Fondation
contre le Cancer
Ensemble pour la vie

Le cancer au quotidien
60 fiches pratiques

Cet ouvrage est une publication de la Fondation contre le Cancer
Fondation contre le Cancer
479, chaussée de Louvain
1030 Bruxelles
www.cancer.be

Éditeur responsable: Luc Van Haute – Fondation contre le Cancer
479, chaussée de Louvain – 1030 Bruxelles
Fondation d'utilité publique – 0873.268.432 – P1 12.10

ISBN: 9789072554420

Responsable du projet: Katlijn Sanctorum

Réalisation: Vivio – www.vivio.com
Rédaction: Candice Leblanc
Graphisme et mise en page: Marie Bourgois et Catherine Harmignies
Relecture: Claudine De Kock

Dépôt légal: février 2014

Toute reproduction d'un extrait quelconque de cet ouvrage par quelque procédé que ce soit est interdite sans autorisation écrite de l'éditeur.

Sommaire

GÉNÉRALITÉS

2 Le système des soins de santé en Belgique
3 Remboursement: les bases
4 L'assistante sociale, une alliée précieuse
5 Carte SIS ou carte d'identité?

STATUTS ET AVANTAGES

6 Le statut BIM
7 Le statut OMNIO
8 Les avantages BIM et OMNIO
9 Le statut «personne handicapée»
10 L'allocation familiale majorée
11 Le Dossier Médical Global (DMG)
12 Le Maximum à Facturer (MàF)
13 Les différents MàF
14 Le tiers payant

À L'HÔPITAL

15 La déclaration d'admission (1): généralités
16 La déclaration d'admission (2): faire les bons choix
17 Le médecin est-il conventionné?
18 L'acompte
19 La facturation et les paiements
20 Les frais supplémentaires
21 Les personnes ressources

À DOMICILE

22 Se faire soigner chez soi
23 Se faire aider pour les tâches quotidiennes (1)
24 Se faire aider pour les tâches quotidiennes (2)
25 Le forfait «maladie chronique»
26 Les forfaits «antidouleurs»

MATÉRIEL ET AIDES TECHNIQUES

27 Pansements et bas
28 Le forfait «incontinence» pour personnes dépendantes
29 La nutrition artificielle
30 Le prêt et l'achat de matériel
31 Perruques et prothèses capillaires
32 Prothèses et implants mammaires

LOGEMENT, AVANTAGES SOCIAUX ET FISCAUX

33 Aides au logement (1) en Wallonie

34 Aides au logement (2) à Bruxelles

35 Le tarif social gaz et électricité

36 L'allocation de chauffage

37 Le tarif téléphonique social

38 L'exonération de la redevance télévision

39 Avantages fiscaux (1)

40 Avantages fiscaux (2)

MOBILITÉ

41 Aller et revenir de l'hôpital

42 La carte de stationnement

43 Transport publics (1): les trains

44 Transport publics (2): TEC et STIB

45 L'aptitude à la conduite (CARA)

46 Les transports adaptés (ASTA)

47 Les Centrales des Moins Mobiles (CMM)

48 Fauteuil roulant, voiturettes et autres aides à la mobilité (1)

49 Fauteuil roulant, voiturettes et autres aides à la mobilité (2)

50 Avantages fiscaux pour les automobilistes handicapés

51 Le taxi pour tous (chèques taxis et taxis PMR)

ENSEIGNEMENT, TRAVAIL ET CONGÉS

52 Enseignement

53 Les congés du malade

54 Les congés des proches du malade

SOINS PALLIATIFS ET FIN DE VIE

55 Le statut «patient palliatif»

56 Équipe de soutien, aide familiale et garde-malade

57 Les congés palliatifs

58 Les congés palliatifs pour l'indépendant

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

59 Glossaire

60 Coordonnées

Le système des soins de santé en Belgique

La Belgique possède l'un des systèmes de soins de santé les plus performants du monde. Il repose sur le principe de la solidarité et est accessible à tous les citoyens. De nombreuses mesures ont été mises en place afin que les plus démunis puissent également en bénéficier.

L'assurance obligatoire

Pour peu qu'il soit assujetti à la Sécurité Sociale, tout citoyen a droit à l'Assurance Soins de Santé et Indemnités (ASSI), dite aussi assurance obligatoire. Elle lui garantit le remboursement, partiel ou total, des médicaments, des frais médicaux et d'hospitalisation. Si la personne est contrainte d'arrêter de travailler durant une période relativement longue (incapacité de travail), l'ASSI lui versera également un revenu de remplacement pour pallier la perte de revenus professionnels.

INAMI et mutualités

L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) gère et contrôle l'ASSI au niveau fédéral. Mais ce sont les mutualités [1] qui se chargent, au quotidien, de rembourser les frais de santé et/ou de verser les indemnités en cas d'incapacité de travail à leurs affiliés. Voilà pourquoi il faut être affilié à une mutualité [2] pour pouvoir bénéficier de l'ASSI.

---

[1] Bien que de nombreuses personnes parlent de «mutuelles», c'est bien le terme mutualité qu'il convient d'employer.

[2] La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) est une institution publique de sécurité sociale. Elle assume toutes les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tout comme les mutuelles, mais dans le cadre d'un statut public. La Caisse des soins de santé de la SNCB Holding fait office de mutualité pour ses affiliés.

Les autres assurances santé

L'assurance obligatoire ne rembourse pas tous les frais de santé. Les mutualités proposent donc deux autres types d'assurance:

- L'assurance complémentaire complète l'assurance obligatoire en prenant en charge une partie des frais et prestations non remboursés par l'assurance obligatoire. Elle peut aussi comprendre une série d'avantages comme une intervention dans le coût d'un abonnement sportif, de tests de prévention, de garde d'enfant malade, de séjour de soins, d'optique, de médecines alternatives, etc. Le montant de la cotisation et les services offerts varient d'une mutualité à l'autre.
- L'assurance hospitalisation assure un remboursement plus large des frais qui restent encore à la charge du patient après intervention de l'ASSI et de l'assurance complémentaire. Chaque mutualité définit librement le montant de la cotisation à cette assurance ainsi que l'étendue des avantages offerts.

