces prestations, l'INAMI leur a également attribué un numéro. Ces numéros sont appelés pseudo-codes de nomenclature.

- Les codes de nomenclature INAMI commençant par les chiffres 1-6 sont remboursables (sauf les suppléments d'honoraires éventuels et/ou les conditions de remboursement particulières liées aux prestations telles que les prothèses dentaires).
- Les pseudo-codes de nomenclature INAMI commençant par les chiffres 8 ou 9 ne sont jamais remboursables.
- Les (pseudo-)codes de nomenclature INAMI commençant par le chiffre 7 sont dans la plupart des cas totalement remboursés (sauf le supplément d'honoraires éventuel) mais il y a quelques exceptions importantes :
 - o le pseudo-code 750820 : médicaments catégorie D patient hospitalisé
 - o le pseudo-code 751015 : médicaments catégorie D patient ambulatoire
 - o les suppléments chambres (761611-761622-761633-761644)
 - o l'initiative d'habitation protégée (762576) en ce qui concerne les frais de séjour

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

- o une initiative d'habitation protégée pour les patients psychiatriques ;
- o une institution médico-pédagogique ;

- une institution pour sourds-muets, aveugles ou infirmes qui souffrent d'une affection grave incurable ;
- une garde d'enfants
- une maison de repos pour personnes âgées ;
- une résidence-services ;
- les complexes résidentiels proposant des services ;

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

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

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

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

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

			Extrait note de soins destiné au bénéficiaire »
--	--	--	---

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

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

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

Qu'il s'agisse de frais médicaux ou pharmaceutiques, de frais d'hospitalisation ou de frais pour soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins, il faut d'abord vérifier si la personne est affiliée ou peut être affiliée à la mutualité (voir A.4.a).

En effet, le SPP IS ne rembourse jamais les frais que la mutualité doit prendre ou a pris en charge.

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

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

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

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

Tableau 2 : Codes de la nomenclature avec ticket modérateur

MÉDECINS : CONSULTATIONS ET VISITES
101
102
103
104
109
DENTISTES : PROTHÈSES DENTAIRES ET RADIOGRAPHIES DENTAIRES
306
307
308
309
INFIRMIERS

418
425
427
460
MÉDECINS : IMAGERIE MÉDICALE
460
MÉDECINS : PHYSIOTHÉRAPIE
558
KINÉSITHÉRAPEUTES
560
561
563
564
MÉDECINS : BIOLOGIE CLINIQUE
592
593
BANDAGISTES
604
IMPLANTS : ARTICLE 35 & 35bis
694
730 à 733 inclus
ORTHOPÉDISTES
645 à 653 inclus + 655690
LOGOPÈDES
701 à 706 inclus
711 à 714 inclus
717 à 719 inclus
721 à 729 inclus
PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION
771

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

- Les pseudo-codes de nomenclature INAMI commençant par les chiffres 8 ou 9 ne sont jamais remboursables.
- Les (pseudo-)codes de nomenclature INAMI suivants commençant par les chiffres 6-7 ne sont jamais remboursables :
 - les pseudo-codes relatifs aux marges de délivrance des implants (618715-618726-618741- 685812-685823-685834-685845-685856-685860) comme part d'une facture de soins ambulatoires car ces marges de délivrance sont considérées comme ticket modérateur et que le ticket modérateur n'est pas remboursé si le bénéficiaire perçoit un revenu
 - le pseudo-code 750820 : médicaments catégorie D patient hospitalisé
 - le pseudo-code 751015 : médicaments catégorie D patient ambulatoire
 - les suppléments chambres (761611-761622-761633-761644)
 - l'initiative d'habitation protégée (762576) en ce qui concerne les frais de séjour

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

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

Une série de prestations ne sont jamais remboursées. Ces prestations figurent dans le tableau ci-dessous :

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

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

c) Le remboursement des frais médicaux régionalisés à la suite de la sixième réforme de l'État

Avec la sixième réforme de l'État, les régions sont devenues pleinement compétentes pour les hôpitaux et les centres de révalidation, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée,

les équipes d'accompagnement multidisciplinaire et les équipes consultatives type de voiturette (« rolstoel advies teams »).

Les hôpitaux et centres de réhabilitation et les maisons de soins psychiatriques sont considérés comme des « établissements de soins » en vertu de la loi du 02/04/1965.

Tout d'abord, lorsqu'il reçoit une facture de ces établissements, le CPAS doit toujours vérifier si l'établissement de soins est affilié à Mediprima, car dans ce cas, les coûts pris en charge par la mutuelle doivent y être présentés.

