



L'ABC DE L'ASSURANCE MALADIE DES INSTITUTIONS EUROPÉENNES

Le présent guide a été conçu par l'AIACE Internationale à l'attention des familles et proches des pensionnés des Institutions européennes pour mieux comprendre les dispositions statutaires qui régissent leurs droits pécuniaires et pour pouvoir les aider dans des situations spécifiques ou complexes. Il s'agit d'un guide pratique donnant un aperçu général de ces dispositions qui ne remplacent en aucune façon les documents officiels en vigueur. Il renvoie principalement aux informations publiées sur le site de l'AIACE Internationale, accessible sans aucun login ni mot de passe, via des hyperliens, où l'on peut trouver tous les formulaires et documents nécessaires.

L'ABC de l'assurance maladie traite des règles communes à tous les États membres. Mais s'agissant des spécificités nationales, elles figureront séparément dans des documents prévus à cet effet sur le site internet de chaque section.

Ce document n'engage en aucun cas la responsabilité des services de la Commission européenne. Il a été établi sous la responsabilité de l'AIACE Internationale.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION

7

ASSURANCE MALADIE

7

PENSION

7

ALLOCATIONS FAMILIALES

7

2. COUVERTURE DU RCAM : QUI EST COUVERT ET DE QUELLE FAÇON ?

8

3. REMBOURSEMENT

9

3.1. GÉNÉRALITÉS

9

3.2. CONSULTATION ET VISITE MÉDICALE

9

3.3. TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

10

3.4. PRODUITS PHARMACEUTIQUES

10

3.5. ACHAT DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES EN LIGNE

10

3.6. SOINS DENTAIRES PRÉVENTIFS

10

3.7. LUNETTES

11

3.8. APPAREILS AUDITIFS

11

3.9. PÉDICURE MÉDICALE

11

3.10. OSTÉOPATHIE-KINÉSITHÉRAPIE

11

3.11. SEMELLES ET CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES

12

3.12. DRAINAGE LYMPHATIQUE

12

3.13. ACUPUNCTURE

12

3.14 TROUBLES DE LA VUE

12

4. RELATIONS AVEC LE RCAM

13

- 4.1. BUREAUX LIQUIDATEURS
13
- 4.2. FRAIS MÉDICAUX EXCESSIFS
13
- 4.2 BIS COEFFICIENT D'ASSIETTE REMBOURSABLE
13
- 4.3. REMBOURSEMENT SPÉCIAL
13
- 4.4. AVANCE SUR FRAIS MÉDICAUX ÉLEVÉS
13
- 4.5. REMBOURSEMENT PRIORITAIRE POUR FRAIS ÉLEVÉS
13

5. L'AUTORISATION PRÉALABLE AU REMBOURSEMENT

14

- 5.1. PRINCIPES DE BASE
14
- 5.2. DANS QUELS CAS L'AUTORISATION PRÉALABLE EST NÉCESSAIRE :
14
- 5.3. COMMENT REMPLIR CORRECTEMENT LE FORMULAIRE :
14
- 5.4. L'AUTORISATION PRÉALABLE ET RÉGIME NATIONAL DE SANTÉ
14
- 5.5. L'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LES REMBOURSEMENTS DE FRAIS DENTAIRE
14
- 5.6. L'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LE REMBOURSEMENT DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES
15
- 5.7. L'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT
15
- 5.8. L'AUTORISATION PRÉALABLE POUR LE REMBOURSEMENT D'UNE CURE THERMALE
16
- 5.9. LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT
16

6. HOSPITALISATION

17

- 6.1. LA PRISE EN CHARGE
17
- 6.2. QUELS SONT LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ?
17
- 6.3. COMMENT REMPLIR CORRECTEMENT LE FORMULAIRE
18
- 6.4. LORSQUE LA PRISE EN CHARGE N'EST PAS POSSIBLE : L'AVANCE
18
- 6.5. LA PRISE EN CHARGE DANS LES PAYS DE L'UE À MÉDECINE CHÈRE
18
- 6.6. L'HOSPITALISATION EN DEHORS DE L'UE
18

7. ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES CIGNA

19

7.1. GÉNÉRALITÉS

19

7.2. ASSURANCE « ACCIDENT »

19

7.3. ASSURANCE « HOSPITALISATION »

19

7.4. CONTACTS CIGNA

20

7.5. GROUPE « ASSURANCES »

20

8. DÉPISTAGE

21

8.1. GÉNÉRALITÉS

21

8.2. À QUI S'ADRESSENT LES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE ?

21

8.3. COMMENT EST ORGANISÉ LE DÉPISTAGE ?

21

8.4. LES OPTIONS POSSIBLES

21

8.5. LA PROCÉDURE À SUIVRE

22

8.6. LES ÉTAPES DU PROGRAMME

22

8.7. LES RÈGLES DE REMBOURSEMENT

23

9. RECONNAISSANCE DE MALADIE GRAVE

24

9.1. CRITÈRES DE RECONNAISSANCE

24

9.2. DURÉE DE VALIDITÉ DE LA RECONNAISSANCE

24

9.3. MALADIES CONSIDÉRÉES GRAVES

24

9.4. REMBOURSEMENT

24

10. DÉPENDANCE

25

10.1. RECONNAISSANCE DE LA DÉPENDANCE : LES DOCUMENTS À FOURNIR

25

10.2. MAISONS DE REPOS ET DE SOINS

25

- 10.3. GARDE MALADE À DOMICILE**
26
- 10.4. LIT MÉDICALISÉ**
27
- 10.5. FAUTEUIL ROULANT SIMPLE, PROPULSION PERSONNELLE**
28
- 10.6. MATÉRIEL POUR INCONTINENCE**
28
- 10.7. CHAISE PERCÉE, CHAISE DE DOUCHE (À DOMICILE)**
28
- 10.8. CADRE DE MARCHÉ 2 ROUES ET SIÈGE**
28
- 10.9. APPAREIL POUR APNÉE DU SOMMEIL**
29
- 10.10. AIDE-MÉNAGÈRE**
29

11. QUE FAIRE EN CAS DE DÉCÈS

30

- 11.1. QUE FAIRE DES REÇUS DES FRAIS MÉDICAUX DU DÉFUNT OU DE SES AYANTS-DROITS ?**
30
- 11.2. COMPTE BANCAIRE OÙ SERA VERSÉE LA PENSION DE SURVIE**
30

12. À QUEL BUREAU LIQUIDATEUR ENVOYER LES DOCUMENTS ?

31

13. OÙ TROUVER L'INFORMATION ? OÙ TROUVER DE L'AIDE ?

32

1. Introduction

Les pensionnés des Institutions de l'UE y compris leurs ayants droit, sont soumis au Statut des fonctionnaires et régime applicable aux autres agents de l'UE. Le Statut régit les droits pécuniaires relatifs notamment à l'assurance maladie, la pension et les allocations familiales.

Assurance maladie

Les pensionnés des Institutions sont affiliés au Régime commun d'Assurance Maladie des Institutions, dénommé **RCAM**, qui est un régime d'assurance maladie primaire. La Réglementation commune et les Dispositions Générales d'Exécution, qu'on appelle **DGE**, régissent le fonctionnement du RCAM.

Pension

Lorsqu'ils étaient en service, les pensionnés ont cotisé mensuellement auprès du Régime de pension des Institutions de l'UE. Cette cotisation leur a permis d'acquérir des droits et le versement d'une pension, calculée en fonction de certains critères dont le nombre d'années de service. La pension est versée directement par l'Institution sur le compte de la personne. Diverses dispositions statutaires s'appliquent à cette pension.