BON À SAVOIR

L'enfant est considéré comme à charge de ses parents. À ce titre, il est d'office affilié à leur mutualité. Dès qu'il atteint l'âge de 25 ans, qu'il termine ses études ou quand il a droit au chômage, il doit faire la démarche de s'inscrire/s'affilier en tant que titulaire à une mutualité de son choix.

Remboursement: les bases

Consultations, visites, examens médicaux, actes techniques, traitements, hospitalisation..., les frais de santé liés au cancer sont loin d'être négligeables.

Avant d'aborder les statuts qui ouvrent une série de droits, de réductions et d'avantages supplémentaires, rappelons tout d'abord comment fonctionne le système général de remboursement des soins de santé.

L'intervention financière dans les soins de santé

À chaque visite ou consultation chez un prestataire de soins (médecin généraliste, médecin spécialiste, kiné, etc.), le patient reçoit une attestation de soins, c'est-à-dire un document sur lequel est mentionné la prestation qui a été effectuée.

Le patient doit ensuite remettre ou envoyer cette attestation de soins à sa mutualité. Celle-ci effectuera le remboursement sur le compte bancaire de son affilié titulaire.

Le remboursement s'effectue sur la base d'une liste de soins et de prestations médicales établie et reconnue par l'INAMI: la «nomenclature». À chaque type de soin correspond un code qui renvoie à un tarif d'honoraires et à une intervention financière de la mutualité.

Qu'est-ce que le ticket modérateur?

Peu de soins et de prestations médicales sont totalement remboursés par la mutualité. Après intervention de celle-ci, une partie de la «note» reste à charge du patient. Cette somme restante s'appelle le ticket modérateur, dit aussi quote-part personnelle. Notons que les éventuels suppléments [1] sont toujours à charge du patient.

Des aides supplémentaires?

Voilà pour le système général de remboursement. Cependant, pour la prise en charge de maladies comme le cancer, les frais de santé sont souvent plus importants que ce que la mutualité rembourse... Heureusement pour les patients, il existe différents statuts qui, s'ils sont octroyés, permettent de bénéficier d'une intervention majorée dans les frais de soins de santé: OMNIO, BIM, MàF, DMG, reconnaissance de handicap et, prochainement, le statut de malade chronique.

BON À SAVOIR

Lorsqu'un patient éprouve des difficultés pour assumer les frais de ses traitements, il peut, sous certaines conditions, introduire une demande d'aide financière auprès de la Fondation contre le Cancer. Pour ce faire, il peut s'adresser à un assistant social (de sa mutuelle, de son centre de traitement ou du CPAS de sa commune).

Plus d'infos sur http://aide-financiere.cancer.be.

[1] Un supplément d'honoraires est un montant qu'un prestataire peut vous demander en plus du tarif de base d'une prestation, le plus souvent exprimé en pourcentage. Depuis le 1er janvier 2013, les médecins des hôpitaux ne peuvent plus vous facturer de suppléments d'honoraires si vous séjournez en chambre commune ou à deux lits, sauf en hospitalisation de jour.

L'assistante sociale, une alliée précieuse

Le système des soins de santé belge a beau être l'un des plus performants du monde, il n'est pas facile à appréhender! Si plusieurs statuts peuvent faciliter la vie quotidienne des personnes atteintes d'un cancer, tout le monde n'y a pas forcément droit. De plus, d'une mutualité à l'autre et même d'une région à l'autre, les remboursements, les avantages et les réductions ne sont pas les mêmes. L'assistante sociale est la mieux placée pour informer les patients et leur entourage de leurs droits et, ainsi, les aider à les obtenir.

Que peut faire une assistante sociale?

L'assistante sociale ne se substitue pas au patient, mais elle peut l'aider, l'accompagner et l'informer sur des matières diverses et variées:

- l'aspect financier des soins de santé: coûts, remboursements, statuts spéciaux, avantages fiscaux, etc.;
- les organismes auxquels le patient peut ou doit faire appel pour obtenir certaines aides;
- les questions et problèmes relatifs à la situation professionnelle du patient: congé maladie, mi-temps médical, etc.;
- les démarches d'ordre administratif;
- l'accès aux soins de santé;
- les droits du patient;
- les équipements matériels (lors de soins à domicile, par exemple);
- etc.

BON À SAVOIR

Toutes les aides sociales et financières existantes ne sont pas automatiques. Certaines exigent que le patient en fasse explicitement la demande. L'assistante sociale est la personne la mieux placée pour l'aider dans ses démarches.

Où trouver une assistante sociale?

- À l'hôpital: depuis l'entrée en vigueur du Plan Cancer, l'assistante sociale fait pleinement partie de l'équipe pluridisciplinaire oncologique qui prend en charge le patient.
- À la mutualité: la majorité des aides financières, matérielles et humaines que l'on peut recevoir lorsque l'on est atteint d'un cancer sont à demander à sa mutualité. Demander à voir ou à parler avec une assistante sociale de sa mutualité est donc vivement conseillé. Elle peut se déplacer au domicile du patient si cela s'avère nécessaire, il ne faut pas hésiter à en faire la demande par téléphone.
- Au CPAS: chaque commune dispose d'un Centre Public d'Action Sociale (CPAS) où le patient peut être reçu par une assistante sociale.
- Autres: on trouve également des assistantes sociales dans des associations d'aide à domicile, à l'INAMI, dans les agences régionales d'aide aux personnes handicapées, etc.

Quand faire appel à une assistante sociale?

Le patient peut interpeler une assistante sociale à n'importe quel moment de son parcours médical: juste après le diagnostic, pendant les traitements, lors d'une hospitalisation, etc.

Contrairement à d'autres prestations, l'intervention d'une assistante sociale, qu'il s'agisse d'un rendez-vous, d'une visite à domicile ou d'une discussion téléphonique, est toujours gratuite.

COMMENT PRENDRE RENDEZ-VOUS?

- À l'hôpital: s'il n'est pas d'emblée proposé, le patient peut demander un rendez-vous avec l'assistante sociale de l'hôpital ou du service où il est soigné.
- À la mutualité: les coordonnées du service social de chaque mutualité se trouvent sur leur site web. Le patient peut également solliciter un rendez-vous quand il se rend à l'agence de sa mutualité ou demander une visite à domicile.
- Au CPAS: il suffit au patient de demander à son administration communale les coordonnées de son CPAS.

Carte SIS ou carte d'identité?