Si l'établissement de soins n'est pas affilié à Mediprima, le SPP IS suit les tarifs des entités fédérées pour le remboursement des frais médicaux transférés. Le taux applicable est, comme auparavant, le taux lié au(x) (pseudo) code(s) de nomenclature mentionné(s) sur la facture du prestataire de soins.

Les tarifs des (pseudo) codes de nomenclature (si disponibles) peuvent être consultés sur les sites web respectifs des entités fédérées :

1. La Région wallonne, en particulier l'AVIQ, c'est-à-dire l'Agence pour une Vie de Qualité :

<https://www.aviq.be/index.html>

Spécifiquement en ce qui concerne la consultation de la nomenclature :

<https://nomenwal.aviq.be/>

2. Bruxelles, en particulier Iriscare :

<https://www.iriscare.brussels.nl/professionals/info-voor-de-professionals/lijsten-en-tarieven/>

3. La Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) :

<http://www.federation-wallonie-bruxelles.be/>

4. La Flandre, en particulier l'Agentschap Zorg en Gezondheid en haar domein Vlaamse Sociale Bescherming :

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/>

Plus spécifiquement en ce qui concerne la nomenclature :

Décret de reprise : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/pseudonomenclatuurcodes>

Le fichier xlsx Liste des pseudo codes nomenclature flamands

Protection sociale flamande : <https://www.vlaamse sociale bescherming.be/hoeveel-betaal-je-voor-een-mobiliteitshulpmiddel> → Interventions pour les aides à la mobilité par code de prestation.

5. La Communauté germanophone :

<http://www.ostbelgienlive.be/>

Voir également la circulaire « Le remboursement des frais médicaux transférés aux entités fédérées à la suite de la sixième réforme de l'État » du 02/06/2021 pour plus d'informations.

<https://www.mi-is.be/fr/reglementations/circulaire-du-28062021-relative-au-remboursement-des-frais-medicaux-transferees-aux>

6. Formulaire D1

a) Frais médicaux

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

Les prestations médicales pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature ou pseudo-code de nomenclature INAMI ne sont pas remboursées (p.ex. : une extraction dentaire). Lorsqu'il y a un code, les honoraires légaux, le tarif BIM, le ticket modérateur sont remboursés (ou ne sont pas remboursés) selon le statut du bénéficiaire et selon que ce bénéficiaire perçoit ou non un revenu.

Les suppléments d'honoraires (partie des honoraires qui excède les honoraires légaux) ne sont pas remboursés. Soyez attentif lorsque le médecin arrondit les montants de ses prestations (le médecin demande par exemple 90,00 €) car il pourrait s'agir de (légers) suppléments d'honoraires. Ces montants peuvent finir par chiffrer lorsque plusieurs factures proviennent du même médecin.

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

Afin de connaître le montant de remboursement exact, certains numéros de nomenclature doivent être recherchés. La façon la plus simple est de consulter la base de données Nomensoft à l'adresse www.inami.be.

Exemple : numéro de nomenclature 101076

101076	
	1/01/2007
Honoraire	20,79 €
Honoraire dans le cadre du dossier médical global	20,79 €
Intervention bénéficiaire avec régime préférentiel dans le cadre du dossier médical global	19,81 €
Intervention bénéficiaire sans régime préférentiel dans le cadre du dossier médical global	16,99 €
Intervention bénéficiaire avec régime préférentiel	19,39 €
Intervention bénéficiaire sans régime préférentiel	15,36 €

Le montant « Honoraire » est l'honoraire légal qui peut être réclamé pour les personnes qui ne sont pas affiliés à une mutualité et ne bénéficient pas d'un revenu.

Le montant « Intervention bénéficiaire AVEC régime préférentiel » (c'-à-d. le tarif BIM) est le montant qui peut être demandé pour les personnes qui ne sont pas affiliées à la mutualité et qui perçoivent un revenu.

Pour « Intervention bénéficiaires AVEC régime préférentiel », une distinction est parfois encore faite entre « Prestataires conventionnés » et « Prestataires non conventionnés ». Le SPP IS rembourse le montant indiqué dans la colonne « Prestataires conventionnés ».

En ce qui concerne le dossier médical global, le SPP IS continue à rembourser les frais des médecins généralistes et rien ne change pour les CPAS. Tous les codes concernant le dossier médical global pour lesquels un remboursement est prévu par l'INAMI (et par conséquent également par le SPP IS pour les frais pris en charge par le CPAS pour les personnes pouvant bénéficier de l'intervention dans les frais médicaux) peuvent être consultés sur le site internet de l'INAMI. Si une personne a obtenu une décision d'intervention dans ses frais médicaux, le CPAS peut, à la réception de l'attestation renseignant un code de nomenclature valide, demander le remboursement des frais de DMG auprès du SPP IS au moyen du formulaire D1. Les tarifs applicables peuvent être consultés dans la base de données Nomensoft sur le site internet de l'INAMI (<https://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/fr/search>)

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

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

<https://www.mc.be/?ComponentId=30544&SourcePageId=30608>

Depuis le 1^{er} janvier 2017, chaque prestataire de soins doit utiliser les nouveaux modèles d'attestation pour les soins prodigués ou les nouveaux modèles de délivrance. Pour les attestations rédigées après le 30.06.2017 sur des anciens modèles, la mutuelle ne peut plus rembourser le patient.