Allocations familiales

Le pensionné des Institutions peut avoir droit, en fonction de sa situation et de certains critères, à des allocations versées par l'Institution comme une allocation de foyer, une allocation pour enfant à charge ou une allocation scolaire.

Dans ce document, nous nous limiterons à l'assurance maladie.

2. Couverture du RCAM : qui est couvert et de quelle façon ?

Les anciens fonctionnaires et agents sont couverts à **titre primaire**.

En principe, les membres de la famille peuvent être couverts par le RCAM, mais de manière différente :

- *Le conjoint ou le partenaire reconnu sans aucun revenu professionnel (ou dont le revenu est inférieur à 20% du [grade AST2/1](#))* et n'ayant pas de couverture dans le système national d'assurance maladie bénéficie d'une **couverture primaire**. Il en est de même pour l'ex-conjoint ou l'ex-partenaire reconnu lorsque celui-ci bénéficie d'une pension de survie.
- *Le conjoint ou le partenaire reconnu avec un revenu professionnel* et une couverture dans le système national d'assurance maladie bénéficie d'une **couverture complémentaire**, à condition que son revenu annuel imposable ne dépasse pas le plafond défini annuellement par le RCAM dans leur pays de résidence. Les plafonds par pays sont envoyés chaque année aux affiliés concernés. Le bénéfice de la couverture complémentaire est octroyé sur base de la déclaration de revenus du conjoint ou du partenaire reconnu à envoyer chaque année avant le 30 juin, valable pour une période d'un an renouvelable (de juillet à juillet).
- *Les enfants* ont droit soit à une couverture primaire soit à une couverture complémentaire :
 - ✓ s'ils sont couverts par le régime national d'assurance maladie du conjoint (parent de l'enfant), ils bénéficient d'une couverture complémentaire du RCAM pour autant que des allocations familiales soient versées pour ces enfants (jusqu'à l'âge de 26 ans maximum) ;
 - ✓ dès que les allocations familiales sont interrompues ou cessent (fin d'études et/ou plus de 26 ans), travail d'étudiant rémunéré), la couverture du RCAM cesse également ;
 - ✓ une demande de prolongation de la couverture pour un maximum de 12 mois est possible pour les enfants sans emploi rémunéré ou s'ils sont soumis à une période probatoire pour obtenir le régime national de sécurité sociale.

3. Remboursement

3.1. Généralités

Les pensionnés doivent introduire une [demande de remboursement](#) auprès du RCAM, soit via [MyPMO](#) ou [RCAM en ligne](#)¹, soit sur papier, jamais les deux en même temps. Un taux de remboursement de 80% ou de 85% est appliqué en fonction des prestations sous réserve d'application de l'excessivité (voir point 4.2). Un taux de remboursement de 100% peut être appliqué pour certains frais en cas de maladie grave reconnue par le RCAM, toujours sous réserve d'application de l'excessivité.

Des plafonds de remboursement s'appliquent afin de sauvegarder l'équilibre financier du régime ainsi que des coefficients d'égalité qui sont arrêtés au plus tard tous les 2 ans, afin d'assurer un traitement égal des prestations liquidées au sein des États membres de l'UE.

À partir du 1^{er} jour de pension, seul le numéro de pension doit être utilisé. Le pensionné continue à disposer du libre choix du prestataire (médecin, kiné, infirmier/infirmière...) comme les membres de la famille qui bénéficient de la couverture primaire. Par contre le conjoint en complémentarité n'a pas cette liberté de choix du prestataire, il doit d'abord avoir recours au régime national primaire de sécurité sociale et demander ensuite le remboursement, le RCAM intervenant comme régime complémentaire.

Attention : dans le formulaire toujours préciser le numéro de pension dans la rubrique « numéro de personnel »

Les demandes de remboursement « papier » doivent toujours être accompagnées des pièces justificatives originales. Les copies doivent être conservées par l'affilié pendant 18 mois à partir de la date de réception du décompte. Si les demandes sont faites en ligne, les documents originaux doivent être conservés pendant la même période. Dans le cas d'un remboursement en complémentarité, joindre la facture originale acquittée, accompagnée du relevé détaillé des remboursements perçus du régime national.

Attention : Présenter au plus tard la demande de remboursement endéans 18 mois de la date de la prestation.

En Belgique, en théorie, les prescriptions pour traitements médicaux sont valables 2 ans à condition que le traitement ait commencé dans les 6 mois à partir de la date d'émission. Cependant, cette durée est différente selon les États membres. Elle dépend du lieu de la prestation médicale.

En cas d'accident, les pensionnés ne bénéficient plus de la couverture dont ils bénéficiaient pendant leur activité (possibilité d'assurance « accidents » privée, voir point 6).

3.2. Consultation et visite médicale

Les consultations et visites médicales chez un médecin généraliste ou un spécialiste sont remboursées à 85% (100% en cas de maladie grave), dans la limite d'un [plafond](#) (auquel le coefficient d'égalité s'applique).

¹ Tous deux accessibles uniquement via un accès sécurisé appelé EU Login. Vos données sont protégées par authentification à 2 facteurs pour plus de sécurité.

Les frais de visite aux urgences, de nuit, le week-end et les jours fériés sont également remboursés à 85% et 100% en cas de maladie grave.

Joindre au formulaire de demande de remboursement l'attestation de la consultation au cabinet du médecin ou à domicile, précisant toujours le nom complet du patient, la date et le montant des honoraires.

3.3. Téléconsultation médicale

À la suite de l'épidémie de Covid et des mesures sanitaires de confinement qui en ont découlé, la téléconsultation médicale s'est développée. Cette consultation est remboursée par le RCAM sous le même code que la prestation.

3.4. Produits pharmaceutiques

Les [produits pharmaceutiques](#) sont remboursés à 85%.

Attention : certains produits pharmaceutiques sont soumis à autorisation préalable (AP) et d'autres sont non-remboursables même si prescrits par un médecin (voir point 5).

Conditions :

- obligatoirement prescrits
- joindre le reçu officiel délivré par la pharmacie avec :
 - ✓le nom du médecin prescripteur ;
 - ✓le nom complet du patient ;
 - ✓la désignation du médicament prescrit ;
 - ✓le prix de chaque produit ;
 - ✓la date de délivrance des médicaments ;
 - ✓le cachet et la signature du pharmacien.

Pour les pays où un tel reçu n'existe pas, une copie de la prescription médicale est à ajouter à la facture originale. Sinon, la prescription n'est pas nécessaire.

3.5. Achat de produits pharmaceutiques en ligne

Le RCAM peut rembourser certains produits pharmaceutiques achetés en ligne si toutes les mentions nécessaires au remboursement sont reprises sur la facture (voir plus haut « produits pharmaceutiques »). Ils peuvent être délivrés par un pharmacien, un médecin ou tout autre organisme ou système autorisé à délivrer des médicaments dans l'État membre concerné. Par pharmacien, il faut entendre pharmacie en ligne reconnue officiellement dans l'État membre concerné.

3.6. Soins dentaires préventifs

Ils sont remboursables à 80% avec un [plafond](#) établi par année calendrier et par bénéficiaire. Les soins liés aux implants et couronnes sont inclus dans les soins préventifs. Si les soins ne sont pas préventifs, ils sont soumis à AP (voir point 5).

Attention : Joindre au [formulaire](#) une facture officielle détaillée délivrée par le dentiste.

3.7. Lunettes

Elles sont remboursables à 85% jusqu'au [plafond](#) applicable. 2 paires maximum tous les 2 ans, sauf si changement de dioptrie ou d'axe au moins égal à 0,50 attesté médicalement par rapport au dernier remboursement.

