



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS RELATIFS AUX SOINS EN MAISON DE REPOS et DE SOINS ou ETABLISSEMENT ASSIMILE

Pour les bénéficiaires d'une intervention à titre primaire du RCAM (*)
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:.....
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:.....

Résident en maison de repos et de soins ou assimilé ¹ :

Montant total des frais mensuels ² :
dont frais de soins mensuels:
frais de séjour mensuels:

Date de début:

N° de réf. décision (autorisation) ³ :

NOM et ADRESSE DE LA MAISON DE REPOS ET DE SOINS OU ASSIMILE :

Nom:

Adresse:

Pays/ Ville:

N° Tél.: N° Fax:

Adresse E-mail:

Je soussigné déclare sur l'honneur que : ¹⁺³

- Je ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire donnant lieu à d'autres remboursements.
 Je percevrai un remboursement de EUR au titre d'une assurance complémentaire ou je communiquerai le montant perçu dès que celui-ci sera connu.

Remarque:

Une nouvelle demande de prise en charge doit être introduite en cas de changement d'établissement ou de type d'établissement.

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 légal¹ :

Nom, prénom:.....

¹ Cochez la case correspondante svp

² Obligatoire: Copie de la facture

³ Information obligatoire sinon la prise en charge ne sera pas accordée.

Modalités de remboursement – Etablissements de repos et de soins – (Chapitre 3 du Titre II des Dispositions Générales d'Exécution - DGE)

La demande d'autorisation préalable est accompagnée d'un rapport médical justifiant de la nécessité du séjour dans l'établissement et précisant la nature des soins nécessités par le patient ainsi que des 2 formulaires (annexes au chap. 3) dûment complétés par le médecin traitant.

L'autorisation est accordée pour une période n'excédant pas 12 mois. Elle est renouvelable.

Tous les frais relatifs aux soins et au séjour sont remboursables à 85% ou à 100% en cas de maladie grave avec un plafond de 36 € par jour, pour les frais de séjour.

En cas de facturation globale ne permettant pas de distinguer les frais relatifs aux soins de ceux relatifs au séjour, une répartition forfaitaire est effectuée selon le degré de dépendance repris dans le tableau suivant:

Degré de dépendance	Frais relatifs aux soins	Frais relatifs au séjour
4	30 %	70 %
3	50 %	50 %
2	60 %	40 %
1	70 %	30 %

Dans ce cas, les frais relatifs au séjour sont assujettis au même plafond de 36 € par jour.

Prise en charge

En cas d'une facturation séparée des soins et du séjour, la prise en charge correspondra au montant relatif aux frais de "soins", la facture qui vous est adressée par la maison de repos correspondra aux frais de séjour.

En cas de facturation globale, la prise en charge correspondra au % relatif aux soins conformément au tableau ci-dessus, la facture qui vous est adressée par la maison de repos doit mentionner le prix total et en déduction le montant de la prise en charge, la différence correspondra au % relatif aux frais de séjour.

Notre prise en charge comprend également tous les frais médicaux non repris dans le forfait journalier relatif aux soins, tels que les consultations d'un médecin, les produits pharmaceutiques, les analyses et examens, les frais d'ambulance (sur base de pièces justificatives jointes à la facture). 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.

(*) 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/fr> - 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:.....