Les principales différences avec les anciens modèles d'attestation sont les suivantes :

- L'attestation comprend toujours une partie « Accusé de réception » sur laquelle le prestataire de soins doit mentionner le montant qu'il a reçu du patient et le numéro BCE (Banque-Carrefour des Entreprises) de l'entité qui perçoit les honoraires.
- Le système des attestations colorées est progressivement abandonné. À terme, les attestations seront blanches, indépendamment de la catégorie du prestataire de soins. Certaines attestations (nouveau modèle) sont toujours colorées, car SPEOS/bpost vont épuiser leur stock de papier coloré.
- L'attestation reste la même, peu importe si le prestataire de soins exerce sa profession en tant que « personne physique » ou en tant que « société ».

Comment reconnaître la nouvelle attestation ?

- Sur l'ancienne attestation apparaît tout en haut la mention « À compléter par le bénéficiaire ». On ne la retrouve pas sur la nouvelle attestation.
- Votre médecin inscrit votre nom sur l'attestation. Sur l'ancienne attestation, on retrouve sous votre nom la mention « Bénéficiaire-époux-enfant-adolescent ». On ne la retrouve pas sur la nouvelle attestation.
- Vous trouverez en dessous un « reçu ». Votre médecin y indique combien vous avez payé. Sur la nouvelle attestation, on retrouve dans ce champ « Perçu pour le compte de la BCE n° ».

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

L'aspect des nouvelles attestations peut être consulté sur

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

ou

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

Toutes les attestations qui y sont illustrées sont acceptées.

Si le CPAS n'est pas certain d'avoir reçu les bonnes attestations, veuillez contacter le prestataire de soins.

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

Si le CPAS observe que de mauvaises attestations sont utilisées, il a tout intérêt à l'indiquer au prestataire de soins pour que celui-ci puisse fournir les bonnes attestations. Si une personne est en effet affiliée avec effet rétroactif, la mutuelle n'acceptera plus ces attestations. Le SPP n'interviendra plus non plus dans ce cas. En effet, à partir du moment où une personne est affiliée à une mutuelle, le SPP IS n'intervient plus dans les frais qui peuvent être indemnisés suivant la nomenclature de l'INAMI.

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

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

ou

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

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

i. Le remboursement du transport en ambulance

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

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

Si une personne est affiliée à une mutualité, le SPP IS rembourse tout au plus le solde des frais remboursables de la facture d'ambulance (c'est-à-dire ce que la mutualité n'a pas remboursé à la

personne concernée en frais d'ambulance remboursables), si la personne a un revenu inférieur au revenu d'intégration correspondant à sa catégorie (et ce jusqu'au 31/12/2018 inclus).

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

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

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

Pour les indemnités de 0,25 € au kilomètre, la nature du moyen de transport n'a pas d'importance du moment que le patient peut produire une facture officielle sur laquelle figurent les données suivantes : nombre de kilomètres parcourus, adresse de départ, adresse d'arrivée, date du transport, nom du patient, nom de la société de transports, montant de la facture. Il est ainsi possible de faire appel au transport par les bénévoles de la Centrale des moins mobiles. Dans ce cas, la facture doit être établie par cette centrale, et non par le bénévole.

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

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

Pour un patient en dialyse rénale ou sous traitement contre le cancer qui est régulièrement transporté aller et retour en ambulance (transport urgent en ambulance - service/numéro 112), les dispositions suivantes s'appliquent jusqu'au 31/12/2018 :

- le trajet aller peut être remboursé aux tarifs d'ambulance ci-dessus ;
- le trajet retour peut être remboursé à concurrence de 0,25 € par kilomètre.