Les lentilles de contact et produits d'entretien sont remboursables à 85% avec un [plafond](#) applicable sur une période glissante de 2 ans. Le [formulaire](#) est à compléter par l'opticien et à joindre à la facture.

Il existe un [document](#) expliquant comment procéder pour obtenir un remboursement rapide de vos lunettes.

Pour avoir droit au remboursement, une facture en bonne et due forme est requise et doit spécifier :

- ✓ le nom complet du client ;
- ✓ le type de vision et le détail des dioptries ;
- ✓ pour les lunettes : les prix de la monture et des verres doivent être distincts ;
- ✓ la date d'achat ;
- ✓ le nom complet du prestataire (cachet et signature).

3.8. Appareils auditifs

Ils sont remboursables à 85% avec un [plafond](#) par appareil, sans autorisation préalable. Pour avoir droit au remboursement, une prescription médicale par un médecin oto-rhino-laryngologiste (ORL) ou par un audioprothésiste est nécessaire, accompagnée des résultats audiométriques avec et sans appareil.

Renouvellement possible après 5 ans, l'entretien et les batteries ne sont pas remboursables.

3.9. Pédicure médicale

Elle est remboursable à 80% avec un [plafond](#) si :

- ✓ prescription médicale ;
- ✓ la pédicure est effectuée par un prestataire légalement reconnu par le ministère de la santé publique du pays dans lequel la prestation médicale est effectuée ;
- ✓ reçu officiel conforme à la législation du pays dans lequel le traitement a été dispensé.

3.10. Ostéopathie-kinésithérapie

Pour l'**ostéopathie** : une prescription médicale suffit avec une limite de 24 séances par an remboursées à 80% avec un [plafond](#). Un nombre supérieur de séances ne peut être accordé que sur AP (voir point 5).

Pour la **kinésithérapie** : une prescription médicale suffit avec une limite de 60 séances par an remboursées à 80%, avec un **plafond**. Si davantage de séances sont nécessaires, demander une AP avec le rapport du médecin justifiant la poursuite des soins (voir point 5).

3.11. Semelles et chaussures orthopédiques

Semelles : Pas d'AP (voir point 5), une prescription médicale suffit. Remboursement à 85% à raison d'un maximum de 4 semelles par an, jusqu'à un **plafond** par semelle.

Chaussures orthopédiques : AP (voir point 5) plus la prescription médicale (s'adresser à des magasins spécialisés type bandagiste). Remboursement à hauteur de 85% pour maximum 2 paires par an jusqu'à un **plafond** par paire.

3.12. Drainage lymphatique

AP (voir point 5) plus la prescription médicale. Le nombre de séances est limité à 20 par an. Remboursement à 80% % avec un **plafond**. Pas de limitation de séances ni de plafond en cas de maladie grave.

3.13. Acupuncture

Pas d'AP. Joindre une prescription médicale détaillée à la demande de remboursement, mentionnant le nom et les références officielles du médecin prescripteur, le nom complet du patient, la date d'émission, le type de traitement concerné, la motivation médicale (raison du traitement, contexte pathologique), le nombre de séances prescrites.

Le nombre de séances remboursable est limité à 30 par an. Remboursement à 80 % avec un **plafond**.

Le traitement doit être effectué par un prestataire légalement autorisé à délivrer ce type d'acte dans le pays concerné.

3.14 Troubles de la vue

Les règles de remboursement sont différentes selon le type de soins ophtalmologiques. Dans certains cas, une autorisation préalable ou des pièces justificatives sont nécessaires.

Attention : pour la chirurgie de la cataracte, si vous avez moins de 55 ans, une autorisation préalable est nécessaire.

4. Relations avec le RCAM

4.1. Bureaux liquidateurs

Les Bureaux liquidateurs qui traitent les demandes de remboursement et d'autorisations préalables dépendent du lieu de résidence de l'affilié et sont répartis sur 3 sites : Bruxelles, Ispra, Luxembourg. Les adresses figurent au point 12.

4.2. Frais médicaux excessifs

Lorsqu'aucun plafond de remboursement n'est fixé, et même en cas de remboursement à 100%, la partie des frais qui dépasse sensiblement les prix moyens pratiqués dans le pays où les prestations ont été effectuées, peut être exclue du remboursement. Elle est déterminée au cas par cas par une équipe spécialisée après avis du médecin conseil.

4.2 bis Coefficient d'assiette remboursable

Pour des frais médicaux encourus dans des pays dits « à médecine chère », en dehors de l'UE, (notamment les USA, la Norvège, la Suisse), le montant restant à charge de l'affilié peut parfois être très élevé malgré l'application du coefficient d'assiette remboursable (voir point 6.5).

4.3. Remboursement spécial

L'affilié peut avoir droit à un [remboursement spécial](#) (ex article 72.3 du Statut) si les frais restant à sa charge - qui ne sont pas exclus du champ d'application dudit article (par exemple en raison de l'excessivité appliquée) et qui n'ont pas été remboursés par une autre assurance -, dépassent au cours d'une période de 12 mois la moitié de sa pension mensuelle de base.

4.4. Avance sur frais médicaux élevés

L'avance n'est possible que pour les affiliés à titre primaire. Elle est accordée à titre exceptionnel et est en principe liée au montant de la pension de l'affilié. Le type de frais médicaux potentiellement couverts par l'avance figure sur le [formulaire](#) ad hoc.

Une estimation des coûts des soins et de leur date prévue est requise. L'affilié doit payer les factures, demander le remboursement, le RCAM déduira alors le montant de l'avance qui lui est dû des remboursements ultérieurs. Pour l'avance en cas d'hospitalisation, voir point 6.4.

4.5. Remboursement prioritaire pour frais élevés

Dans un souci de sollicitude, un remboursement prioritaire peut aussi être accordé lorsque l'affilié a lui-même payé ses frais de santé. Il est accordé aux affiliés à titre primaire du RCAM qui ont payé des frais médicaux de plus de **600 Euros**. Délai maximal de 15 jours après le paiement des frais pour envoyer la demande de remboursement. Remplir le [formulaire](#) et le joindre à la demande remboursement.

5. L'autorisation préalable au remboursement

5.1. Principes de base

Pour être remboursées, certaines prestations médicales sont soumises à autorisation préalable (AP). Pour permettre le remboursement (AP médicale ou dentaire) ou pour adapter le taux de celui-ci dans le cas d'une maladie grave (voir point 7), la demande d'autorisation préalable (ou son renouvellement) doit être introduite bien avant le début d'un traitement ou d'une intervention. S'il y a urgence, les soins nécessaires peuvent être commencés avant l'accord sur le remboursement.

Le formulaire d'AP doit être accompagné d'une prescription détaillée du médecin et d'un rapport médical complet qui justifie les soins. C'est le médecin conseil ou le dentiste conseil du Bureau liquidateur (Bruxelles, Luxembourg, Ispra) qui analyse le dossier et donne son avis sur le caractère fonctionnel des soins prévus.

5.2. Dans quels cas l'autorisation préalable est nécessaire :

Ce [formulaire](#) détaille les prestations soumises à une AP.

5.3. Comment remplir correctement le formulaire :

- ✓ il est important d'indiquer pour qui l'AP est demandée : affilié principal, conjoint ou partenaire reconnu, enfant, personne assimilée à un enfant à charge ;
- ✓ vérifier que la prescription et le rapport médical sont complets et lisibles (ex problème médical à traiter, nombre de séances, type de traitement, durée, date). Si le rapport médical est rédigé dans une langue autre que le français ou l'anglais, il est recommandé d'annexer une traduction libre pour accélérer la gestion du dossier ;
- ✓ quand tous les documents sont finalisés, les adresser au Bureau liquidateur compétent ;
- ✓ transmission des documents : en papier ou en ligne, pas les deux.

