

# Garde-malade

---

Fiche pratique sur la procédure, les taux de remboursement, et les cas spéciaux.

Le régime commun d'assurance maladie (RCAM) couvre les frais pour les prestations de garde-malade. Celles-ci consistent principalement en soins de «nursing» au domicile du malade plusieurs heures par jour, voire la journée ou la nuit entière.

## Étape 1 : demander une autorisation préalable

Votre médecin complète le [formulaire d'évaluation du degré de dépendance](#) (en annexe, voir au bas de ce document). Il vous fournit également un **rapport médical** précisant la durée de la prestation, la nature et la fréquence des soins à prodiguer.

Scannez ces documents et chargez-les dans le logiciel [RCAM en ligne](#) en suivant la procédure de demande d'[autorisation préalable](#) ainsi que le [formulaire de déclaration](#)

Si vous n'avez pas accès au [logiciel RCAM en ligne](#), suivez la méthode papier traditionnelle en remplissant le [formulaire de demande d'autorisation préalable](#) ainsi que le [formulaire de déclaration](#) (en annexe, voir au bas de ce document). N'oubliez pas de joindre tous les documents justificatifs originaux nécessaires (gardez-en une copie chez vous). Vous envoyez le tout à votre bureau liquidateur (l'adresse se trouve sur le formulaire).

## Étape 2 : demander un remboursement

Lorsque l'autorisation préalable vous est accordée, vous pouvez faire appel au garde-malade. Faites alors une demande de remboursement, en joignant la facture détaillée.

Vous envoyez le tout à votre bureau liquidateur.

## Conditions de remboursement

Voir le guide (en annexe, voir au bas de ce document).

L'autorisation est accordée si les prestations sont reconnues comme strictement nécessaires par le médecin-conseil du bureau liquidateur qui les évalue en fonction du degré de dépendance de l'assuré. Seuls les degrés 1, 2, 3 et 4 autorisent le remboursement de prestations de garde-malade.

Les garde-malades doivent être légalement autorisés à exercer cette profession.

Dans les pays où la profession de garde-malade n'est pas réglementée et/ou en cas d'impossibilité de trouver un garde-malade officiellement agréé (par exemple : Croix Rouge), le médecin traitant doit mentionner sur sa prescription le nom de la personne qui dispensera les prestations et préciser qu'elle a les compétences requises pour le faire.

Si les garde-malades ne dépendent pas d'un organisme officiel (par exemple : Croix Rouge) ou s'ils n'exercent pas dans un cadre libéral officiel, la preuve du lien contractuel

(contrat de travail en bonne et due forme et/ou contrat d'assurance spécifique pour l'emploi du garde-malade) doit être communiquée au bureau liquidateur. Les charges sociales relatives aux contrats d'emploi et/ou les primes d'assurances sont incluses dans les frais de garde-malade et remboursables à ce titre.

Attention : les soins infirmiers ponctuels (injections, pansements, etc.) sont remboursés selon les conditions prévues pour les auxiliaires médicaux.

## Taux de remboursement

- garde-malade temporaire (maximum 60 jours) à domicile : remboursement à 80%, avec un plafond de 72€ par jour (en cas de maladie grave : 100%, avec un plafond de 90€ par jour)
- garde-malade de longue durée (au-delà de 60 jours) à domicile : remboursement à 80 % ou à 100 % en cas de maladie grave selon les plafonds prévus, avec une diminution d'un montant égal à 10 % du revenu de base de l'affilié (traitement, pension d'ancienneté, pension ou allocation d'invalidité, indemnité prévue à l'article 2 paragraphes 3, tirets 4 et 5 de la Réglementation commune).

### Calcul du plafond

- degré de dépendance 4 et 3 : 50 % du traitement de base d'un fonctionnaire de grade AST 2/1 - 10 %
- degré de dépendance 2 et 1 : 100 % du traitement de base d'un fonctionnaire de grade AST 2/1 - 10 %
- garde-malade en milieu hospitalier (dans les établissements publics où l'infrastructure sanitaire est insuffisante) : remboursement à 80%, avec un plafond de 60 € par jour (en cas de maladie grave : 100%, avec un plafond de 75 € par jour).