Jusqu'ici, la lecture de la carte SIS permettait à un prestataire (médecin, hôpital, pharmacien, etc.) de savoir si le patient était en ordre au niveau de l'assurance maladie-invalidité et/ou s'il bénéficiait d'un statut spécial auprès de sa mutualité (BIM, OMNIO, droit au régime du tiers payant, etc.).

Au revoir la carte SIS!

Dès le 1er janvier 2014, la carte SIS va être abandonnée au profit de la carte d'identité. L'avantage pour le patient? Plus besoin de se rendre à sa mutuelle pour actualiser son statut: l'assurabilité, c'est-à-dire le droit au remboursement des soins de santé, sera automatiquement mise à jour et consultable sur la carte d'identité, grâce à un lien direct avec la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, un registre reprenant les données des citoyens.

Au cours d'une période transitoire qui s'étendra jusqu'à fin 2015, la carte SIS et la carte d'identité pourront toutes les deux être utilisées. Par précaution, il est conseillé de conserver sa carte SIS jusqu'à cette échéance, le temps que tous les prestataires de soins disposent de l'accès aux données.

Qui pourra lire les données de la carte d'identité?

Les données ne seront donc pas stockées sur la carte d'identité, mais passeront par un réseau sécurisé de données entre les mutualités et les dispensateurs de soins. L'accès sera réservé aux prestataires de soins qui se seront préalablement authentifiés via la plateforme e-Health. Fonctionnaires, policiers ou encore médecins du travail ne pourront donc PAS accéder à ces données.

Et ceux qui n'ont pas de carte d'identité?

Plusieurs catégories de personnes n'ont pas de carte d'identité belge:

- les enfants de moins de 12 ans,
- les ressortissants étrangers,
- les retraités qui ont cotisé en Belgique, mais qui résident à l'étranger,
- les travailleurs transfrontaliers.

Une autre carte, baptisée ISI+, leur sera fournie par la mutuelle.

QUE FAUT-IL FAIRE?

Rien! Le passage d'une carte à l'autre ne nécessite aucune démarche. La mise à jour des données se fait de façon automatique. Les mutualités ne délivrent plus de nouvelles cartes SIS et enverront une carte ISI+ aux personnes concernées.

Le statut BIM

Le statut de Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (BIM), anciennement VIPO, permet à certaines catégories de personnes de bénéficier de meilleurs remboursements des soins de santé (consultations chez le médecin, médicaments, frais d'hospitalisation, etc.), ainsi que de certains avantages sociaux.

Si un titulaire bénéficie de ce statut, alors cet avantage est également accordé aux personnes à sa charge.

Qui peut bénéficier du BIM?

- Les pensionné(e)s.
- Les veufs et veuves.
- Les résident(e)s de 65 ans et plus.
- Les orphelin(e)s.
- Les invalides.
- Les personnes handicapées sans intervention financière.
- Les chômeurs de longue durée.
- Les familles monoparentales.
- Les fonctionnaires mis en disponibilité depuis plus d'un an pour raisons de santé.
- Les militaires temporairement sans emploi depuis plus d'un an pour raisons de santé.
- Les membres d'une communauté religieuse (exemples: moines, nonnes, etc.) de 65 ans et plus.

Si les revenus du mois précédent la demande ne dépassent pas un certain plafond (avec vérification des conditions l'année suivantes), ces catégories peuvent prétendre au statut de BIM.

Le BIM automatique

Par contre, les personnes bénéficiant d'un avantage social y ont droit automatiquement. Il s'agit de ceux et celles qui perçoivent

- un revenu d'intégration ou une assistance du CPAS,
- une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA),
- une allocation de remplacement de revenus et/ou une allocation d'intégration pour personnes handicapées,
- une reconnaissance du handicap d'un enfant,
- une inscription auprès de la mutualité en tant que mineur étranger non accompagné.

Comment devenir BIM?

La procédure est la même que pour obtenir le statut OMNIO (voir 7). Le droit au statut de BIM s'ouvrira le jour de la signature de la déclaration sur l'honneur.

BON À SAVOIR

Mieux vaut ne pas tricher sur ses revenus dans sa déclaration sur l'honneur! Non seulement la personne devra rembourser les avantages reçus à tort, mais elle se verra également infliger une amende. À bon entendeur...

Le statut OMNIO

Le statut OMNIO permet aux personnes disposant de faibles revenus de bénéficier de meilleurs remboursements des soins de santé (consultations chez le médecin, médicaments, frais d'hospitalisation, etc.), ainsi que de certains avantages sociaux.

Qui peut bénéficier du statut OMNIO?

Si la personne est au chômage depuis plus de 6 mois, en incapacité de travail depuis plus de 6 mois, si elle vit seule avec des enfants, si elle ou son ménage dispose de faibles revenus..., OMNIO peut la concerner.

À titre indicatif, une personne isolée dont les revenus annuels bruts ne dépassaient pas 16.306,86 € en 2012 pouvait prétendre au statut OMNIO en 2013. Si son ménage se composait de plusieurs personnes, ce plafond était augmenté de 3.018,84 € par personne supplémentaire.

Notons que tous les revenus de toutes les personnes du ménage OMNIO seront pris en compte. Un ménage OMNIO est toujours composé de toutes les personnes qui sont domiciliées à la même adresse (qu'elles aient ou non des liens familiaux) au 1er janvier de l'année de sa demande.

Si le patient bénéficie déjà de l'intervention majorée (BIM, voir 6), le statut OMNIO ne le concerne pas.

BON À SAVOIR

Un pas vers la simplification administrative: dès le 1er janvier 2014, les statuts BIM et OMNIO vont fusionner. Dans les faits, cela ne changera pas grand-chose; les conditions d'octroi restent les mêmes. La différence est que, dès 2015, l'Administration fiscale collaborera avec l'INAMI qui informera à son tour les mutualités pour détecter plus facilement et avertir les ayants droit.

À partir de quand?

Le droit au statut OMNIO s'ouvrira le premier jour du trimestre civil au cours duquel la mutualité a reçu le dossier complet de la demande. Exemple: si la personne introduit une demande en règle entre le 1er avril et le 30 juin 2014, le droit au statut OMNIO prend cours dès le 1er avril 2014. Ce droit est maintenu, en principe, jusqu'à la fin de l'année suivant celle de la demande, autrement dit, dans ce cas jusqu'au 31 décembre 2015.