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

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

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

À compter de la date de transport 01/01/2019, un montant forfaitaire de 60 € est facturé pour tout appel au numéro 112 transport urgent en ambulance. Ce montant n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Il n'y a aucun remboursement de la part du SPP IS.

ii. Logopédie

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

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

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

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

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

B1 : Aphasie

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

B3 : Dyslexie et/ou dysorthographe et/ou dyscalculie

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

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

B6.1 : Dysglossies traumatiques ou prolifératives

B6.2 : Dysarthries

B6.3 : Troubles chroniques de la parole

B6.4 : Bégaiement

B6.5 : Orthodontie

C1 : Laryngectomie

C2 : Dysfonctionnement du larynx et/ou des plis vocaux

D : Troubles de l'audition

Il n'y a *pas de remboursement* lorsque la personne :

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

iii. Kinésithérapie

Un remboursement selon les tarifs de l'INAMI est possible dès qu'il y a une prescription médicale. Il suffit que le numéro de l'ordonnance ou le nom du médecin prescripteur soit inscrit sur l'attestation de soin..

iv. Prothèses dentaires

Une prothèse dentaire (partielle) n'est remboursable qu'à partir de l'âge de 50 ans. Depuis le 01/01/2004, une prothèse dentaire totale est également remboursable à partir de l'âge de 50 ans. Une dérogation à cette condition d'âge est possible lorsque la personne satisfait à un des critères suivants :

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

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

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

v. Verres et montures de lunettes

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

- Cette intervention ne peut être accordée que deux fois.
- La condition est qu'au moins un verre de la paire est indemnisé lors de la première intervention.

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

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

Comment calculer la dioptrie ? La dioptrie est toujours un nombre absolu (pas de + ou de -). Sur une facture, vous avez toujours un chiffre pour la Sphère (SPH) et pour le Cylindre (CYL). Si CYL est un nombre positif, la dioptrie est alors égale à SPH. Si CYL est un nombre négatif, il y a addition des nombres et CYL. Vous obtenez alors un nouveau nombre pour SPH, qui indique la dioptrie. Il y a donc quatre possibilités, expliquées ci-dessous à l'aide d'exemples :

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

Intervention par verre

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

Délais de renouvellement

Pour les verres d'**au moins - 8,25 ou + 8,25 de dioptrie**, une nouvelle intervention est possible si l'une des conditions suivantes est remplie :

- la différence de puissance par rapport aux précédents verres s'élève à au moins 0,5 de dioptrie ;
- les verres ont au moins deux ans (jeunes de - de 18 ans) ou cinq ans.

Pour les verres destinés aux **jeunes de moins de 18 ans** (avec une dioptrie inférieure à - 8,25 ou + 8,25), une nouvelle intervention est possible si l'une des conditions suivantes est remplie :

- la différence de puissance par rapport aux précédents verres s'élève à au moins 0,5 de dioptrie ;
- les verres ont deux ans (uniquement verres bifocaux, trifocaux et multifocaux).

Pour les verres à foyers multiples destinés aux **plus de 65 ans** (d'une dioptrie de - 4,25), une nouvelle intervention est possible si l'une des conditions suivantes est remplie :

- la différence de puissance par rapport aux verres précédents s'élève à au moins 0,5 de dioptrie ;
- les verres ont cinq ans.

Pour les verres équipés d'un **filtre médical**, une nouvelle intervention est possible si l'une des conditions suivantes est remplie :

- la différence de puissance par rapport aux verres précédents s'élève à au moins 0,5 de dioptrie ;
- les verres ont au moins deux ans (jeunes de - de 18 ans) ou cinq ans.

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

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

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

vi. Fécondation in vitro (FIV)

Depuis le 1^{er} juillet 2003, les frais de laboratoire de la FIV sont remboursés selon les numéros de la nomenclature prévus à cet effet. La condition de remboursement est que le traitement ait lieu dans un des centres de fertilité agréés dans ce domaine.

Vous trouverez ces centres via l'adresse <https://www.belrap.be/Public/Centres.aspx>.

Six cycles au maximum sont remboursés. Ceci ne signifie toutefois pas qu'un traitement de FIV soit gratuit. Les suppléments de consultations et de médicaments ne sont pas remboursés par le SPP IS et ces frais peuvent s'élever jusqu'à environ 500 € par tentative.

vii. Avortement

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

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

viii. Orthodontie

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

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

ix. Bandagisterie

Pour les fournitures en matière de bandagisterie, il faut toujours une prescription d'un médecin agréé.

Il suffit que le numéro de l'ordonnance ou le nom du médecin prescripteur soit inscrit sur la facture. Il s'agit ici principalement de matériel pour l'incontinence, de bandages herniaires, de ceintures de soutien abdominal, de semelles orthopédiques, de voiturettes d'invalides et de matériel pour le traitement de la mucoviscidose. La facture doit comporter un numéro de nomenclature valide.

x. Fauteuils roulants

Les factures concernant les fauteuils roulants ont trait à des « frais médicaux » et doivent être introduites via le formulaire D1.

Les tarifs des (pseudo) codes de nomenclature (si disponibles) peuvent être consultés sur les sites web respectifs des entités fédérées. Voir le point D.5.c)) sur les compétences régionalisées.

