

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE FRAIS MEDICAUX ELEVES**

Pour les bénéficiaires d'une intervention à titre primaire du RCAM (* voir verso)
Conformément aux dispositions du Chapitre 4 du Titre III des DGE

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) **Voir adresse au verso** U

Nom et prénom de l'affilié(e) : N° pers. /pension:.....
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:.....Tél :
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....
Adresse E-mail :
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)

Demande d'une prise en charge pour ¹ :

Affilié(e) principal(e) conjoint ou partenaire reconnu enfant personne assimilée à enfant à charge.
Nom, Prénom : Date de naissance:.....

HOSPITALISATION ¹

Date d'entrée prévue:

Nature de l'hospitalisation:

- Hospitalisation pour traitement ou intervention chirurgicale;
 Revalidation ou rééducation suite à une affection médicale ou intervention chirurgicale invalidante;
 Traitement d'affections psychiatriques;
 Soins palliatifs (y inclus à domicile);

S'agit-il d'une hospitalisation liée à:

- Accident** Date de l'accident ² :
 Accouchement voir excessivité et accouchement au verso
 Maladie grave reconnue N° de réf. décision ²:
 Chirurgie plastique N° de réf. autorisation préalable ²:
 Pose d'implants dentaires N° de réf. devis dentaire ²:

Brève description de l'intervention :²

Coût de l'hospitalisation:

Prix journalier de la chambre ⁴ :
Nous vous informons que le remboursement des frais relatifs à la chambre se limite au prix de la chambre particulière la moins onéreuse de l'hôpital. La partie des coûts qui dépasse ce prix sera considérée comme excessive et restera à charge de l'affilié.

Estimation du coût global :

Remarque: Toutes les factures principales émanant de l'hôpital liées à votre hospitalisation sont réglées par votre Bureau Liquidateur; si vous recevez une telle facture, veuillez la transmettre à votre Bureau Liquidateur.

Prix non disponible : j'assume l'entière responsabilité pour toute excessivité ou dépassement du plafond de remboursement

TRAITEMENT AMBULATOIRE LOURD ¹

Maladie grave reconnue N° de réf. décision ²:

FRAIS MEDICAUX ELEVES ET/OU REPETES ¹

Uniquement si le coût mensuel dépasse 20% de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e) :

- Achat répétitif de produits pharmaceutiques onéreux ³**
 Utilisation itérative d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger
Uniquement si le coût mensuel dépasse 20% de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e)
N° de réf. autorisation préalable ²:

Examens onéreux ³
Uniquement si le coût mensuel dépasse 20% de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e)
N° de réf. autorisation préalable ² si requise:
Période du au Coût mensuel:

NOM et ADRESSE DU PRESTATAIRE (Hôpital/ Clinique/ Pharmacie/ etc.):

Nom:
Adresse: Pays/ Ville:
N° Tél. N° Fax: Adresse E-mail:

J'ai bien pris note que le bénéficiaire est tenu de déclarer les remboursements de frais perçus ou auxquels il peut prétendre au titre d'une autre assurance-maladie, légale ou réglementaire, pour lui-même ou pour l'une des personnes couvertes de son chef (cf. Article 72§4 du Statut) ¹⁺²

J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur (voir au verso) et m'engage à les respecter:

Date
Signature du demandeur

Affilié(e) ¹
 Représentant légal ¹ :
Nom, prénom:.....

¹ Cochez la case correspondante

² Information obligatoire sinon la prise en charge ne sera pas accordée

³ Prière de joindre obligatoirement copie de la prescription médicale précisant le type de produits pharmaceutiques/examens et la durée.

⁴ Information obligatoire pour les hôpitaux non conventionnés

Règles de Prise en charge

(Chapitre 4 du Titre III des Dispositions Générales d'Exécution (DGE))

Conformément à l'article 30 de la Réglementation commune, des avances peuvent être accordées aux affilié(e)s pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes. Elles sont attribuées en principe sous la forme de prises en charge et à titre exceptionnel sous forme d'avances.

Les bénéficiaires du RCAM en complémentarité ne peuvent obtenir de prises en charge ou d'avances sauf s'il est établi, au moyen de documents probants, que le RCAM se substituera au régime primaire, conformément aux règles du présent titre régissant la complémentarité.

Prises en charge

Sauf cas d'urgence ou de force majeure, la prise en charge doit être demandée au préalable par l'affilié.