COMMENT OBTENIR LE STATUT OMNIO OU BIM?

1) Le patient doit d'abord se procurer des justificatifs des revenus annuels bruts de tous les membres de son ménage durant l'année précédent sa demande (copie du dernier avertissement extrait de rôle, copie des fiches de paye, attestations de la caisse d'allocations de chômage, etc.). S'il fait sa demande en 2014, ce sont donc les revenus de 2013 qui doivent être pris en compte.
2) Le patient complète un formulaire de demande intitulé «Déclaration sur l'honneur» qu'il peut se procurer auprès de sa mutualité et le lui remet.
3) S'il répond à toutes les conditions, le statut OMNIO ou BIM lui est accordé par sa mutualité. Le patient en est informé par courrier.
4) Le nouveau statut du patient et des membres de son ménage est automatiquement mis à jour sur leur carte d'identité (voir 5).

Les avantages BIM et OMNIO

Les personnes bénéficiant du statut BIM ou OMNIO peuvent jouir de plusieurs avantages financiers et sociaux.

Des remboursements plus élevés

- Ticket modérateur réduit lors d'une consultation chez différents prestataires de soins: médecin, kiné, dentiste, etc.
- Ticket modérateur réduit pour les frais de séjour à l'hôpital [1].
- Médicaments mieux remboursés.

1 € la consultation?!

Les personnes BIM ou OMNIO peuvent demander au médecin l'application du tiers payant (voir 14) lors de ses consultations. Elles ne payeront alors que le ticket modérateur (montant restant à leur charge après intervention de l'assurance maladie).

Exemple: la consultation au cabinet d'un généraliste agréé accrédité coûte 24,15 €. La mutualité intervient à hauteur de 23,15 € avec DMG (voir 11) et à hauteur de 22,65 € sans DMG. Avec le statut OMNIO, le patient ne paye qu'1 € s'il a un DMG ou 1,5 € s'il n'en a pas.

[1] Les personnes BIM ou OMNIO bénéficient automatiquement du Maximum à Facturer (MàF, voir 12). De plus, en cas d'hospitalisation en chambre commune ou à deux lits, les médecins non conventionnés (voir 17) ne peuvent facturer de suppléments d'honoraires.

Autres avantages

Sous certaines conditions, les personnes BIM ou OMNIO peuvent bénéficier d'une série d'autres avantages:

- cotisation moins élevée à la «Vlaamse Zorgverzekering» (uniquement en Flandre),
- réduction pour les transports en commun (voir 43 et 44),
- tarif réduit pour le téléphone et internet auprès de certaines sociétés (voir 37),
- réduction, voire suppression, des taxes provinciales ou communales (voir 39),
- allocations de chauffage (voir 36),
- Etc.

Le statut «personne handicapée»

Le handicap se définit comme l'altération durable des facultés physiques, mentales ou sensorielles d'une personne, ce qui limite ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle. Du fait de sa maladie et/ou de certains traitements, une personne atteinte d'un cancer peut parfois demander à être reconnue comme handicapée et bénéficier ainsi d'une série d'avantages financiers, matériels et/ou sociaux.

Les aides du fédéral

Au niveau fédéral, la Direction générale (DG) des Personnes handicapées du SPF Sécurité Sociale peut octroyer:

- une reconnaissance officielle de handicap,
- des allocations spéciales: allocations de remplacement de revenus (ARR), allocations d'intégration (AI) ou allocations pour l'aide aux personnes âgées,
- des avantages fiscaux et sociaux.

Plus d'infos sur www.handicap.fgov.be.

BON À SAVOIR

Les organismes régionaux et la DG Personnes handicapées sont indépendants les uns des autres. Il n'est pas nécessaire d'être reconnu comme personne handicapée au niveau fédéral pour prétendre à certaines aides régionales et vice-versa.

Les aides régionales

Au niveau des régions, plusieurs organismes proposent des aides pour faciliter le quotidien des personnes handicapées: emploi, formation, achat de matériel, etc. Ils subventionnent également des services qui les accueillent, les hébergent, les forment, les emploient, les conseillent et les accompagnent.

- En Wallonie → L'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH): www.awiph.be
- À Bruxelles → Personne Handicapée Autonomie Recherchée (PHARE): www.phare.irisnet.be et Vlaamse Gemeenschap Commissie - Brussels aanmeldingspunt voor personen met een Handicap (BRAP): www.brap.be.
- En Flandre → Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH): www.vaph.be.

COMMENT ÊTRE RECONNU COMME PERSONNE HANDICAPÉE?

1) La personne se rend à la commune pour introduire une demande qui est transmise par voie électronique à la DG Personnes handicapées.
2) La personne reçoit de l'employé communal un accusé de réception de sa demande, ainsi qu'un certain nombre de documents, dont une déclaration et un formulaire «Évaluation du handicap» à faire compléter. Ces documents doivent être renvoyés dans le mois à la DG Personnes handicapées.
3) La DG Personnes handicapées examine le dossier et fixe un rendez-vous à la personne dans un centre médical pour évaluer le handicap.
4) La DG prend sa décision et l'envoie à la personne. Si celle-ci est reconnue comme handicapée, elle reçoit une «Attestation de reconnaissance du handicap», ainsi que les documents lui permettant de bénéficier des divers avantages financiers et sociaux.

L'allocation familiale majorée

Tout enfant de 0 à 21 ans atteint d'un handicap ou d'une affection grave peut, sous certaines conditions, obtenir un complément aux allocations familiales: c'est l'allocation familiale majorée. Elle est ajoutée aux allocations familiales ordinaires versées chaque mois. Si l'enfant souffre d'un cancer, il y a peut-être droit.

Évaluation du handicap ou de l'affection

Le handicap ou l'affection de l'enfant répond à des critères légaux. Ces critères sont contrôlés par la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité Sociale et évalués par un de leurs médecins. Ce dernier examine trois piliers:

- pilier n°1: les conséquences physiques et mentales du handicap ou de l'affection;
- pilier n°2: les conséquences du handicap ou de l'affection sur la participation de l'enfant à la vie quotidienne (mobilité, capacité d'apprentissage, hygiène corporelle, etc.);
- pilier n°3: les conséquences du handicap ou de l'affection de l'enfant pour le ménage, c'est-à-dire ses parents (traitement médical, déplacements nécessaires, adaptation de l'environnement, etc.).

