



Invitation au programme de dépistage sans facturation directe

Nos références : [référence]
Bénéficiaire : [prénom, nom]
N° personnel/Pension : [xxxxxxx]
Programme de dépistage n° : [3]
Valable jusqu'au : [date fin de couverture ou 18 mois]

A l'attention du participant au programme de dépistage

La consultation initiale s'effectue chez un médecin généraliste externe au centre de dépistage ?

- Lors de cette consultation, remettez au médecin la note qui lui est adressée et assurez-vous qu'il sélectionne dans la liste de l'annexe 1 les examens nécessaires à votre programme de dépistage personnalisé.
- Ensuite, présentez cette invitation avec ses annexes complétées et signées au centre de dépistage de votre choix.

La consultation initiale s'effectue chez le médecin généraliste interne au centre de dépistage de votre choix ?

- Présentez cette invitation avec ses annexes (à compléter et signer) au centre de dépistage de votre choix.
- Lors de la visite initiale, assurez-vous que le médecin généraliste du centre sélectionne dans la liste en annexe 1 les examens nécessaires à votre programme de dépistage personnalisé.
- Dans le cas où des examens complémentaires non prévus dans le programme sont proposés par le médecin, il est nécessaire de demander une autorisation préalable afin que l'administration vérifie la pertinence et le taux de remboursement à appliquer. Les frais encourus doivent être réglés au prestataire du service et vous seront remboursés selon les dispositions réglementaires applicables.
- Veuillez introduire votre demande de remboursement en joignant aux factures la présente invitation, les annexes 1 et 2 complétées et signées ainsi que les éventuelles prescriptions, soit :
 - via RCAM en ligne (choisir le type "Programmes de dépistage")
 - par la poste à l'adresse suivante :
Commission Européenne
RCAM - Dépistage
1049 Bruxelles
- Le remboursement à 100 % se fera dans la limite de seuils d'excessivité fixés par la Bureau Central pour les catégories de prestations prévues dans votre programme.
- S'il s'agit d'un remboursement complémentaire, celui-ci sera effectué sur la base de copies des documents originaux envoyés à la caisse primaire, accompagnés des preuves de remboursements par cette caisse.
- Si vous ne vous présentez pas aux examens, le centre peut vous réclamer une indemnité qui ne sera pas prise en charge par le RCAM.
- Si au moment de l'exécution de votre programme de dépistage vous n'êtes pas couvert par le RCAM, cette lettre d'invitation perd sa validité et les frais resteront à votre charge.
- Plus d'information ? Voir la page d'information complète sur Staff Matters Portal:
<https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/fr/health/preventive-medicine/Pages/prevention.aspx>

A l'attention du centre de dépistage

- Si la consultation initiale se fait au sein de votre centre, assurez-vous que votre médecin complète la liste des examens nécessaires au programme de dépistage personnalisé en annexe 1.
- **Les factures relatives à ce programme de dépistage seront acquittées par le participant.**
- Si vous faites partie de nos centres agréés, merci d'appliquer les tarifs convenus avec le RCAM.
- Le rapport médical doit être adressé au participant et le cas échéant, à son médecin traitant.
- En cas de sous-traitance de certains examens, merci d'en avertir le participant et de les organiser dans un délai raisonnable.



Note à remettre au médecin traitant /généraliste

Objet : Visites initiales et de clôture

Cher Docteur,

Notre affilié(e) participe à un programme de dépistage organisé par l'Assurance Maladie des institutions européennes (RCAM) qui place le médecin traitant/ généraliste au cœur de ce dispositif.

La consultation initiale qui vous est confiée consiste en une anamnèse détaillée et un examen physique limité à la mesure de la tension artérielle, du poids et de la taille (pour calcul de l'IMC). Au terme de cette consultation, il vous est demandé de bien vouloir sélectionner les examens nécessaires à notre affilié(e) dans le cadre de son programme de dépistage (voir annexe 1 à sa lettre d'invitation), en tenant compte de la périodicité recommandée et des examens déjà effectués ces dernières années, notamment lors de sa visite médicale annuelle.

Les éventuels examens complémentaires non prévus dans le programme mais que vous jugeriez justifiés par des risques spécifiques identifiés chez l'affilié(e), doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable par l'affilié(e).

Afin de pouvoir développer des mesures de prévention efficaces, nous vous demandons de revoir notre affilié(e) à l'occasion d'une consultation de clôture durant laquelle vous lui communiquerez, le cas échéant, les anomalies relevées ainsi que les facteurs de risque présents et lui prodiguerez les conseils d'usage relatifs aux mesures préventives et de suivi.

Nous vous remercions vivement pour votre collaboration à ce programme.