## Frais non remboursables

- les frais de déplacement, de logement et de nourriture et tous les autres frais accessoires du ou de la garde-malade
- la surveillance par un adulte d'un enfant malade à domicile, en raison de l'absence des parents, car cette surveillance ne relève pas des prestations d'un garde-malade.
- garde-malade en milieu hospitalier (sauf dans les établissements publics où l'infrastructure sanitaire est insuffisante mais une autorisation préalable est requise).

Concerne M./Mme ..... N° personnel .....

**I. EVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE**

RUBRIQUES	DESCRIPTION	INDICE
<b>ALIMENTATION</b>	- Indépendant(e), capable de se servir des couverts, mange en un temps raisonnable - A besoin d'aide, par exemple pour couper les aliments - Incapable de se nourrir	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>BAIN</b>	- Prend un bain sans aide - Incapable de prendre un bain	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>TOILETTE PERSONNELLE</b>	- Lave son visage, peigne ses cheveux, brosse ses dents, se rase (branche la prise du rasoir) - Incapable d'effectuer ces actes	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>HABILLEMENT</b>	- Indépendant(e). Noue les lacets de ses chaussures, attache ses agrafes, met ses bretelles - A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié du travail en un temps raisonnable - Incapable d'effectuer ces actes	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>CONTROLE INTESTINAL</b>	- Pas de problème. Capable d'utiliser des lavements / suppositoires, si nécessaire - Problèmes occasionnels. A besoin d'aide pour les lavements ou les suppositoires - Incapable d'utiliser des lavements ou des suppositoires	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>CONTROLE VESICAL</b>	- Pas de problème. Capable le cas échéant de prendre soin du matériel de recueil des urines - Problèmes occasionnels et a besoin d'aide pour l'utilisation du matériel de recueil - Incapable d'utiliser ce matériel	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERT AUX TOILETTES</b>	- Indépendant(e) pour aller aux toilettes ou se servir du bassin. Tient ses vêtements, s'essuie, tire la chasse ou nettoie le bassin - A besoin d'aide pour l'équilibre, pour tenir ses vêtements ou le papier hygiénique - Incapable d'effectuer ces actes	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERTS AU LIT, AU FAUTEUIL ET A LA CHAISE</b>	- Indépendant(e), y compris pour bloquer le fauteuil roulant et abattre le marchepied - A besoin d'une aide minime ou d'une simple surveillance - Capable de s'asseoir mais a besoin d'une aide maximale pour le transfert - Totalement dépendant(e)	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>MARCHE</b>	- Indépendant(e) sur 50 mètres. Peut utiliser des cannes mais ne se sert pas de matériel roulant - Fait 50 mètres avec aide - Indépendant(e) avec un fauteuil sur 50 mètres, seulement si incapable de marcher - Incapable de marcher	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>MONTEE D'UN ESCALIER</b>	- Indépendant(e). Peut utiliser des cannes - A besoin d'aide ou d'une simple surveillance - Incapable de monter un escalier	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES

../100

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement cocher une case.

*Tournez S. V. P. et complétez le verso*

## II. EVALUATION SPATIO-TEMPORELLE

RUBRIQUES	EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES		INDICE
<b>1. DIFFICULTES D'EXPRESSION</b> Pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>2. DERANGEMENT VERBAL</b> Crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>3. PERTE DES NOTIONS DE BIENSEANCE</b> Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, uriner en dehors des commodités, cracher...	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>4. ORIENTATION DANS LE TEMPS</b>	- tout à fait désorienté		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps		5 <input type="checkbox"/>
	- pas de difficulté		10 <input type="checkbox"/>
<b>5. COMPORTEMENT AGITE</b> Difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto agressif et/ou agité psychomoteur (déambulation, fugue...)	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>6. COMPORTEMENT NOCTURNE</b> Errer, déranger les autres, confondre jour/nuit	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>7. ORIENTATION DANS L'ESPACE DE VIE</b>	- tout à fait désorienté		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps		5 <input type="checkbox"/>
	- pas de difficulté		10 <input type="checkbox"/>
<b>8. COMPORTEMENT DESTRUCTEUR</b> Violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement : habits, mobilier, périodiques... et/ou agressif à l'égard d'autrui	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>9. PERTE DE LA MEMOIRE...</b>	a) - récente :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - ancienne :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<b>10. RECONNAISSANCE DE L'ENTOURAGE</b> Perte de l'aptitude à reconnaître...	a) - la famille proche (enfants, conjoint) :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - les amis, connaissances, autres :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES		.../100	

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement cocher une case.