Le médecin attribue des points à chaque pilier. L'enfant a droit à une allocation familiale majorée s'il obtient au moins 4 points dans le premier pilier ou au moins 6 points dans les trois piliers réunis.

BON À SAVOIR

Rappelons que les allocations familiales ne sont pas exactement les mêmes pour les travailleurs salariés que pour les indépendants. Cependant, ces derniers peuvent également prétendre à l'allocation familiale majorée, selon le même principe que celui expliqué ci-dessus. Plus d'infos sur www.inasti.be.

Depuis le 1er décembre 2012, selon le nombre de points obtenus et donc la gravité du handicap ou de l'affection, les montants octroyés vont de 79,17 € à 527,80 €.

Appel et prolongement

Si les parents ne sont pas d'accord avec la décision de la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité Sociale, ils peuvent interjeter appel auprès du tribunal du travail de leur domicile.

L'allocation familiale majorée est accordée pendant un an et réévaluée chaque année par la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité Sociale.

COMMENT OBTENIR UNE ALLOCATION FAMILIALE MAJORÉE?

1) Le parent contacte sa caisse d'allocations familiales. La caisse transmet la demande à la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité Sociale, qui envoie les formulaires nécessaires.
2) Le parent et le médecin en charge de l'enfant complètent les divers documents, qui seront renvoyés au SPF Sécurité Sociale.
3) Le service médical du SPF Sécurité Sociale invite l'enfant pour un examen. Il communique sa décision aux parents et à la caisse d'allocations familiales.
4) La caisse d'allocations familiales exécute la décision et informe le parent à ce sujet.

Le supplément éventuel est payé à partir du mois suivant la date mentionnée dans la décision du service médical.

Un statut BIM pour l'enfant

Le fait de percevoir les allocations familiales majorées ouvre le droit pour l'enfant de bénéficier du statut BIM ainsi qu'une série d'autres avantages (voir 8) durant la période de reconnaissance de handicap. Les formulaires ad hoc seront transmis par la caisse d'allocations familiales à destination des différentes instances.

Le Dossier Médical Global (DMG)

Le Dossier Médical Global (DMG) est tenu par le médecin généraliste qui y centralise l'entièreté des données médicales du patient: antécédents, opérations subies, maladies chroniques, traitements en cours, résultats d'examens transmis par d'autres médecins, etc. Son intérêt? Outre un meilleur accompagnement individuel et une meilleure concertation entre les médecins, il permet d'être remboursé jusqu'à 30% en plus pour une consultation chez le médecin généraliste (à son cabinet ou pour une visite à domicile). Le tarif de remboursement obtenu grâce au DMG dépend de la catégorie de son titulaire: moins de 10 ans, entre 10 et 75 ans, plus de 75 ans, malade chronique ou encore patient palliatif.

Coût et durée de validité d'un DMG

Le DMG est gratuit. Le patient paye un certain montant à son médecin généraliste (28,15 € au 1er janvier 2011) à l'ouverture du dossier, que sa mutualité lui rembourse entièrement. Idem pour sa prolongation.

Le DMG reste valable jusqu'à la fin de la seconde année civile suivant l'année d'ouverture. Exemple: un DMG ouvert le 21 janvier 2014 reste valable jusqu'au 31 décembre 2016.

BON À SAVOIR

Depuis avril 2011, les personnes âgées de 45 à 75 ans peuvent bénéficier du DMG+, un module de prévention, un bilan santé avec leur médecin généraliste qui vérifie six points importants en matière de prévention. Le DMG+ ne coûte que 10 €, entièrement remboursés par la mutualité.

Certaines mutualités offrent des avantages complémentaires en cas de DMG, pouvant aller jusqu'au remboursement complet des tickets modérateurs.

Attention aux changements de médecin!

Si le patient consulte un autre médecin généraliste que celui qui gère son DMG, il n'a en principe pas droit à la réduction... sauf si cet autre médecin travaille dans un regroupement de médecins [1] dans lequel exerce aussi le médecin gérant le DMG.

Si ce n'est pas le cas, le patient a tout intérêt à demander à cet autre médecin d'envoyer les informations nécessaires à son médecin généraliste, afin que ce dernier complète son DMG.

Notons que le patient peut à tout moment changer de médecin généraliste. Il lui suffit de signaler au nouveau prestataire qu'il souhaite que ce soit désormais lui qui gère son DMG. Ce nouveau médecin accomplira lui-même les démarches auprès de son confrère pour le transfert du dossier du patient.

COMMENT DEMANDER UN DMG?

Lors d'une consultation (au cabinet du médecin ou lors d'une visite à domicile), il suffit au patient de demander à son médecin généraliste d'ouvrir un DMG. Le parent d'un enfant ou d'un patient palliatif peut également demander l'ouverture d'un DMG à sa place. Le médecin et la mutualité se chargeront ensuite d'une éventuelle prolongation du DMG.

[1] Un regroupement de médecins peut aussi bien être une pratique de groupe qu'une autre association de fait entre différents médecins qui exercent une activité commune. Exemple: dans une maison médicale.

Le Maximum à Facturer (MàF)

Le Maximum à Facturer (MàF) est un système qui garantit à chaque ménage de ne pas dépasser un montant annuel déterminé pour des frais de santé.

Dès que les tickets modérateurs des frais médicaux atteignent ce montant maximum au cours de l'année, les soins du patient sont remboursés à 100% du tarif INAMI (sauf les suppléments d'honoraires des médecins non conventionnés).

Ce système a été mis en place pour éviter que les personnes souffrant de maladie grave, fréquente ou de longue durée, comme le cancer, ne soient noyées sous les factures de soins de santé.

Quels frais entrent en ligne de compte?

Dans le calcul du MàF, sont pris en considération les tickets modérateurs pour:

- les prestations des médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers et autres prestataires de soins,
- les médicaments des catégories A, B et C et les préparations magistrales (médicaments que les pharmaciens font eux-mêmes),
- les prestations techniques (opérations, radios, examens de laboratoire, tests techniques, etc.),
- le prix de la journée d'hospitalisation dans un hôpital général (limité à 365 jours en hôpital psychiatriques),
- le forfait médicaments en cas d'hospitalisation,
- l'alimentation entérale par sonde ou stoma pour les jeunes de moins de 19 ans,
- le matériel endoscopique et de viscérosynthèse,
- les marges de délivrance (supplément) pour implants,
- les soins d'orthodontie et les vaccins anti-grippe pour les plus de 50 ans et les malades chroniques.