5.4. L'autorisation préalable et régime national de santé

- ✓ Pour le bénéficiaire de la complémentarité, il faut justifier que le système public national auquel il est affilié, présente des carences (délai d'attente, manque de matériel pour effectuer le diagnostic ...). Dans ce cas, l'AP doit être introduite avant le début des soins ;
- ✓ Pour un bénéficiaire à titre primaire ou un enfant en complémentarité, cette obligation n'existe pas.

5.5. L'autorisation préalable pour les remboursements de frais dentaires

Une AP dentaire est requise si l'acte n'est pas un traitement préventif (voir point 3.6). Les cas sont les suivants :

- ✓ prothèses dentaires (couronne, bridge, inlay, prothèse complète...). Le remboursement des couronnes est soumis à un [plafond](#) ;
- ✓ implants : le remboursement est limité à 4 implants par mâchoire soit un maximum de 8 implants par bénéficiaire et ce tout au long de la vie ;

- ✓ parodontie (traitement de la gencive chez l'adulte) ;
- ✓ occlusodontie (gouttière occlusale) ;
- ✓ orthodontie (appareil dentaire chez l'enfant).

Pour les demandes en version papier, les documents suivants doivent être joints au formulaire d'AP: la partie « devis » du formulaire ci-dessous, les radios et le plan détaillé du traitement. Ces documents doivent être envoyés sous pli fermé portant la mention « secret médical » au Bureau liquidateur concerné.

Attention : Pour le remboursement, une facture officielle détaillée délivrée par le dentiste doit être jointe à la partie « honoraires » du [formulaire](#) ad hoc.

5.6. L'autorisation préalable pour le remboursement des produits pharmaceutiques

Le remboursement de certains [médicaments](#) nécessite aussi une AP sur présentation d'un rapport médical :

Si vous accédez à RCAM en ligne², sur l'écran principal, cliquez sur l'onglet « recherche », puis « liste des produits pharmaceutiques », vous verrez si le médicament est remboursable et s'il est soumis à une AP ou non.

5.7. L'autorisation préalable pour le remboursement des frais de transport

Tout dépend si le transport est urgent ou pas.

- ✓ Transport **urgent** : l'AP n'est pas requise, il suffira de motiver l'urgence. Le retour nécessite une AP.
- ✓ Transport **non urgent** : il faut joindre à la demande d'AP un certificat médical du médecin mentionnant le motif médical, le nombre de déplacements, le trajet effectué, le mode de transport nécessaire. Il est tout à fait possible de demander une AP pour une série de déplacements. Dans ce cas, il faudra joindre avec la prescription du médecin le kilométrage et le nombre de voyages (ex-séances de kiné, de chimiothérapie).

Le remboursement n'a lieu que dans des cas bien précis :

- ✓ du centre hospitalier le plus proche vers le domicile ;
- ✓ aller-retour pour des séances de radiothérapie, chimiothérapie ;
- ✓ transfert d'un centre hospitalier ne disposant pas de l'équipement nécessaire vers le centre le plus proche dans lequel l'équipement est disponible.

Ne sont pas remboursés :

- ✓ les frais de rapatriement en cas de maladie ou d'accident ;
- ✓ les frais de transport pour une cure thermale ou de convalescence ;
- ✓ les frais de transport pour la consultation d'un médecin généraliste ;
- ✓ les frais de transport en véhicule privé à l'intérieur de l'agglomération sauf traitements répétitifs lourds.

² Accessible uniquement via un accès sécurisé appelé EU Login. Vos données sont protégées par authentification à 2 facteurs pour plus de sécurité.

5.8. L'autorisation préalable pour le remboursement d'une cure thermale

- ✓ Le séjour dans un établissement thermal est de 10 à 21 jours.
- ✓ Une cure doit comporter au moins deux soins appropriés par jour et ne peut pas être interrompue.
- ✓ L'autorisation de cure est limitée à une par an avec un maximum de 8 sur la durée de la vie du bénéficiaire, pour chacune des pathologies détaillées dans les DGE. Cependant, une cure par an est possible à condition qu'elle soit effectuée dans le cadre du traitement d'une maladie grave reconnue ou dans le cas d'un psoriasis sévère ne répondant pas aux traitements classiques.
- ✓ Au moins 6 semaines avant la cure, envoyer le formulaire d'AP accompagné de la prescription médicale du médecin traitant indépendant du centre de cure et d'un rapport médical détaillé, établi depuis moins de 3 mois. Ce rapport précisera les antécédents du patient, la durée de la cure, la nature des soins à suivre et le type de centre thermal agréé en rapport avec la pathologie concernée.
- ✓ Le rapport médical précisera également le détail des traitements suivis pendant l'année pour la pathologie nécessitant la cure.

5.9. La demande de remboursement

La **demande de remboursement** ne sera introduite qu'après notification à l'affilié de l'autorisation de remboursement du traitement demandé. Cette notification reprendra :

- ✓ la référence de l'autorisation ;
- ✓ le nombre de prestations remboursables éventuellement accordées ;
- ✓ une éventuelle remarque du médecin conseil ;
- ✓ la période de validité de l'autorisation.

Attention : la période de validité est importante car les soins doivent être effectués dans le cadre strict de cette période et elle conditionne une demande de renouvellement éventuelle.

6. Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation sont remboursés par le RCAM en principe au taux de 80 à 85%. Les prestations hospitalières sont soumises à des plafonds. Des [accords](#) ont été conclus avec des cliniques et hôpitaux en Belgique, Allemagne et au Luxembourg pour fixer les honoraires maximum des praticiens ainsi que les frais de séjour dans ces établissements.

Attention : il est important d'être conscient que le montant qui reste à la charge des affiliés peut être élevé (au-delà des 15% habituels). Pour cela il est vivement conseillé de s'informer à l'avance au sujet des tarifs qui seront pratiqués avant l'intervention ou les soins prévus. Il est recommandé de demander une estimation des coûts auprès des prestataires ou de l'hôpital (voir point 6.3).

Il est utile d'envoyer le rapport d'hospitalisation établi par le médecin ou le chirurgien pour faciliter la gestion du dossier de remboursement des frais liés à l'hospitalisation.

6.1. La prise en charge

Si l'affilié doit faire face à des dépenses importantes, une prise en charge permettant de ne pas devoir faire l'avance des frais peut être demandée.

Toutefois ce n'est pas un droit mais une possibilité offerte par le RCAM à ses affiliés et bénéficiaires.

Dans un contexte d'urgence : dans ce cas, une lettre de **prise en charge est toujours accordée par le RCAM** au sein de l'Union européenne, même à posteriori.

Urgence= admission (hospitalisation) par le service des urgences de l'hôpital.

6.2. Quels sont les critères d'éligibilité ?

La prise en charge peut être accordée selon les critères suivants :

- ✓ en cas **d'hospitalisation**, même pour un jour, si celle-ci vise :
 - traitement d'affections médicales ou d'opérations chirurgicales ;
 - revalidation ou rééducation fonctionnelle à la suite d'une affection médicale ou une opération chirurgicale invalidante ;
 - traitement de troubles psychiatriques ;
 - soins palliatifs ;
 - dans le cas de **traitements ambulatoires lourds**, dans le contexte d'une **maladie grave** (ex-chimiothérapie) ;
- ✓ dans le cas d'achats récurrents de médicaments coûteux, d'utilisation récurrente d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger ou d'examen coûteux, si le coût dépasse 20% de la pension de base de l'affilié.