Protection sociale flamande : <https://www.vlaamssocialebescherming.be/hoeveel-betaal-je-voor-een-mobiliteits hulpmiddel> → Interventions pour les aides à la mobilité par code de prestation.

Wallonie : <https://www.avig.be/transfert-INAMI.html> → aides à la mobilité

xi. Matériel de diagnostic du diabète

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

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

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

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

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

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

Le passeport diabète a été supprimé le 1^{er} février 2016. Depuis cette date, le médecin (généraliste) ne peut plus demander de passeport diabète pour ses patients. Un régime transitoire a toutefois été prévu. Voir à ce sujet « Remboursement des prestations de diététique pour le patient diabétique sans trajet de soins » à la page <http://www.inami.fgov.be>

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

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

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

xii. Contraception

Les femmes affiliées à la mutuelle avec statut BIM ou les femmes non assurées, quel que soit leur âge, bénéficient d'une intervention supplémentaire sur le prix de certains contraceptifs depuis le 1^{er} avril 2020.

Vous pouvez trouver ces produits dans la liste jointe à l'arrêté royal du 16 septembre 2013.

Le SPP IS accorde le montant indiqué dans la colonne « intervention spécifique ».

Vous trouverez de plus amples informations à l'adresse <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/Pages/intervention-complementaire-prix-contraceptifs-jeunes-femmes.aspx>

xiii. Locations de matériel médical

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

xiv. Prothèses & psychothérapie

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

xv. Tuberculose

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

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

xvi. Alimentation entérale par sonde

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

xvii. L'oxygénothérapie.

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

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/oxygene/Pages/default.aspx>

Les informations relatives aux taux de remboursement peuvent être consultées dans les listes de l'arrêté royal y afférent. Les taux peuvent y être facilement consultés en exécutant des recherches via le code CNK de l'appareil ou de la fourniture.

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/zuurstofconcentrators_zuurstoftherapie_indicaties_vergoedingsvoorwaarden.pdf

xviii. Matériel de stomie

Nous travaillons maintenant avec un portefeuille/budget.

Le portefeuille est le budget avec lequel l'individu peut obtenir du matériel spécifique. Le bandagiste commande ce matériel.

Le médecin détermine le budget auquel la personne a droit. Ce budget est lié à des numéros de nomenclature.

Le CPAS doit pouvoir démontrer les éléments suivants pour obtenir le remboursement depuis le 01/04/2021 :

- Prescription médicale spécifique du médecin pour le matériel de stomie, en joignant si possible le budget alloué par le médecin (numéro de nomenclature, voir ci-dessus) ;
- Matériel de stomie délivré par un bandagiste agréé (ou un pharmacien-bandagiste).
- Le matériel figure sur la liste des produits remboursables

Plus d'informations sur https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/Pages/remboursement_materiel_stomie.aspx

b) Frais pharmaceutiques

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

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

Depuis 8/2007, une exception a cependant été ajoutée, suite à l'AR du 03/06/2007. Certains patients souffrant de douleurs chroniques reçoivent une intervention de 20 % dans le prix de certains analgésiques (pas d'application lorsque les médicaments sont obtenus dans un hôpital ou une maison de soins psychiatriques).

Pour une personne qui est affiliée à une mutuelle, le médecin-conseil doit donner son approbation. Pour une personne qui n'a pas de mutuelle, un médecin doit attester que cette personne est un patient souffrant de douleurs chroniques. Le cas échéant, demandez au médecin qu'il mette en ordre le certificat standard, comme il le ferait pour une personne affiliée à une mutuelle. Présentez spontanément ce certificat si des factures d'une telle personne sont vérifiées lors d'un contrôle.

Pour les patients souffrant de plaies chroniques, il existe une intervention sur le prix des pansements actifs. Il doit y avoir une attestation du médecin prescripteur indiquant qu'il s'agit d'une des pathologies (voir <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/Pages/remboursement-pansements-actifs-plaies-chroniques.aspx>). Le pansement doit figurer sur cette liste : Liste des pansements actifs remboursables au 1^{er} novembre 2019 (AR 23 mars 2019). Si tel est le cas, 20 % du prix mentionné dans la colonne G sont remboursés. La différence entre le prix et le remboursement de 20 % est considérée comme le ticket modérateur et est remboursée si la personne concernée a un revenu inférieur au revenu d'intégration.

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

1) En consultant la liste des « spécialités pharmaceutiques remboursables ». Le ticket modérateur se trouve dans la colonne 'I' (assurés préférentiels) ;

2) en vous aidant du moteur de recherche des « spécialités pharmaceutiques remboursables »

Pour ce faire, procédez comme suit :

- Ouvrez l'application web
- Sélectionnez la spécialité pharmaceutique souhaitée.
- Sélectionnez le conditionnement souhaité en cliquant sur le code INAMI correspondant.

