



## DEMANDE D'UNE AVANCE SUR FRAIS MEDICAUX ELEVES POUR LES BENEFICIAIRES D'UNE INTERVENTION A TITRE PRIMAIRE DU RCAM

**Peuvent en bénéficier les affiliés dont la pension ou le traitement de base est égal ou inférieur à celui d'un fonctionnaire de grade AST2/1 ET uniquement si le coût mensuel dépasse 20% de la pension ou du traitement de base de l'affilié –**

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** ↵

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 avance pour frais médicaux coûteux pour <sup>1</sup> :

☐ Affilié(e) principal(e)    ☐ conjoint ou partenaire reconnu    ☐ enfant    ☐ personne assimilée à enfant à charge.

Nom, Prénom : ..... Date de naissance:.....

| Type de frais médicaux <sup>1</sup>                                     | Montant prévu | Date prévue |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Lunettes /verres <sup>2</sup> :                | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Appareil auditif <sup>2</sup> :                | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Prothèse dentaire <sup>3</sup> :               | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Appareil orthodontique <sup>3</sup> :          | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Chaussures orthopédiques <sup>4</sup> :        | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Prothèse capillaire/perruque <sup>4</sup> :    | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Prothèse membre/segment <sup>4</sup> :         | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Appareil pour apnées du sommeil <sup>4</sup> : | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Lit d'hôpital <sup>4</sup> :                   | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Matelas anti-escarres <sup>4</sup> :           | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <sup>4</sup> :                | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Autre <sup>4</sup> (à spécifier):              | .....         | .....       |
| .....                                                                   | .....         | .....       |
| <input type="checkbox"/> Frais de garde malade à domicile <sup>4</sup>  | .....         | .....       |
| Période du ..... au .....                                               | .....         | .....       |

### Détermination du montant de l'avance

Le montant de l'avance est fixé :

- à 80% du plafond du remboursement prévu pour la prestation concernée ou 80% du montant prévu si inférieur au plafond

- à 80 % du montant prévu pour les prestations non-soumises à un plafond de remboursement

En ce qui concerne l'avance versée au titre de frais de garde-malade, celle-ci est versée une seule fois et fait l'objet d'un recouvrement uniquement au cours du dernier mois de validité de l'autorisation préalable.

**J'ai pris connaissance des conditions et des règles en vigueur expliquées au verso et m'engage à les respecter**, (en cas de non-respect de l'utilisation de l'avance aux fins prévues et du délai de trois mois prévu pour l'introduction d'une demande de remboursement pour les frais correspondants, l'affilié sera exclu de la possibilité d'obtenir à l'avenir une autre avance)

Date .....

Signature .....

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

<sup>2</sup> Obligatoire: joindre copie bon de commande

<sup>3</sup> Obligatoire: joindre copie devis dentaire

<sup>4</sup> Obligatoire: N° de réf. Autorisation préalable

## Chapitre 4 du Titre III des Dispositions Générales d'Exécution (DGE)

Conformément à l'article 30 de la Réglementation commune, des avances peuvent être accordées aux affilié(e)s pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes. Elles sont attribuées en principe sous la forme de prises en charge et à titre exceptionnel sous forme d'avances.

Les bénéficiaires du RCAM en complémentarité ne peuvent obtenir de prises en charge ou d'avances sauf s'il est établi, au moyen de documents probants, que le RCAM se substituera au régime primaire, conformément aux règles du présent titre régissant la complémentarité.

### **Avances**

Sur demande motivée de l'affilié à titre primaire, une avance sur remboursement peut être accordée sous forme de virement sur son compte bancaire si sa pension ou son traitement de base est égal ou inférieur à celui d'un fonctionnaire de grade AST2/1 et si les frais médicaux que compte engager l'affilié durant le mois dépassent 20 % de sa pension ou de son traitement de base.

**La récupération de l'avance a lieu automatiquement si l'affilié n'introduit pas de demande de remboursement de ses frais médicaux au bout de trois mois suivant le versement de l'avance, sauf en cas de traitement d'une durée plus longue et qu'aucune facturation intermédiaire ne puisse être établie avant la fin du traitement.**

### **Extrait de l'art. 30 § 2 de la Réglementation**

Les avances sur frais médicaux sont récupérées, soit sur toute somme due à l'affilié au titre du présent régime, soit sur la rémunération ou la pension, soit sur toute somme due à l'affilié par son Institution, soit encore sur la pension de survie versée suite au décès de l'affilié.

### **Adresses des Bureaux Liquidateurs du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM)**

|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                               |                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Commission européenne</b><br>RCAM/JSIS Bruxelles – Prise en charge<br>1049 Brussels<br><br>Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30)                                                                                          | <b>Commission européenne</b><br>RCAM/JSIS Ispra - Prise en charge<br>21027 Ispra<br><br>Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30) | <b>Commission européenne</b><br>RCAM/JSIS Luxembourg - Prise en charge<br>2920 Luxembourg<br><br>Hotline +32-2-29 11111 (9:30 – 12:30) |
| <b>STAFF Contact</b> <a href="https://digit.service-now.com/esc?id=emp_taxonomy_topic&amp;topic_id=e84c3ee8c34e96d029d81a0">https://digit.service-now.com/esc?id=emp_taxonomy_topic&amp;topic_id=e84c3ee8c34e96d029d81a0</a> |                                                                                                                               |                                                                                                                                        |