6.3. Comment remplir correctement le formulaire

Lire attentivement le formulaire et répondre précisément à toutes les questions.

Attention : ne pas oublier de mentionner une estimation du coût global pour les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centres de réhabilitation) avec lesquels aucun accord n'a été conclu et également dans le cas d'exams coûteux, afin que le RCAM puisse déterminer si ce coût dépasse les 20% de la pension de l'affilié.

Les honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste doivent être dissociés du coût de l'intervention. Le patient sera avisé au préalable par le service de prise en charge s'il y a dépassement des 15% à sa charge afin qu'il puisse éventuellement négocier avec l'établissement de santé ou en changer.

6.4. Lorsque la prise en charge n'est pas possible : l'avance

Dans quelques États membres, certains hôpitaux et cliniques n'acceptent pas la prise en charge de la Commission. Une avance peut être accordée (voir point 4.4). Envoyer au service de prises en charge le [formulaire](#) de demande d'avance pour frais médicaux élevés accompagnée d'une estimation des coûts. Ce service enverra une fiche financière à compléter pour créditer le compte de l'affilié.

6.5. La prise en charge dans les pays de l'UE à médecine chère

Un nombre croissant d'hôpitaux au Royaume-Uni ou au Portugal facturent des frais très élevés.

Le RCAM propose deux alternatives :

- ✓ L'affilié paie les factures et en demande immédiatement le remboursement en utilisant la possibilité d'un [remboursement prioritaire pour frais élevés](#) (voir point 4.5).
- ✓ L'affilié demande une [avance](#) et paie ensuite les factures (voir point 4.4).

6.6. L'hospitalisation en dehors de l'UE

Dans le cas d'hospitalisation en dehors de l'Union européenne (notamment USA, Suisse, Norvège), la procédure est assez longue et complexe notamment pour la gestion des dossiers et la vérification financière. Pour cette raison, le RCAM n'accorde généralement pas la prise en charge, sauf en cas de circonstances exceptionnelles, notamment l'admission aux urgences. L'affilié aura le même choix que pour les pays de l'UE à médecine chère (voir point 6.5). Il est vivement recommandé en cas de voyage dans ces pays de contracter une assurance spécifique, de type assistance, qui prévoit entre autres les frais de transport et de rapatriement non prévus par le RCAM.

7. Assurances complémentaires CIGNA

7.1. Généralités

L'AIACE a conclu, par l'intermédiaire du courtier d'assurances belge CIGNA, un contrat d'assurance « accident », similaire à celle garantie aux actifs en vertu du Statut, ainsi qu'un contrat d'assurance complémentaire « hospitalisation ».

7.2. Assurance « accident »

Cette assurance offre une couverture mondiale et elle peut être souscrite jusqu'à la veille du 80ème anniversaire. Elle indemnise, en complément du remboursement RCAM, les frais médicaux à hauteur de 100% quels que soient les plafonds applicables au titre du RCAM. Toutefois, le médecin conseil de CIGNA peut réduire ou refuser le remboursement de certains frais jugés non indispensables ou excessifs. Elle prévoit également le versement d'un capital en cas de décès ou d'invalidité suite à un accident. La prime relative à cette assurance est prélevée chaque mois par la Commission sur le montant de la pension. La prime est exprimée en pourcentage de la pension et donc son montant est lié à celui de la pension.

Envoyer la [déclaration d'accident](#) et le certificat médical complétés par le médecin au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'accident à :

CIGNA Eurprivilèges
PO Box 69
2140 ANVERS - Belgique

ou à benefits@cigna.com

Attention : compte tenu des risques de perte de votre courrier, nous conseillons un envoi recommandé si l'on choisit de transmettre les documents par courrier.

Il existe un [document](#) décrivant l'historique de cette assurance, ses caractéristiques et ses différentes options. Pour la demande de remboursement des frais encourus, envoyer le décompte RCAM et copie des factures à l'adresse postale mentionnée ci-dessus (envoi conseillé en recommandé)

ou à benefits@cigna.com.

7.3. Assurance « hospitalisation »

L'AIACE a conclu avec le même courtier CIGNA un contrat qui permet de prendre en charge les frais médicaux dus à une hospitalisation ou à une intervention et qui restent à charge après le remboursement du RCAM. Le délai pour y souscrire est la veille du 69ème anniversaire. Le montant de la prime annuelle est fixe mais sujette à une indexation annuelle. Une éventuelle révision de cette prime peut être appliquée en accord avec l'AIACE.

Pour la demande de remboursement des frais encourus, envoyer le décompte RCAM et copie des factures à la même adresse postale que pour l'assurance « accident » ou à : claims082@eurprivileges.com

Il existe un [document](#) décrivant les différentes options de cette assurance.

7.4. Contacts CIGNA

CIGNA organise des rencontres sur rendez-vous en présentiel dans les bureaux de l'AIACE à Bruxelles ou en visio.

Les points de contact sont les suivants :

info@eurprivileges.com - téléphone : + 32 3 217 65 76.

7.5. Groupe « assurances »

L'AIACE dispose d'un groupe « assurances » qui contrôle le fonctionnement de ces polices, y compris les tarifs. Ce groupe fournit également des conseils sur les assurances et assiste les affiliés en cas de difficulté dans leurs relations avec le courtier CIGNA. Pour toute question, ce groupe est joignable à l'adresse suivante :

aiace.assurances@gmail.com

8. Dépistage

8.1. Généralités

La Commission offre aux pensionnés tous les 2 ans, des [programmes de dépistage](#)³ dont les contenus reposent sur les meilleures pratiques scientifiquement reconnues et avalisées par les instances médicales officielles des institutions (Conseil médical du RCAM).

- ✓ Le contenu et la périodicité du programme dépendent de l'âge et du sexe du bénéficiaire.
- ✓ Le dépistage peut être effectué dans un centre « agréé » avec lequel le PMO a conclu un contrat ou dans un centre de son choix.
- ✓ Les examens prévus dans le programme sont remboursés à 100% dans les centres agréés qui factureront la Commission (facturation directe) ou jusqu'au plafond applicable dans les autres centres.

8.2. À qui s'adressent les programmes de dépistage ?

Le dépistage s'adresse à toute personne de plus de 18 ans couverte par le RCAM à titre primaire ou complémentaire. Les conjoints bénéficiant d'une couverture primaire ont exactement les mêmes droits. En revanche, pour les conjoints en complémentarité, le droit à la facturation directe (facture envoyée directement du centre « agréé » à la Commission) par le RCAM auprès d'un centre agréé ne s'applique qu'aux personnes résidant dans les pays où le système national de santé ne couvre pas les frais de dépistage : Danemark, Finlande, Italie, Espagne, Portugal, Grèce Irlande, Suède et Slovaquie. Dans les autres pays de l'UE, un conjoint en complémentarité ne peut pas bénéficier d'une facturation directe mais devra payer la ou les factures et en demander ensuite le remboursement à son régime national de sécurité sociale avant d'être remboursé par le RCAM.

8.3. Comment est organisé le dépistage ?

Il y a **deux types de dépistage** pour les pensionnés :

- ✓ pour les femmes à partir de 60 ans : programme 3 tous les deux ans ;
- ✓ pour les hommes à partir de 60 ans : programme 6 tous les deux ans.