- Le ticket modérateur se trouve dans la colonne « Intervention du Patient ».

Vous pouvez par exemple effectuer la recherche sur le nom de la spécialité. Il suffit de cliquer sur la première lettre du médicament pour obtenir à droite un aperçu de tous les médicaments remboursables. Si le médicament ne figure pas sur la liste, il n'est pas remboursé. Si le médicament figure sur la liste, il fait l'objet d'un remboursement. Si vous cliquez sur le médicament en question, vous obtenez les différentes formes du médicament (différentes quantités, pilules ou sachets, ...). Si vous continuez de cliquer sur le numéro du médicament, vous obtenez le prix officiel et la part du ticket modérateur pour le remboursement ordinaire et majoré. Pour savoir quel montant sera remboursé, par exemple pour quelqu'un qui n'est pas affilié à une mutuelle et qui reçoit l'équivalent au revenu d'intégration, vous devez déduire le montant du ticket modérateur pour l'intervention majorée (le plus petit des deux montants) du prix du médicament.

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

Exemple :

Dafalgan → ne figure pas sur la liste → médicament catégorie D → pas de remboursement.

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

Depuis 2012, en cas de prescription en dénomination commune internationale, le pharmacien est tenu de délivrer une spécialité pharmaceutique appartenant au groupe de médicaments « les moins chers ». Le pharmacien peut demander un petit honoraire pour cela. Comme ce système ne porte que sur les spécialités pharmaceutiques remboursables délivrées dans des officines publiques, cet honoraire est remboursé.

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

Les produits parapharmaceutiques (crème pour les lèvres, shampoings, bas, tétines, ...) ne sont pas remboursés en principe. **Les préparations magistrales** sont remboursées. La mention « préparation magistrale » doit donc figurer telle quelle sur la facture.

À partir du 1^{er} avril 2010, il y a un nouveau système d'honoraires pour les pharmaciens. Le nouveau système d'honoraires s'applique pour les médicaments repris sur la liste des spécialités pharmaceutiques indemnisables et par conséquent remboursables. Des honoraires pour des soins pharmaceutiques spécifiques qui apparaissent sur la facture du pharmacien sont également récupérables.

Vous trouverez davantage d'informations à ce sujet à l'adresse www.inami.be

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

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

Si une personne ne perçoit pas de revenu et est affiliée à une mutuelle (principalement ILA), le ticket modérateur de l'intervention normale sera remboursé.

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

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

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

7. Formulaire D2

a) Hospitalisations et les différentes rubriques sur la facture

Le SPP ne rembourse plus les frais d'hospitalisation pour les personnes non assurables au CPAS à partir du 01/06/2014 au plus tard (potentiellement plus tôt si l'hôpital concerné est prêt à facturer à la CAAMI et non plus au CPAS).

Il existe deux sortes de factures d'hospitalisation :

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

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

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

La plupart du temps, vous recevez les deux sortes de factures. Veillez toujours à conserver les deux factures ou à les demander si vous n'avez pas tout reçu.

Pour calculer ce que le SPP IS rembourse, il vaut mieux utiliser l'« Extrait note de soins destiné au bénéficiaire ». Cet extrait scinde en deux colonnes le montant à charge du patient. D'une part, il est question d'« intervention personnelle » et, d'autre part, d'un « supplément/autre montant ».

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

Par autre montant, il faut entendre le montant des prestations pour lesquelles ni une intervention de la mutualité, ni une intervention personnelle n'est prévue. En ce qui concerne le « supplément/autre montant », il n'y a normalement pas de remboursement par le SPP IS/la mutualité (le montant des médicaments et des produits parapharmaceutiques non remboursables doit par exemple être mentionné ici).

Si vous voulez contrôler si la facture est correcte en matière de frais pharmaceutiques, vous pouvez consulter la « Facture individuelle » dans laquelle les médicaments sont classés par catégorie, ce qui permet d'obtenir facilement le montant total des médicaments de catégorie D.

L'« Extrait note de soins destiné au bénéficiaire » mentionne également le code d'affiliation des médecins. Si le code d'affiliation des médecins ne se trouve sur aucune des deux factures, vous pouvez demander à l'hôpital d'établir une facture indiquant si les médecins sont conventionnés ou non.

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

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

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

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

Le forfait journalier pour la médication (0,62 €) (pseudo-code 750002) est toutefois remboursable.

Cette énumération vaut également pour les personnes qui sont affiliées à la mutualité, à l'exception des marges de délivrance des implants. Celles-ci sont considérées, pour les personnes affiliées à une mutualité, comme des tickets modérateurs et non comme des suppléments.

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

i. Frais de séjour :

Prix de la journée d'entretien : la mutualité paie le prix de la journée d'entretien à l'hôpital.