La prise en charge est accordée dans les cas suivants:

- En cas d'hospitalisation, la prise en charge couvre les factures principales et celles du chirurgien. En cas de facturation séparée, les factures du médecin anesthésiste et de l'assistant peuvent également faire l'objet d'une prise en charge.

La durée de validité de ce type de prise en charge est fixée à 60 jours. Pour les hospitalisations d'une durée supérieure, il y a lieu d'introduire auprès du médecin conseil une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical justifiant cette prolongation.

- En cas de traitements ambulatoires lourds, dans le cadre d'une maladie grave, par exemple radiothérapie, chimiothérapie, dialyse.

- En cas d'achats répétitifs de médicaments coûteux comme, par exemple, les hormones de croissance, d'utilisation itérative d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger (VSL) ou d'examen coûteux, si le coût mensuel dépasse 20 % de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e).

Dans le cadre d'une prise en charge, la partie des frais restant à charge de l'affilié(e) après tarification est retenue en principe sur les remboursements ultérieurs, éventuellement sur sa rémunération, sa pension ou sur toute autre somme qui lui est due par son Institution. Sur demande du Bureau Liquidateur, le solde peut être remboursé par virement sur le compte bancaire du RCAM. La régularisation de l'avance doit intervenir en principe au plus tard trois ans après la date de l'octroi de l'avance (Réglementation art. 30).

Excessivité (REGLEMENTATION COMMUNE, Article 20§2)

Pour les prestations pour lesquelles aucun plafond de remboursement n'est fixé, la partie des frais considérés comme excessifs au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés ne donne pas lieu à remboursement. La partie des frais considérés comme excessifs est déterminée au cas par cas par le Bureau liquidateur après avis du médecin conseil.

Accouchement : voir website :

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/treatments-AZ/Pages/pregnancy.aspx

(*) Modalités particulières pour les bénéficiaires de la complémentarité

(Chapitre 3 du Titre III des DGE)

Les bénéficiaires de la complémentarité doivent d'abord avoir recours à leur régime primaire national de sécurité sociale et demander le remboursement de leurs frais médicaux auprès de celui-ci, le RCAM n'intervenant que comme régime complémentaire.

Toutefois, les frais relatifs aux prestations pour lesquelles le régime primaire n'accorde pas de remboursement peuvent faire l'objet d'un remboursement du RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier. Dans ce cas, l'intervention du RCAM est comparable à celle accordée à titre primaire.

Si, en raison de l'exercice du libre choix du prestataire, notamment pour les frais découlant de prestations dispensées à l'étranger, aucun remboursement par le régime primaire n'est possible, le RCAM peut également intervenir pour les prestations dont il assure le remboursement à condition qu'il soit établi au moyen de documents probants que toutes les procédures et règles du régime primaire ont été préalablement respectées. Le RCAM se substitue alors au régime primaire qu'à l'égard des prestations concernées.

Les bénéficiaires de la complémentarité qui dépendent d'un système à prestations directes ne peuvent se faire rembourser des frais exposés dans le secteur privé – pour les prestations dont la liste suit – que s'il est prouvé que le système public présente des carences manifestes (par exemple, délais d'attente, traitements inexistantes):

- Hospitalisations et interventions chirurgicales,
- Traitements et examens en milieu hospitalier,
- Maisons de repos et de soins,
- Garde-malades,
- Cures thermales et de convalescence

Une autorisation préalable est requise.

Les prestations autres que celles figurant sur la liste ci-dessus peuvent faire l'objet d'un remboursement par le RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier.

Les restrictions en matière de libre choix ne s'appliquent ni à l'affilié ni aux enfants à charge couverts en complémentarité.

Adresses des Bureaux Liquidateurs du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM)

Bureau liquidateur de Bruxelles Commission européenne Bureau SC27 3/04 B-1049 Bruxelles Tél.: +32-2-295.98.56 Fax: +32-2-295.97.01	Bureau liquidateur d'Ispra PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra Tél.: +39-0332-789966 Fax: +39-0332-789423	Bureau liquidateur de Luxembourg DRB - B1/073 L-2920 Luxembourg Tél.: +352-4301.36103/36406 Fax: +352-4301.36019
---	--	---

PMO-CONTACT - <https://ec.europa.eu/pmo/contact/> - Tél. : + 32 (0)2 29 97777

J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur et m'engage à les respecter.

Date

Signature du demandeur

Affilié(e)¹

Représentant légal¹ :

Nom, prénom:.....