8.4. Les options possibles

· Le programme peut être fait soit dans un centre « agréé » (avec lequel le PMO a conclu un accord), solution la plus simple et la moins onéreuse car dans ce cas, on bénéficie de la facturation directe ;

³ Les programmes, centres et documents sont accessibles via un accès sécurisé appelé EU Login. Vos données sont protégées par authentification à 2 facteurs pour plus de sécurité.

- Soit auprès de médecins ou centres non agréés car c'est le choix de l'affilié ou parce qu'il n'y a pas de centre « agréé » disponible dans son pays de résidence (filière libre). Dans ce cas, payer les examens et en demander ensuite le remboursement.

8.5. La procédure à suivre

Avant de commencer les examens, **demandez une « invitation »** soit via RCAM en ligne⁴ soit en faisant un **[ticket via le Staff contact](#)** ou en téléphonant au + 32 2 291 11 11 (du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 en sélectionnant le 1 puis le 4) ou encore par la poste à l'adresse suivante :

Commission européenne RCAM-Médecine préventive
1049 Bruxelles
Belgique

Cette invitation une fois validée comporte plusieurs documents :

- la lettre d'invitation : elle sera « avec facturation directe » si vous avez choisi un centre « agréé » ou « sans facturation directe » si vous avez choisi un centre de votre choix mais non agréé ;
- une note explicative pour le médecin ;
- le détail du programme à signer et à faire signer et compléter par le médecin lors de la consultation initiale (voir plus loin) ;
- une déclaration liée à votre participation au programme de dépistage, que vous devez signer et dater.

La lettre d'invitation a une validité de 18 mois maximum et précise s'il s'agit d'une facturation directe ou non.

Attention : c'est la date du dernier examen qui détermine la périodicité pour le programme suivant.

8.6. Les étapes du programme

- Prendre **rendez-vous** auprès du centre agréé et préciser qu'il s'agit d'un programme de dépistage et lequel ou prendre rendez-vous chez votre médecin s'il s'agit d'une invitation libre (autre qu'un centre agréé).
- Le médecin du centre ou votre généraliste (suivant le type d'invitation) prescrira les examens qui vous sont recommandés parmi les « examens standards » du programme. Si des examens non prévus par le programme ou pour lesquels vous ne remplissez pas les conditions d'âge ou de périodicité sont proposés par le médecin, demander une autorisation préalable (voir point 5).
- Réaliser vos examens soit dans un centre « agréé » soit auprès du médecin (votre généraliste ou médecin du centre médical de votre choix).
- Dans le cadre d'une invitation libre : demander **une consultation de clôture** auprès du même médecin qui a effectué la consultation initiale. Cette consultation peut être remplacée par un rapport médical dans le cadre d'une invitation avec un centre non agréé.

⁴ Accessible uniquement via un accès sécurisé appelé EU Login Vos données sont protégées par authentification à 2 facteurs pour plus de sécurité.

8.7. Les règles de remboursement

- Le remboursement est à 100% dans la limite des plafonds. Attention cependant au seuil d'excessivité.
- Dans le cas d'une lettre d'invitation avec facturation directe et des examens dans un centre « agréé » : vous n'avez rien à payer, tous les frais sont facturés au RCAM. Par contre, payer les consultations initiales et de clôture chez le médecin de votre choix et demander le remboursement auprès du RCAM.
- Dans le cas d'une lettre d'invitation sans facturation directe dans un centre non agréé : vous devez payer tous les frais et en demander ensuite le remboursement au RCAM.
- Dans le cas des examens « ajoutés » (voir précédemment), payer les examens. Si l'autorisation préalable est acceptée, demander le remboursement et si elle ne l'est pas, faire une demande de remboursement normale.

Attention : si des examens non prévus au programme ou pour lesquels les conditions d'âge ou de périodicité (ex-mammographie à partir de 50 ans ou coloscopie une fois tous les 10 ans) ne sont pas remplies, sont prescrits par le médecin, ils peuvent être ajoutés au programme avec ou sans autorisation préalable. Pour cela, il faudra suivre la procédure habituelle de demande d'AP (voir point 5) en joignant une copie du programme complété par le médecin ainsi qu'un justificatif médical émanant du médecin. Ces ajouts devront être payés et pourront faire l'objet d'un remboursement à 100% si l'AP est accordée ou d'un remboursement standard si l'AP est refusée.

Attention : il y a un [formulaire spécial de remboursement](#) « programme de dépistage du RCAM ». Faire une demande unique par programme.

Les documents obligatoires à ajouter à cette demande de remboursement :

- les attestations de soins du médecin ;
- les factures des examens ;
- les éventuelles autorisations préalables ;
- dans le cas où la complémentarité s'applique : les attestations des sommes perçues du régime national.

9. Reconnaissance de maladie grave

9.1. Critères de reconnaissance

Il est possible de demander une reconnaissance de maladie grave, sur avis du médecin conseil, si la maladie associe les 4 critères suivants :

- pronostic vital défavorable ;
- évolution chronique ;
- nécessité de mesures diagnostiques et/ ou thérapeutiques lourdes ;
- présence ou risque de handicap grave.

Joindre au [formulaire de demande](#) un rapport médical qui stipule : la date du diagnostic et le diagnostic précis, le stade d'évolution, les complications éventuelles et le traitement nécessaire. Envoyer ces deux documents sous pli fermé au médecin-conseil du Centre de gestion concerné.

9.2. Durée de validité de la reconnaissance

Limitation à 5 ans. Avant la date d'échéance, on peut demander une prolongation, avec un rapport médical précisant :

- l'évolution de la maladie ;
- le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire.

En cas d'évolution de la situation, la décision pourra être revue à la suite d'une nouvelle demande. En cas de rémission, il est important de noter que les visites de suivi peuvent aussi faire l'objet d'un remboursement en utilisant le formulaire « maladie grave ».

9.3. Maladies considérées graves

En application du Statut, les maladies telles que tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable sont reconnues comme graves. D'autres affections (DMLA par ex.) peuvent être reconnues comme maladie grave selon certaines conditions, notamment en prenant en compte les conséquences médicales de la pathologie, ce que le rapport médical doit clairement détailler.

9.4. Remboursement

Le taux de remboursement pour les frais exposés en cas de maladie grave reconnue et uniquement ceux-ci, est de 100% sans plafond sauf dans quelques cas dûment précisés dans les Dispositions Générales d'Exécution (DGE (à titre d'exemple : prestation de garde malade ou frais dentaires). Le remboursement de ces frais peut toutefois être limité au cas où les prix pratiqués sont excessifs (voir point 4.2). Ne pas oublier d'indiquer dans le formulaire de remboursement le numéro de référence de la décision relative à la reconnaissance.

10. Dépendance

Maisons de repos et de soins et garde malade à domicile

10.1. Reconnaissance de la dépendance : les documents à fournir

- Évaluation de l'autonomie fonctionnelle (aspects physiques) ;
- Évaluation spatio-temporelle (aspects cognitifs) ;
- Déclaration d'aide financière complémentaire où l'on indique si on dispose d'un autre système d'assurance ;
- Rapport médical ou prescription médicale expliquant les raisons pour lesquelles l'affilié doit séjourner dans une maison de repos ou de soins ou doit avoir recours au service d'une garde malade à domicile.

Un [formulaire d'évaluation de l'autonomie](#) et une [déclaration d'aide financière éventuelle](#) ainsi qu'un rapport doivent être respectivement remplis et établis par le médecin traitant.

Une [demande d'autorisation préalable](#) (AP) doit également être envoyée (voir point 5). Ce formulaire est identique aussi bien pour un séjour en maison de repos et de soins que pour une garde-malade. Un même formulaire devra être établi pour les frais de transport non urgents par ex de la maison de soins vers le domicile.