Si la personne est affiliée à la mutualité, le SPP IS peut prendre en charge le ticket modérateur pour la chambre commune.

Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant intégral pour la chambre commune peut être récupéré auprès du SPP IS.

Le (pseudo-)code de nomenclature n'est souvent pas mentionné en regard des frais de séjour.

Le SPP IS prendra toutefois les frais à sa charge lorsque la facture indique clairement le type de chambre où a séjourné l'intéressé (chambre individuelle, chambre à deux lits, chambre commune). Il s'agit donc d'une exception à la règle générale de remboursement selon laquelle un numéro de nomenclature doit toujours être mentionné. Seul le prix de la journée d'entretien pour une chambre commune est remboursé. La différence entre le prix de la journée d'entretien pour une chambre d'une ou de deux personnes et une chambre commune n'est, dès lors, pas récupérable.

Supplément chambre : pour une chambre individuelle ou une chambre à deux lits, il faut payer un supplément fixé par l'hôpital. Si la personne est en ordre en matière d'assurance complémentaire, il est possible que la mutualité prenne en charge une partie du supplément. Que la personne soit affiliée ou non à la mutualité, le supplément chambre n'est pas remboursé par le SPP IS.

Forfait médicaments (750002) : celui-ci s'élève à 0,62 € par jour, soit un montant forfaitaire pour les médicaments remboursables et il doit être considéré comme étant un ticket modérateur. Le forfait médicament est remboursé par le SPP IS.

Forfait honoraires par journée d'entretien (592001) : ce montant varie d'un hôpital à l'autre et peut être demandé à tous les patients. Un code de nomenclature n'est souvent pas indiqué en regard de ce forfait. Il y a néanmoins remboursement par l'INAMI et donc également par le SPP IS. Il s'agit donc d'une exception à la règle générale de remboursement.

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

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

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

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

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

Depuis le 01/07/06, les frais de séjour en hôpital psychiatrique et en maison de soins psychiatriques sont remboursés (formulaire D2).

ii. Pharmacie – frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques – frais d'implants, de prothèses et d'aides médicales non implantables

Les produits remboursables et non remboursables sont normalement mentionnés à part sur l'« Extrait note de soins destiné au bénéficiaire ».

Sur la « Facture individuelle », les médicaments sont classés par catégorie, ce qui permet d'obtenir facilement le montant total des médicaments de catégorie D.

Comme pour les frais de pharmacie, une distinction est donc faite entre les médicaments remboursables (catégories A, B, C) et les médicaments non remboursables (catégorie D).

Il existe aussi des catégories Fa et Fb, qui regroupent toutes deux des médicaments remboursables.

Si la personne est affiliée à la mutualité, elle ne paie pas de ticket modérateur par médicament remboursable administré, mais bien le montant forfaitaire journalier de 0,62 € (voir forfait médicaments). Si la personne n'est pas affiliée à la mutualité, le montant total des produits remboursables peut être mis à la charge du SPP IS mais pas le montant des produits non remboursables. Pour les produits non remboursables, aucun montant n'est donc remboursé.

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

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

Ceci vaut également pour la compensation médicament forfaitaire (« Forfait par admission » ou « forfait d'admission », pseudo-code de nomenclature : 756000) facturé en cas d'hospitalisation. Dans ce cas, l'hôpital ne peut facturer que 25 % du prix des médicaments de la catégorie A, B, C qui sont repris dans ce forfait. Lors d'une hospitalisation, le forfait repris sous le numéro de nomenclature 756000 est pris en charge par l'État. Les médicaments des catégories A, B, C qui sont couverts par ce forfait 756000 peuvent être facturés par l'hôpital, mais à concurrence de 25 % du coût ; ces 25 % seront également remboursés par le SPP IS.

L'État paie 100 % des autres médicaments A, B, C qui ne sont pas repris dans le forfait.

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

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

La marge de délivrance pour les implants est récupérable dans le cadre de frais d'hospitalisation, vu qu'elle est toujours considérée comme ticket modérateur et que les tickets modérateurs sont toujours remboursables en cas de frais d'hospitalisation. La marge de délivrance est en fait une intervention pour « l'information aux fournisseurs d'implants, l'achat, la gestion des stocks, la stérilisation, la délivrance et le contrôle du suivi de l'implant ou de l'appareillage invasif » et s'élève au maximum à 10 % de l'implant, avec un maximum de 148,74 €.

iii. Honoraires médicaux et paramédicaux

Honoraires forfaitaires par admission : il s'agit d'honoraires qui peuvent être demandés à chacun, même s'il n'y a pas eu de prestations de cette nature. Il s'agit d'honoraires en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale et de service de garde médicale.