COMMENT SE FAIRE REMBOURSER?

La mutualité tient à jour les frais médicaux de chaque affilié. Si ceux-ci dépassent le montant maximum de l'année concernée, elle les lui rembourse automatiquement tous les mois. Le patient n'a donc rien à faire. Il recevra une attestation de sa mutualité en même temps que le premier remboursement dans le cadre du MàF.

Les différents MàF

Le Maximum à Facturer (MàF) offre à chaque famille la garantie qu'elle ne devra pas dépenser plus qu'un montant déterminé (plafond) pour ses soins de santé. Si ses frais médicaux atteignent ce montant maximum au cours de l'année, il y a remboursement total du reste des frais médicaux.

Il existe deux types de Maximum à Facturer: le MàF «revenus» et le MàF social.

Le MàF «revenus»

Le MàF «revenus» dépend des revenus du ménage: plus ils sont élevés, plus le plafond à appliquer sera élevé.

Les revenus annuels pris en compte sont ceux d'il y a trois ans. Ils sont fournis directement par l'Administration fiscale (les contributions) aux mutualités.

Les tranches de revenus et de plafonds sont consultables sur les sites web de l'INAMI (rubrique Citoyen > Frais médicaux > Maximum à Facturer) et des mutualités.

Le MàF social

Le MàF social est accordé aux bénéficiaires BIM et OMNIO (voir 6 et 7). C'est un remboursement basé sur leur statut et non sur leurs revenus.

Les tickets modérateurs sont remboursés à 100% dès que le plafond de 450 € (de tickets modérateurs) est atteint.

Toutefois, depuis le 1er janvier 2009, ce plafond est de 350 € lorsqu'un membre de cette partie de ménage a supporté individuellement 450 € de ticket modérateur durant les deux années calendriers précédentes.

D'autres bénéficiaires

Des mesures spéciales qui ne tiennent pas compte des revenus permettent à certaines catégories de personnes de bénéficier elles aussi du MàF social:

- les enfants de moins de 19 ans. Le MàF est en principe toujours de 650 €, quels que soient les revenus de la famille. Il s'agit ici d'un droit individuel. Lorsque l'enfant a supporté individuellement 450 € de ticket modérateur durant les deux années calendrier précédentes, le MàF est fixé à 550 €;
- les ménages qui connaissent un forte diminution de revenus peuvent bénéficier du MàF social. Il faut pour cela adresser une demande à la mutualité;
- les malades chroniques, comme les personnes atteintes d'un cancer, peuvent également bénéficier du MàF social. En effet, si un membre d'une famille totalise à lui seul un ticket modérateur de 450 € pendant deux années successives, le plafond du ticket modérateur de toute la famille est diminué de 100 € pour l'année suivante.

BON À SAVOIR

Certains BIM n'entrent pas dans les critères du MàF social. Il s'agit

- des enfants bénéficiant d'allocations familiales majorées,
- des personnes handicapées qui bénéficient d'une allocation d'intégration, mais dont le conjoint a des revenus.

Le tiers payant

Le système du tiers payant est la possibilité pour le patient de ne pas devoir avancer la totalité du montant de certaines prestations. En d'autres termes, au lieu de d'abord tout payer pour ensuite recevoir un certain remboursement, le patient ne s'acquitte dans l'immédiat que de la partie à sa charge: le ticket modérateur et les éventuels suppléments d'honoraires.

De son côté, le prestataire de soins (médecin, dentiste...) ou l'institution de soins (hôpital) se fera directement rembourser auprès de la mutualité du patient.

Qui peut bénéficier du tiers payant social?

Chez un prestataire de soins (médecin, dentiste, kiné, etc.), plusieurs catégories de la population peuvent bénéficier du système du tiers payant social:

- les bénéficiaires de la garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA),
- les bénéficiaires du revenu d'intégration,
- les BIM,
- les bénéficiaires d'une allocation pour handicapé,
- les bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse,
- les chômeur(euse)s complets depuis plus de 6 mois consécutifs (isolés ou chefs de ménage),
- etc.

Par son adhésion à la convention médico-mutualiste, le médecin généraliste conventionné s'est engagé à appliquer de manière générale le tiers payant social pour toutes les prestations de consultation lorsque le patient en a exprimé la demande. Le médecin non conventionné peut suivre la même procédure... ou pas!

Quand le tiers payant est automatique

À la pharmacie, tout le monde bénéficie d'office du système du tiers payant pour les médicaments remboursables prescrits par un médecin. En effet, on y paye uniquement le ticket modérateur, éventuellement sur présentation de la carte SIS ou de la carte d'identité (voir 5) qui atteste que l'on est en ordre vis-à-vis de la mutualité.

De même, après une hospitalisation, le patient ne paye que le ticket modérateur, ainsi que les suppléments éventuels. La mutualité paye directement le reste à l'hôpital.

La déclaration d'admission (1): généralités

Les hôpitaux ont l'obligation d'informer le patient des conséquences financières d'une hospitalisation. Pour ce faire, un document intitulé «Déclaration d'admission» doit lui être remis avant le début de l'hospitalisation. Objectif? Éviter au patient d'avoir à débourser des sommes importantes sans vraiment s'y attendre. En effet, nombreux sont ceux qui ignorent que le choix du type de chambre et du type de médecin (conventionné ou non) peut fortement influencer le coût d'un séjour à l'hôpital. Grâce à la déclaration d'admission, le patient a la possibilité de choisir en connaissance de cause et de connaître les implications financières de ses choix.

Quels renseignements sont repris dans ce formulaire?

La déclaration d'admission détaille:

- les frais de séjour, c'est-à-dire le ticket modérateur de l'hospitalisation en tant que telle, ainsi que le forfait légal pour les médicaments (voir 20),
- les honoraires du (des) médecin(s) qui s'occupe(nt) du patient.

Ce que le formulaire d'admission ne dit pas

Attention, tous les frais inhérents à une hospitalisation ne sont pas forcément repris dans la déclaration d'admission. Or, certains services et biens divers fournis sont entièrement à la charge du patient: les médicaments, prothèses et implants, l'emploi de la télévision et du téléphone, les repas pris par les visiteurs, etc.