.....

Date

.....

Signature et tampon du médecin



**ANNEXE**

**DECLARATION**

**Numéro personnel :**.....

**Nom et prénom:** .....

Afin de compléter la documentation requise pour obtenir l'autorisation préalable, nous vous saurions gré de bien vouloir nous communiquer si vous recevez une aide financière complémentaire de la part d'un système d'assurance légale et/ou obligatoire ou privée. Si tel est le cas, veuillez indiquer ci-dessous le montant perçu et nous renvoyer la présente lettre, dûment complétée.

**Nous vous informons qu'en absence de la réception de ce formulaire dûment rempli et signé votre demande d'autorisation préalable ne sera pas traitée et vous sera renvoyée.**

Aide financière complémentaire

BENEFICIAIRE – nom et prénom : .....

-  Garde-malade

-  Etablissement de repos ou de soins

-  Autres : .....

- organisme :.....

- montant perçu ..... Pays ..... Devise .....

Pas d'aide financière complémentaire

Date : .....

Signature : .....

➤ **A transmettre à votre Bureau Liquidateur**

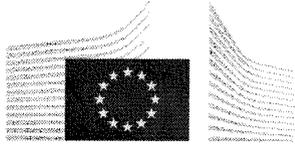
Personnel de la Commission, Agences exécutives:

[http://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/sources/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx)

Pour délégations, Office des Publications, Personnel à la retraite, détaché ou en CCP :

[https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)

Autres institutions de l'EU et autres agences : [http://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx).



**COMMISSION EUROPÉENNE**  
**OFFICE DE GESTION ET DE LIQUIDATION DES DROITS INDIVIDUELS**

**PMO/3 - Assurance maladie et accident**

**VERSION 29.06.2012**

**LIGNES GUIDE POUR OBTENIR UNE AUTORISATION  
PREALABLE POUR GARDE-MALADE (GDM) OU SON  
RENOUVELLEMENT**

**AINSI QUE LES REMBOURSEMENTS**

## POUR OBTENIR UNE AUTORISATION PREALABLE

Pour obtenir une **autorisation préalable pour garde malade (GDM) ou son renouvellement** l'affilié doit remplir le formulaire de demande d'autorisation préalable (annexe 1) et envoyer au Bureau liquidateur obligatoirement tous les documents suivants. En l'absence des documents demandés, l'autorisation préalable ne sera pas accordée et les prestations correspondantes ne seront pas remboursées:

- A) - Rapport médical précisant la pathologie, la durée de la prestation, la nature et la fréquence des soins.
- Deux questionnaires dûment remplis, signés et datés par le médecin traitant, indiquant le degré de dépendance de la personne pour laquelle le remboursement des prestations de la garde-malade est demandé ---- – Annexe 2).
- B) Déclaration d'une intervention ou pas d'une aide financière complémentaire de la part d'un système d'assurance publique, légal et/ou obligatoire. Remplir et signer le formulaire annexé (annexe 3).

C) Preuve du rapport contractuel

C.1) ) *Si le/la garde-malade dépend d'un organisme officiel (ex. CROIX ROUGE)*

ou d'un organisme non officiel (coopérative/société/service privé<sup>1</sup>) il faut

joindre :

- Une copie du Statut qui prouve que l'organisme/coopérative/société/service privé est reconnu pour fournir des services de garde malade.

---

<sup>1</sup> Pour la Belgique : le statut d'une société, firme est consultable sur le site web Moniteur belge: [www.moniteur.be](http://www.moniteur.be), Personnes morales, ASBL, entreprises, puis Banque de données.

**C.2) Si le/la garde malade exerce dans un cadre libéral officiel, il faut joindre:**

- La preuve qu'il/elle soit officiellement agréé(e) (lorsque la législation nationale le prévoit), qu'il/elle est reconnu(e) pour fournir des services de garde malade et qu'il/elle peut facturer selon les dispositions de la même législation<sup>2</sup>.
- Il faut également envoyer la copie du contrat entre le/la garde malade et l'affilié stipulant notamment :
- La nature des prestations de garde malade à effectuer .
  - Le nombre d'heures à prester.
  - Le nom du/de la ou des garde(s) malades.
  - Le prix horaire applicable.