Si la personne est affiliée à la mutualité, le ticket modérateur peut être mis à la charge du SPP IS. Pour les assurés bénéficiant d'une intervention majorée, il n'y a qu'une quote-part personnelle de 1,98 € pour l'imagerie médicale.

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

Prestations techniques : on paie souvent, à l'exception des assurés bénéficiant d'une intervention majorée, un montant fixe de 12,39 € par admission, indépendamment du fait que des prestations médicales sont dispensées ou non. Ce montant peut être mis à la charge du SPP IS.

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

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

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

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

iv. Autres fournitures

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

v. Frais divers

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

b) Soins ambulatoires dispensés dans un établissement de soins

Le SPP ne rembourse plus les frais de soins ambulatoires pour personnes non assurables par le CPAS à partir du 01/06/2014 au plus tard (potentiellement plus tôt si l'hôpital concerné est prêt à facturer à la CAAMI et non plus au CPAS).

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

vi. Frais de séjour

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

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

Aucun forfait médicaments ou des honoraires forfaitaires par admission ne sont portés en compte.

vii. 2. Pharmacie – frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques – frais d'implants, de prothèses et d'aides médicales non implantables

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

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

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

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

Si une personne perçoit un revenu et n'est pas affiliée à la mutualité, seule la part intervention majorée d'un médicament remboursable peut être mise à charge du SPP IS. Pour connaître ce montant, le ticket modérateur doit être déduit du prix du médicament.

À cet effet, vous pouvez consulter www.inami.be. Pour plus d'informations, voir le point H.2).

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

La mutualité assure un remboursement pour la plupart des implants et prothèses. La facture d'hôpital doit également distinguer les implants et les prothèses remboursables et non remboursables. Il va de soi que le SPP IS ne rembourse pas les implants et prothèses non remboursables.

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

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

viii. Honoraires médicaux et paramédicaux :

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

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

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

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

ix. Autres fournitures

Il s'agit ici de fournitures remboursées totalement ou partiellement par la mutualité (sang, plasma sanguin, matériel de plâtre, ...) et qui ont un numéro de nomenclature. Le supplément éventuel ne peut

jamais être récupéré et le ticket modérateur ne peut être récupéré pour une personne qui perçoit un revenu.

x. Frais divers

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

E. Questions

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

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

ALBANIE
ANDORRE
ANTIGUA-et-BARBUDA
ARGENTINE
AUSTRALIE
BAHAMAS
BARBADE
BOSNIE-HERZÉGOVINE
BRÉSIL
BRUNEI DARUSSALAM
CANADA
CHILI
COLOMBIE (depuis le 03.12.2015)
COSTA RICA
DOMINIQUE
SALVADOR
GRENADE
GUATEMALA
HONDURAS
HONG KONG
ISRAËL
JAPON
KIRIBATI (depuis le 24.06.2016)
KOSOVO (depuis le 01.01.2022)
MACAO
MALAISIE
ILES MARSHALL (depuis le 28.06.2016)
ILE MAURICE
MEXIQUE
MICRONÉSIE (depuis le 20.09.2016)
MOLDAVIE
MONACO
MONTÉNÉGRO
NICARAGUA
NOUVELLE-ZÉLANDE
MACÉDOINE DU NORD
TIMOR ORIENTAL
PALAOS (depuis le 08.12.2015)
PANAMA
PARAGUAY
PÉROU (depuis le 15.03.2016)
SAINT-KITTS-ET-NEVIS

SAINTE-LUCIE
SAINT-VINCENT ET LES GRENADINES
ÎLES SALOMON (depuis le 08.10.2016)
SAMOA
SAINT-MARIN
SERBIE
SEYCHELLES
SINGAPOUR
TONGA
TRINITÉ-ET-TOBAGO
TUVALU (depuis le 02.07.2016)
URUGUAY
VANUATU
CITE DU VATICAN
VENEZUELA
ÉMIRATS ARABES UNIS
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE
ROYAUME-UNI (depuis le 01/01/2021)
CORÉE DU SUD
SUISSE

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

Plus d'informations sur <https://www.caami-hziv.fgov.be/fr/assurabilite/C3%A9-%C3%A0-%C3%A9tranger>

Albanie
Algérie
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Chypre
Danemark
Allemagne
Estonie
Finlande
France
Grèce
Hongrie
Irlande

Islande
Italie
Croatie
Lettonie
Liechtenstein
Lituanie
Luxembourg
Malte
Maroc
Monténégro
Pays-Bas
Macédoine du Nord
Norvège

Autriche
Pologne
Portugal
Roumanie
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Espagne
République tchèque
Tunisie
Turquie
Royaume-Uni
Suède
Suisse



ANNEXE 3 : Demande de recherche d'assurabilité à l'étranger

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

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