Le patient est tout à fait en droit de demander une estimation de ces frais à son médecin et/ou au service des admissions de l'hôpital.

L'hôpital doit tenir à la dispositon du patient une liste des médecins conventionnés et non conventionnés.

Pour une admission «classique» dans un hôpital général, un acompte peut toujours être réclamé lors de l'admission et par période de 7 jours.

COMMENT ÇA SE PASSE?

Quand il arrive pour son hospitalisation, le patient passe généralement par un «service des admissions». C'est là qu'un préposé de l'hôpital le reçoit et lui soumet la déclaration d'admission afin qu'il la complète. Il est conseillé au patient de signer uniquement pour le type de chambre de son choix, même si le personnel de l'hôpital lui fait savoir qu'il ne reste plus aucun lit de libre dans ce type de chambre. Une fois complété, le formulaire doit être signé par le patient et par le préposé de l'hôpital. Un exemplaire est remis au patient. Il doit le conserver précieusement, en cas d'éventuel litige au sujet de la facture.

Déclaration d'admission (2): faire les bons choix

Le patient doit être très attentif aux choix qu'il fait sur la déclaration d'admission, car ce sont eux qui détermineront le montant de la facture finale.

Le choix de la chambre

Pour une chambre commune ou à deux lits, aucun supplément ne peut être compté. Par contre, choisir une chambre individuelle coûtera d'office (beaucoup) plus cher. Ce supplément est déterminé de façon totalement arbitraire puisque chaque hôpital peut fixer librement le montant qu'il réclamera au patient. Généralement, il est de 5 à 190 € par jour.

De plus, si le patient choisit une chambre individuelle, les médecins sont autorisés à lui demander des suppléments d'honoraires, sauf

- si l'état de santé du patient nécessite qu'il soit en chambre particulière;
- si le patient est installé dans une chambre particulière parce qu'il n'y a plus de place disponible en chambres doubles;
- pour une admission aux urgences ou aux soins intensifs, indépendamment de la volonté du patient et pour la durée de son séjour dans cette unité;
- en cas d'admission d'un enfant à l'hôpital avec un adulte accompagnant et si ce dernier n'a pas signé de document demandant explicitement une chambre individuelle.

Par contre, en chambre à deux ou plusieurs lits, aucun médecin ne peut réclamer de suppléments d'honoraires (sauf en hospitalisation de jour).

Choix en amont et réalité de terrain

Il arrive que le patient ne se retrouve finalement pas dans le type de chambre qu'il a choisi dans son formulaire d'admission. Or, le principe est très clair: le patient ne paye que ce qu'il a choisi de son plein gré! Imaginons trois cas de figure:

- le patient a opté pour une chambre commune, mais pour l'une ou l'autre raison (manque de place, état de santé qui nécessite d'être dans une chambre privée, etc.), il se retrouve dans une chambre individuelle. L'hôpital ne pourra pas lui réclamer davantage que le prix de la chambre qu'il avait choisie via le formulaire d'admission;
- un patient admis aux soins intensifs ou aux urgences n'a pas pu exprimer son choix. Donc, aucun supplément ne pourra lui être réclamé ni pour la chambre ni pour les honoraires des médecins;
- par contre, si le patient se retrouve dans une chambre commune (moins chère) alors qu'il avait choisi une chambre individuelle, il ne payera que la chambre qu'il a réellement occupée.

Choix du médecin et suppléments d'honoraires

Trois éléments entrent en ligne de compte pour déterminer le montant des honoraires du médecin:

- le fait que ce dernier soit conventionné ou non (voir 17),
- le type de chambre choisi,
- le statut social du patient.

Si le patient choisit d'être soigné au tarif INAMI (voir 17), le libre choix du médecin peut être limité. S'il préfère être soigné selon les différents statuts des médecins, il pourra les choisir, mais il doit accepter que ces derniers puissent demander des suppléments d'honoraires.

Les suppléments d'honoraires ne sont pas remboursés par la mutualité. Certaines assurances complémentaires (une assurance hospitalisation, par exemple) les remboursent plus ou moins intégralement.

Le médecin est-il conventionné?

Les représentants des mutualités et du corps médical se rencontrent pour conclure des accords qui fixent notamment les honoraires des médecins. Le tarif ainsi négocié est appelé tarif INAMI, tarif conventionné ou encore tarif légal.

Le tarif INAMI comprend la partie remboursée par la mutualité et le ticket modérateur (le montant à charge du patient).

Les trois statuts

Il existe trois grands types de statut chez les prestataires (médecin, dentiste, certaines professions paramédicales, etc.), qui correspondent chacun au degré de cherté: les conventionnés, les non-conventionnés et les partiellement conventionnés.

- Le prestataire conventionné s'engage à respecter le tarif INAMI. À l'hôpital, le médecin conventionné peut toutefois facturer des suppléments d'honoraires aux patients en chambre particulière.
- Le prestataire non conventionné a refusé de souscrire au tarif INAMI. Il est libre de demander des suppléments d'honoraires, c'est-à-dire un montant supérieur au tarif INAMI, quel que soit le type de chambre d'hôpital choisi par le patient.
- Le prestataire partiellement conventionné est tantôt au tarif INAMI, tantôt dans un régime de suppléments d'honoraires. Attention, sur la même journée, selon l'heure à laquelle il intervient auprès du patient ou selon le type d'intervention qu'il pratique, son statut et donc ses tarifs ne sont pas les mêmes! Il est donc important de demander les tarifs qui doivent, dans tous les cas, être clairement affichés dans les salles d'attente ou, pour les prestataires en milieu hospitalier, mis à la disposition à l'accueil ou au secrétariat médical.

Le montant des suppléments d'honoraires

Le montant maximal pouvant être réclamé par un médecin est repris dans la déclaration d'admission (voir 15 et 16). Généralement, ce montant maximal n'est pas exprimé en euros, mais sous forme de pourcentage du tarif de remboursement. Exemple: pour une hospitalisation à 300 € (montant remboursé par la mutualité), si le supplément d'honoraires est de 200%, le patient devra payer un supplément de 600 €. Soit 900 € au total!

Comment savoir?

Les médecins sont tenus de préciser s'ils adhèrent ou non au tarif INAMI. De plus, l'hôpital est obligé de fournir la liste des médecins conventionnés et non conventionnés au patient qui en fait la demande.

