

# Maison de soins et de repos

---

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 séjours de longue durée dans une maison de repos, une maison de soins, et autres établissements assimilés.

## Étape 1 : demander une autorisation préalable

Faites remplir le [formulaire d'évaluation du degré de dépendance](#) (en annexe, voir en fin de document) par votre médecin. Celui-ci vous fournit également une **prescription médicale** précisant la nécessité du séjour dans l'établissement et la nature 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](#) (en annexe, voir en fin de document).

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](#). 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 une prise en charge

Vous avez le droit de demander une [prise en charge](#) (pour les soins uniquement), qui permettra à l'hôpital d'envoyer ses factures directement au régime commun d'assurance maladie (RCAM). Complétez le [formulaire de demande de prise en charge pour maison de repos, maison de soin, et assimilés](#) (en annexe, voir en fin de document)

Notez que la prise en charge n'est pas possible pour les bénéficiaires de la couverture en [complémentarité](#).

## Étape 3 : recevoir un décompte

Après le séjour dans l'établissement, le bureau liquidateur vous enverra le décompte des frais, que vous pourrez consulter sur le logiciel RCAM en ligne.

**Vous avez payé les factures vous-même?** Vous pouvez [demander un remboursement](#), en joignant les **factures des prestations de soins** fournies au cours de votre hospitalisation et un **rapport médical détaillé**.

## Conditions de remboursement

Sont remboursés les séjours continus et de longue durée dans :

- un établissement de repos ou de soins, agréé par les autorités compétentes et ayant une infrastructure médicale et/ou paramédicale pour assister des personnes âgées et/ou handicapées
- une maison de soins psychiatriques agréée par les autorités compétentes et disposant d'une infrastructure médicale et/ou paramédicale, pour un séjour continu et permanent
- un établissement de revalidation ou de rééducation fonctionnelle lorsque l'autorisation préalable pour un remboursement au titre de l'hospitalisation a été refusée
- un hôpital psychiatrique pour un séjour continu de longue durée lorsque ce séjour dépasse 12 mois et que l'autorisation préalable pour un remboursement comme hospitalisation a été refusée
- un centre de jour
- un centre de désintoxication non hospitalier.

Le degré de dépendance du patient (tel que déterminé par le médecin sur le formulaire d'évaluation du degré de dépendance) détermine le remboursement ou non du séjour (sachant que seuls les degrés 1 à 4 permettent un remboursement).

Indice	Degré de dépendance
91 - 100	5
75 - 90	4
50 - 74	3
25 - 49	2
0 - 24	1

## Taux de remboursement

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

Si la facture globale ne permet pas de distinguer les frais de soins des frais de séjour, la répartition est calculée selon 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%

Pour les établissements de rééducation ou de revalidation fonctionnelle, les hôpitaux psychiatriques et les centres de désintoxication, la répartition est estimée d'office au degré de dépendance 1, sauf si l'affilié fournit les factures qui prouvent le contraire.

Pour les centres de désintoxication non-hospitaliers et assimilés, le remboursement se limite à un séjour d'une durée totale de 6 mois sur une période de 12 mois.

### Exception : les centres de jour

Si vous fréquentez un établissement de repos et de soins pour personnes âgées, ou un centre de jour neurologique ou psychiatrique **uniquement pendant la journée**, le plafond des frais de séjour est baissé à 18€ par jour.

Dans le cas d'un établissement médico-pédagogique, seuls les soins sont remboursables, les frais de séjour sont à votre charge.

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).



## 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 <sup>1</sup> :**

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 <sup>1</sup> :**

Montant total des frais mensuels <sup>2</sup> : .....  
dont frais de soins mensuels: .....  
frais de séjour mensuels: .....

Date de début: .....

N° de réf. décision (autorisation) <sup>3</sup> : .....

### **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 : <sup>1+3</sup>**

- 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)<sup>1</sup>

Représentant légal<sup>1</sup> :

Nom, prénom:.....

<sup>1</sup> Cochez la case correspondante svp

<sup>2</sup> Obligatoire: Copie de la facture

<sup>3</sup> 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)

<b>Bureau liquidateur de Bruxelles Commission européenne</b> Bureau SC27 3/04 B-1049 Bruxelles Tél.: +32-2-295.98.56 Fax: +32-2-295.97.01 pmo-rcam-bru-prise-en-charge@ec.europa.eu	<b>Bureau liquidateur d'Ispra</b> PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra Tél.: +39-0332-789966 Fax: +39-0332-789423 pmo-ispra-prise-en-charge@ec.europa.eu	<b>Bureau liquidateur de Luxembourg</b> 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)<sup>1</sup>

Représentant légal<sup>1</sup> :

Nom, prénom:.....