Pour les maisons de repos et de soins, des documents supplémentaires sont à fournir : un plan de soins détaillé et une facture proforma.

Tous ces documents doivent être envoyés au médecin conseil qui établit le degré de dépendance de l'affilié.

Une [prise en charge des frais relatifs aux soins en maison de repos et de soins](#) pourra être demandée mais ne pourra être transmise que lorsque les informations relatives à la maison de soins et à la durée du séjour seront connues.

10.2. Maisons de repos et de soins

Les frais de soins sont remboursés soit à 85% soit à 100% s'ils sont liés à la maladie grave. (attention toujours à l'excessivité).

Pour les frais de séjour résidentiels : plafonnés à 36 Euros par jour (en Belgique).

Pour ceux non résidentiels (en centre de jour) : plafonnés à 18 Euros par jour (en Belgique).

Attention : bien faire comprendre à ces établissements que les pensionnés ne sont pas affiliés au système de sécurité sociale nationale et qu'ils ne peuvent pas bénéficier en principe de l'aide nationale ou locale. Dans ces conditions, les factures seront de préférence établies en deux parties, l'une pour les frais de séjour (x jours à y Euros par ex) et l'autre pour les frais de soins collectifs. Les autres frais comme les visites médicales, analyses, médicaments, frais de transport par ambulance sont traités dans les demandes de remboursement habituelles.

À noter que très souvent, pour s'assurer de la solvabilité des personnes souhaitant entrer dans une maison de retraite, il leur sera demandé le montant de leurs revenus. C'est l'un des rares cas où le bulletin de pension avec montant doit être fourni.

En cas de facture forfaitaire, cette séparation des frais est effectuée en fonction du degré de dépendance :

- ✓ degré 1 (le plus élevé) : 70% soins-30% séjour ;
- ✓ degré 2 : 60 % soins-40% séjour ;
- ✓ degré 3 : 50% soins-50% séjour ;
- ✓ degré 4 : 30% soins-70% séjour.
- ✓ le degré 5 n'ouvre pas droit à un remboursement.

10.3. Garde malade à domicile

1. Si le/la garde-malade dépend d'un organisme officiel (ex-Croix Rouge) ou d'un organisme non officiel (coopérative/société/service privé), joindre :

- une copie du Statut qui prouve que l'organisme est reconnu pour fournir des services de garde malade ;
- une copie du contrat signé entre ce service et l'affilié ;
- le contrat en bonne et due forme entre l'organisme et la/les personne(s) qui fourni(ssen)t les prestations de garde malade selon le droit national du pays où les prestations de garde malade sont fournies.

Le contrat doit notamment stipuler :

- la nature des prestations de garde malade à effectuer (pas de tâches ménagères) ;
- le nombre d'heures à prester ;
- le nom du/de la ou des garde malades ;
- le prix horaire applicable.

2. Si le/la garde malade exerce dans un cadre libéral officiel, joindre :

- la preuve qu'il/elle soit officiellement reconnu (e) pour fournir des services de garde malade lorsque la législation nationale le prévoit, et/ou la copie de l'enregistrement de l'activité libérale de garde malade auprès des services nationaux compétents ;
- la copie du contrat signé entre le/la garde malade et l'affilié selon le droit national du pays où les prestations de garde malade sont fournies.

Le contrat doit stipuler les mêmes éléments qu'au point 1.

3. Si le/la garde malade est engagée par l'affilié, joindre :

- **le contrat de travail** en bonne et due forme et/ou le contrat d'assurance spécifique pour l'emploi de garde malade (selon les dispositions de la législation nationale du pays où les prestations de garde malade sont fournies). Le contrat doit clairement stipuler qu'il s'agit de prestations de garde malade et pas de tâches ménagères ;
- **la prescription médicale du médecin traitant** du bénéficiaire mentionnant le nom du/de la garde malade, certifiant qu'il/elle a les compétences requises et qu'il/elle peut dispenser les prestations ;
- **la copie d'un document d'identité** du/de la garde malade ;
- la copie du permis de séjour (dans le cas de citoyens hors UE) ;

- la preuve d'inscription à la sécurité sociale conformément à la législation nationale du pays où les prestations de garde malade sont fournies (les charges sociales relatives aux contrats d'emploi et/ou les primes d'assurance qui sont incluses dans les frais de garde malade et sont remboursables à ce titre sur base de la preuve de paiement de cotisations) ;
- le prix horaire applicable.

Afin de bénéficier du remboursement des frais des prestations de garde malade, un formulaire de demande de remboursement doit être présenté : il doit être daté, signé et doit mentionner uniquement les montants de la facture pour frais de garde malade relatifs au mois précédent (et jamais de facturation par quinzaine ou plusieurs mois). Il doit être accompagné de :

- Pour les cas prévus aux points 1 et 2 : la facture (conforme à la législation du pays dans lequel les prestations sont fournies) où les informations suivantes doivent être indiquées :

- *no de la facture ;*
- *no de reconnaissance de l'entreprise/no TVA ;*
- *date de la facture ;*
- *nom du bénéficiaire ;*
- *nom du/de la/ des garde malade(s) ;*
- *libellé exact de « prestations de garde malade » ;*
- *nombre d'heures prestées et prix unitaire et total.*

- Pour les cas prévus au point 3 :

copie du bulletin de salaire mensuel et des paiements de cotisations sociales.

Si la facture concerne un(e) garde malade dont le nom ne figure pas dans le contrat, le remboursement ne pourra avoir lieu qu'à la seule condition qu'un avenant au contrat ait été établi et qu'une nouvelle AP ait été accordée préalablement à la facturation.

En l'absence des documents demandés, l'AP ne pourra pas être accordée et les prestations correspondantes ne seront pas remboursées.

Le **montant du remboursement** de prestations de garde malade dépend de la durée (< de 60 jours et > de 60 jours). Il est assorti d'un plafond. Dans le cas de prestations de garde malade de > de 60 jours, le plafond dépend du degré de dépendance et du niveau de la pension.

Appareils orthopédiques, autre matériel médical et aide-ménagère

Le remboursement des frais liés à ces appareils ainsi qu'à l'aide-ménagère est soumis à un **plafond**.

10.4. Lit médicalisé

Conditions à remplir : le besoin doit être reconnu et le lit prescrit par un médecin.

Procédures à suivre : joindre à la prescription médicale une demande d'autorisation préalable (AP) (voir point 5).

Formulaires à remplir : demande d'AP, non renouvelable pour l'achat.

Conditions de remboursement : 85% avec un plafond pour l'achat. La réparation ou l'usage en institution médicalisée ne sont pas remboursables.

Location < à 3 mois : prescription médicale. Taux de remboursement à 85%.

Location > à 3 mois : prescription médicale et demande d'AP. Taux de remboursement à 85%.

10.5. Fauteuil roulant simple, propulsion personnelle

Conditions à remplir : le besoin doit être reconnu et l'appareil prescrit par un médecin.

Procédure à suivre : joindre à la prescription médicale une demande d'autorisation préalable (voir point 5).

Formulaires à remplir : demande d'AP (valable 5 ans).

Location < à 3 mois : prescription médicale. Taux de remboursement à 85%.

Location > = 3 mois : prescription médicale et demande d'AP (valable 5 ans). Taux de remboursement : 85%.

Conditions de remboursement : le montant maximum remboursable est limité pour l'achat comme pour la location. En cas de besoin pour une longue durée, préférer l'achat. La location peut être transformée en achat pendant la durée de location, le montant remboursable restant limité.