**C.3) Si le/la garde-malade est engagé(e) par l'affilié et n'exerce pas son activité dans le cadre libéral officiel, il faut envoyer :**

- Le contrat de travail en bonne et due forme conformément à la législation sous laquelle le/la garde malade travaille et/ou le contrat d'assurance spécifique pour l'emploi de la garde-malade. Le contrat doit clairement stipuler qu'il s'agit de prestations de garde malade.
- La prescription médicale du médecin traitant du bénéficiaire mentionnant le nom de la garde malade, certifiant qu'elle a les compétences requises et qu'elle peut dispenser les prestations.
- La copie d'un document d'identité du/de la ou des garde(s)-malade.
- La copie du permis de séjour (dans le cas de citoyen hors UE).
- La preuve d'inscription à la sécurité sociale conformément à la législation nationale sous laquelle le/la garde malade travaille (les charges sociales relatives aux contrats d'emploi et/ou les primes d'assurance sont incluses dans les frais de garde-malade et sont les seules remboursables sur base de la preuve de paiement de cotisations);
  - Le prix horaire applicable/salaire mensuel.
  - Le nombre des heures à prester.

**En cas de changement de garde-malade pour les points C.2 et C.3 il faudra envoyer la même documentation complète pour tous les points et il faudra également introduire un nouveau formulaire d'autorisation préalable.**

---

<sup>2</sup> Par exemple, pour l'Italie enregistrement auprès de la "Camera di Commercio".

## REMBOURSEMENT DES FRAIS DES PRESTATIONS DE GARDE MALADE

Pour bénéficier du remboursement des frais des prestations de garde malade les documents suivants doivent être présentés:

Un **formulaire demande de remboursement des frais médicaux** dûment daté, signé et rempli mentionnant uniquement le montant de la facture mensuelle pour frais de garde malade relative au mois précédent (et jamais de facturation par quinzaine ou plusieurs mois) avec:

### 1. Pour les cas prévus aux point C 1 et C.2

- La **facture mensuelle** calendrier conforme à la législation nationale doit indiquer :

1. le N° facture.
2. la date de la facture.
3. le N° de reconnaissance de l'entreprise si exigé par la législation qui s'applique.
4. Le N° TVA .
5. Le nom du bénéficiaire.
6. Le nom de la/des garde(s) malade(s) avec leurs qualifications des prestataires de services,
7. Le libellé exact des *prestations de garde malade*,
8. Les heures prestées et le prix unitaire et total.

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 préalablement communiqué à la facturation et une nouvelle autorisation préalable ait été accordée préalablement à la facturation.

### 2. Pour le cas prévu au point C 3:

- Copie du bulletin de salaire mensuel<sup>3</sup>.
- **La preuve de la cotisation sociale** conformément à la législation nationale.

---

<sup>3</sup> Pour l'Italie voir modèle annexe 4, ainsi que "bollettino INPS"

#### POUR RAPPEL

- en cas de **renouvellement** de la demande d'autorisation préalable pour GDM il faudra renvoyer toute la **documentation susmentionnée ACTUALISEE**.
- les congés, déplacements, nourriture, logement et tous les frais accessoires de garde malade ne sont pas remboursés.
- La période de garde malade en hôpital n'est pas remboursable sauf si expressément prévue dans une autre AP. LA facturation pour les prestations de garde malade ne doit pas couvrir de jours où l'affilié/bénéficiaire a été hospitalisé.
- .pour l'Italie: la treizième mensualité et le TFR (Trattamento di Fine Rapporto) sont remboursés uniquement si leur coût est divisé par mois et indiqué dans le bulletin de salaire et ceci en tenant compte du plafond.

Annexes: 1) Formulaire autorisation préalable - AP; 2) Deux -questionnaires—degré de dépendance; 3) Formulaire article 22 de la Réglementation du RCAM; 4) Contenu minimal du bulletin de salaire pour l'Italie.