[Signature lettre invitation actuelle]



ANNEXE 1

Programme de dépistage 3 : femmes 60 ans et plus

Périodicité : 2 ans

Nos références : [référence]
Bénéficiaire : [prénom, nom]
N° personnel/Pension : [xxxxxxx]
Valable jusqu'au : [date fin de couverture ou 18 mois]

A compléter par le médecin lors de la consultation initiale

Examens "Standard"

+ Consultation initiale (chez le médecin traitant ou chez le médecin généraliste d'un centre agréé) : anamnèse détaillée + examen physique (tension, poids, taille, BMI)

- ☐ Examen dermatologique pour recherche mélanome
- ☐ Examen ophtalmologique (mesure de l'acuité visuelle / correction optique + tonométrie)
- ☐ Examen sanguin
 - Cholestérol total, HDL , LDL
 - HIV (sérologie) (sauf refus écrit du participant)
 - Glycémie à jeûn ou hémoglobine glycosylée
 - Hémoglobine, hématocrite et numération des globules rouges
 - Leucocytose et formule, plaquettes
 - Créatinine , acide urique, Potassium, Calcium
 - GOT, GPT, gamma GT
- ☐ Examen des urines : albumine + glucose urinaire
- ☐ Examen par cardiologue : électrocardiogramme au repos ou à l'effort (selon avis du médecin, cfr risque cardio-vasculaire)
- ☐ Consultation gynécologue + cytologie du col utérin
- ☐ Colposcopie si nécessaire
- ☐ Mammographie (jusqu'à 75 ans)

+ Consultation de clôture (Chez le médecin traitant ou chez le médecin généraliste d'un centre agréé)

Ajouts possibles

- ☐ Hépatite B –Hépatite C - Syphilis (sérologie)
- ☐ Chlamydia et gonocoques par PCR
- ☐ Examen du colon (jusqu'à 75 ans) :
 - test immunochimique fécal sur un seul prélèvement et
 - coloscopie optique TOUS LES 10 ans
 - ou coloscopie virtuelle TOUS les 10 ans
- ☐ Densitométrie osseuse (DEXA) (une seule fois)

Examens refusés par le participant :

.....

Rapport final à envoyer à :

- ☐ Adresse participant :
.....
.....
- ☐ Adresse médecin généraliste traitant :
.....
.....

Date :

Signature/cachet du médecin:

Signature du participant (pour accord) :

- Tout examen non prévu dans le cadre de ce programme doit faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable séparée par le participant.
- Ce document ainsi que l'annexe 2 - complétés et signés - doivent être joints à votre demande de remboursement.



ANNEXE 2

Déclaration du participant au programme de dépistage

Nos références : [référence]
Bénéficiaire : [prénom, nom]
N° personnel/Pension : [xxxxxxx]
Programme de dépistage n° : [3]
Valable jusqu'au : [date fin de couverture ou 18 mois]

En participant à ce programme de dépistage, je déclare :

- Être conscient(e) du fait que ma participation se fait sur base volontaire et que le RCAM ne peut être tenu responsable des plaintes découlant partiellement ou totalement de cette participation, notamment des plaintes associées aux résultats du dépistage.
- Avoir consenti à ce que les données à caractère personnel contenues dans cette lettre d'invitation et ses annexes soient exploitées par le(s) prestataire(s) de soins médicaux dans le cadre de l'exécution de ce programme de dépistage.
- Avoir consenti à la transmission de la facture relative à ce programme de dépistage par le centre agréé aux services du RCAM (si le mécanisme de facturation directe s'applique).
- Être informé(e) que le refus de se soumettre à un examen doit être formulé par écrit et remis au médecin lors de la consultation initiale. Le RCAM ne peut être tenu responsable de l'exécution par le prestataire de soins d'un examen refusé.
- Avoir pris connaissance que certains examens **ne peuvent être exécutés qu'une seule fois** (densitométrie osseuse - programme 3, échographie abdominale - programme 6) **ou ne sont possibles qu'à partir d'un certain âge et selon une fréquence prédéfinie** (colonoscopie optique ou virtuelle : à partir de 50 ans jusque 75 ans- tous les 10 ans).
Par conséquent, **je ne me soumettrai à ces examens que si les modalités de leur exécution sont respectées.**
Si dans mon programme actuel, les examens en question sont à nouveau recommandés par le médecin, sans observation des restrictions liées à la durée ou malgré le fait qu'ils soient déjà effectués dans le passé, ils seront considérés comme "examens complémentaires non prévus" **et soumis à une autorisation préalable**. Je devrai en outre m'acquitter des factures y afférant avant de soumettre ma demande de remboursement aux services du RCAM.
- Être conscient(e) que le dépistage est **un outil de prévention** et que ce programme est limité et ne peut se substituer aux traitements ou suivis dispensés par les prestataires de soins médicaux.
- Être conscient(e) que les résultats du dépistage sont préliminaires et ne peuvent en aucun cas être considérés comme concluants.

Date :

Signature du participant :