Les frais d'entretien, y compris les pneus, ne sont pas remboursables. Les frais de réparation sont remboursables sous réserve d'une autorisation préalable.

10.6. Matériel pour incontinence

Une prescription médicale est nécessaire ainsi qu'une demande d'AP (voir point 5). Ce matériel est remboursé au taux de 85% avec un plafond.

10.7. Chaise percée, chaise de douche (à domicile)

Achat : prescription médicale et demande d'autorisation préalable non renouvelable. Taux de remboursement : 85% avec un plafond.

Location < à 3 mois : prescription médicale. Taux de remboursement : 85%.

Location > = à 3 mois : prescription médicale et demande d'AP. Taux de remboursement : 85%.

La réparation n'est pas remboursable.

10.8. Cadre de marche 2 roues et siège

Achat : prescription médicale et demande d'autorisation préalable non renouvelable. Taux de remboursement : 85% avec un plafond.

Location < de 3 mois : prescription médicale seulement. Taux de remboursement : 85%.

Location > = 3 mois : prescription médicale et demande d'AP. Taux de remboursement : 85%.

Les réparations ne sont pas remboursables.

10.9. Appareil pour apnée du sommeil

Le remboursement est prévu pour l'achat ou la location d'un appareil assurant la ventilation en pression positive continue (en anglais, CCAP pour Continuous Positive Airway Pressure), permettant de traiter certains troubles respiratoires, notamment pour traiter le syndrome d'apnée du sommeil (SAS). Les accessoires ainsi que l'entretien sont également remboursables.

Le besoin de matériel doit être reconnu et l'appareil prescrit par un pneumologue, prescription accompagnée d'un test du sommeil sans équipement et avec équipement.

Joindre à la prescription médicale une demande d'AP pour l'achat (voir point 5), sauf pour une location < à 3 mois ou une location > = à 3 mois. Dans le cas d'un achat où l'AP est nécessaire, sa durée est de 5 ans.

Attention : depuis l'Arrêt de la Cour de Justice du 16 décembre 2020, le plafond de remboursement de 1700 Euros pour l'achat est maintenu, mais ce même plafond utilisé jusqu'ici pour la location longue durée est supprimé. Le taux de remboursement est de 85% pour l'achat comme pour la location. Il est conseillé d'opter d'abord pour la location de 3 mois puis de passer ensuite soit à l'achat soit à la location longue durée. La demande d'autorisation préalable pour la location longue durée peut être transformée en achat. Dans ce cas, les accessoires et l'entretien sont remboursables à 85% à partir d'un an après l'achat, avec un plafond de 350 Euros par an sans prescription médicale.

10.10. Aide-ménagère

L'octroi d'une aide financière pour le paiement de travaux ménagers est lié à un état de dépendance reconnu (voir point 10.1). Ici l'organisme compétent n'est pas le RCAM mais la DG Ressources humaines (HR). Conditions à remplir : l'aide est soumise à un plafond de revenus Procédure à suivre : obtenir un certificat du médecin qui statue sur l'état de dépendance et s'adresser aux services sociaux de la Commission selon son lieu de résidence (voir point 13).

11. Que faire en cas de décès

Consulter le document de la Commission : [Dispositions en cas de décès d'un pensionné.](#)

Indépendamment des autres formalités qui figurent dans cette brochure, deux points supplémentaires doivent retenir l'attention :

11.1. Que faire des reçus des frais médicaux du défunt ou de ses ayants-droits ?

La demande de remboursement doit être introduite sans tarder par courrier postal au Bureau liquidateur en remplissant le formulaire papier, accompagné des frais médicaux engagés. La demande peut être signée par un héritier qui précisera son identité sous sa signature.

11.2. Compte bancaire où sera versée la pension de survie

Dans certains États membres, le compte bancaire du défunt est bloqué au moment du décès.

Dans ce cas, il y a lieu d'envoyer au service « pensions » la [fiche signalétique financière](#) où sont précisées les données du compte bancaire sur lequel les trois mois de pension complète et la pension de survie seront versées aux ayants-droits du défunt. Il est également utile d'indiquer au service « pensions » le nom et l'adresse postale du notaire qui liquidera la succession du défunt.

12. À quel Bureau liquidateur envoyer les documents ?

Si votre domicile se trouve en Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovénie, Slovaquie, Suède :

Adressez-vous au Bureau liquidateur de **BRUXELLES** :
Commission européenne
RCAM Bruxelles
Bureau liquidateur
B-1049 Bruxelles.

Si votre domicile se trouve en France, Espagne, Irlande, Italie, Portugal, Royaume-Uni, Suisse, hors UE :

Adressez-vous au Bureau liquidateur d'**ISPRA** :
Commission européenne
RCAM Ispra
PMO.4 - TP 740
Via Enrico Fermi, 2749
I-21027 Ispra (VA).

Si votre domicile se trouve en Allemagne, Autriche, Luxembourg :

Adressez-vous au Bureau liquidateur de **LUXEMBOURG** :
Commission européenne
RCAM Luxembourg
12, rue Guillaume Kroll
Bureau DRB B1/061
L-2920 Luxembourg.

13. Où trouver l'information ? Où trouver de l'aide ?

- Sur le [site](#) de l'AIACE Internationale
- Auprès des « [ambassadeurs](#) » des sections nationales de l'AIACE - ces ambassadeurs jouent le rôle de relais entre les pensionnés et l'administration de la Commission dans le domaine de l'assurance maladie et des pensions
- Auprès des [coordonnateurs des bénévoles sociaux](#) des sections nationales de l'AIACE

- Auprès des **assistants sociaux** des Institutions :

COMMISSION	Bruxelles (+ CCR Séville)	HR-BXL-AIDE-PENSIONNES@ec.europa.eu	+ 32 2 295 90 98
	Luxembourg	HR-LUX-ASSISTANTS-SOCIAUX@ec.europa.eu	+ 352 4301 33948
	Ispra (+ CCR)	HR-PENSIONERS-ISPRA-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+ 39 0332 78 59 10
	CCR Geel	JRC-GEE-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+ 32-14-57165
	CCR Karlsruhe	JRC-KRU-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+ 49-7247-951-876
	CCR Petten	JRC-PTT-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu	+ 31-224-56-53-21
CONSEIL		social.assistants@consilium.europa.eu	+ 32 2 281 52 46 / + 32 2 281 24 27
PARLEMENT	Bruxelles	PERS-SocialServiceBrussels@europarl.europa.eu	+ 32 2 283 13 00
	Luxembourg	PERS-SocialServiceLuxembourg@europarl.europa.eu	+ 352-4300-22878
Comité économique et social européen		svcmecosocialcese@eesc.europa.eu	+32 2 546 94 50
COMITÉ DES RÉGIONS		Social-Service-CoR@cor.europa.eu	+ 32 2 282 23 63
COUR DES COMPTES		ECA-Medical-Service@eca.europa.eu	+ 352-4398-47390
COUR DE JUSTICE		celine.Watrinet@curia.europa.eu	+ 352-43-03-4584

EEAS		PSYCHOSOCIAL-SUPPORT@eeas.europa.eu	+ 32-460-84-22-77
BEI		pensions@eib.org	+ 352-4379-85421
CEDEFOP	Grèce	cedefop-pensions@cedefop.europa	+ 30-2310-49-02-64

- Auprès du numéro de téléphone unique du PMO - **UNIQUEMENT** pour les cas urgents et complexes : + **32 2 291 11 11** - option **1** pour l'assurance maladie, option **2** pour les pensions, option **7** pour les services de la DG HR.