Enfin, les sites de certaines mutualités proposent gratuitement un annuaire des prestataires de santé conventionnés.

BON À SAVOIR

Conventionnés ou non, il est interdit à tous les médecins de réclamer des suppléments d'honoraires à une série de patients protégés (BIM, OMNIO, etc.) en cas d'hospitalisation classique en chambre commune ou à deux lits.

L'acompte

Un acompte peut être demandé lors d'une hospitalisation. C'est même très fréquent: les deux tiers des hôpitaux le font!

Plafonds des acomptes

L'hôpital fixe lui-même le montant de l'acompte, à condition de ne pas dépasser les maxima ci-dessous:

- Assuré ordinaire:
  - 150 € pour une chambre commune ou à deux lits,
  - 150 € + 7 fois le supplément pour une chambre particulière;
- Enfant d'un assuré ordinaire:
  - 75 € pour une chambre commune ou à deux lits,
  - 75 € + 7 fois le supplément pour une chambre particulière;
- Assuré BIM ou OMNIO:
  - 50 € pour une chambre commune ou à deux lits,
  - 50 € + 7 fois le supplément pour une chambre particulière.

Un nouvel acompte peut être demandé pour chaque nouveau séjour de 7 jours.

Cependant, l'hôpital ne peut refuser l'admission au prix d'une chambre commune à des patients qui ne seraient pas en mesure de payer l'acompte.

Et en hospitalisation de jour?

Aucun acompte ne peut être réclamé pour un traitement effectué en hospitalisation de jour, sauf si le patient opte pour une chambre individuelle. Dans ce cas, l'acompte maximal ne peut pas être plus élevé que le montant du supplément pour une chambre particulière.

Conseils au patient qui paye un acompte

- Consulter le montant des acomptes sur la déclaration d'admission.
- Toujours demander un reçu en bonne et due forme.
- Vérifier que l'acompte a bien été déduit de la facture d'hospitalisation.

BON À SAVOIR

- Les médecins ne peuvent pas demander d'acompte sur leurs honoraires, c'est illégal.
- Certaines mutualités peuvent indiquer à leurs adhérents quel acompte est facturé par quel hôpital.

La facturation et les paiements

La facturation d'un séjour hospitalier n'est pas toujours évidente à décrypter. Voici quelques repères pour aider le patient à s'y retrouver.

Quand la facture est-elle envoyée?

Les hôpitaux envoient une facture globale à leurs patients au plus tard dans les deux mois qui suivent la fin du mois au cours duquel les soins ont été donnés. Exemple: un patient qui est sorti de l'hôpital le 15 mars 2014 recevra sa facture avant le 31 mai 2014.

Lors d'un séjour de longue durée, l'hôpital envoie une note mensuelle.

Qu'est-ce qui figure sur la facture?

L'application du tiers payant (voir 14) est obligatoire pour tout patient hospitalisé. Ce dernier ne doit plus payer que le ticket modérateur et d'éventuels suppléments. Les hôpitaux doivent envoyer leurs factures aux patients selon un modèle appelé «Extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire». Tous les montants réclamés doivent figurer sur ce document.

Dans certains hôpitaux, les honoraires peuvent être totalement ou partiellement perçus par le Conseil Médical. Le patient peut alors recevoir en plus un autre document, la «note d'honoraires».

Si des honoraires sont facturés directement par un médecin [1], il faut TOUJOURS refuser de payer. Ces suppléments doivent être repris sur la facture de l'hôpital. Dans ce cas, demandez une facture conforme.

---

[1] **À l'exception des prestations de soins effectuées par un prestataire non attaché à l'hôpital (le médecin traitant, par exemple).**

Paiement et échelonnement

Le délai habituel de paiement d'une facture est de 30 jours. Cependant, en cas de difficultés financières, le patient peut toujours demander un échelonnement de ses paiements. Pour cela, il peut faire appel à l'assistante sociale de l'hôpital (voir 4) ou au service de médiation des dettes de l'hôpital ou du CPAS.

Conseils au patient

- Toujours contrôler sa facture AVANT de la payer. En effet, une fois la facture payée, on considère que le patient était d'accord avec les montants indiqués. Réclamer le remboursement de montants perçus en trop reste toutefois possible s'il s'agit d'erreurs manifestes ou si des dispositions légales ont été contournées.
- Comprendre ce que l'on paye. Le patient a toujours la possibilité et le droit d'exiger le détail et l'explication des montants facturés.
- Si le patient n'est pas d'accord avec l'un ou l'autre montant réclamé, il ne faut pas refuser catégoriquement de la payer, mais plutôt notifier par écrit à l'hôpital qu'il suspend le paiement en attendant une explication ou une révision.
- Conserver une copie ou l'original de tous les échanges, preuves de paiement (reçus, extraits de compte, etc.) et courriers échangés entre le patient et l'hôpital.
- En cas de problème, question, litige ou plainte, le patient peut contacter le service de défense des membres de sa mutualité, si possible AVANT de payer.

BON À SAVOIR

Une facture d'hôpital ou une note d'honoraires réclamée plus de deux ans après la fin du mois au cours duquel les soins ont été donnés, ne doit plus être payée, elle est prescrite. Dans ce cas, le patient peut invoquer la prescription en notifiant au médecin ou à l'hôpital que le paiement n'est plus dû sur base de l'article 2277bis du Code Civil.

Les frais supplémentaires

Via le système du tiers payant (voir 14), systématiquement appliqué pour une hospitalisation, la mutualité prend en charge une partie des frais hospitaliers. Outre d'éventuels suppléments d'honoraires, voici les principaux postes qui restent à charge du patient [1].

Le supplément de chambre

- Chambre commune ou à deux lits: le patient paye seulement le ticket modérateur.
- Chambre particulière: outre le ticket modérateur, le patient paye un supplément de chambre fixé par l'hôpital (voir 16).

Le forfait médicaments

Chaque patient paye un montant forfaitaire de 0,62 € par jour pour les médicaments remboursables, indépendamment du fait qu'il en consomme beaucoup, peu ou pas du tout. Pour les médicaments non remboursables (calmants, somnifères, etc.), chaque patient paye ce qu'il consomme.

Les honoraires forfaitaires

Sous la rubrique des frais de séjour de la déclaration d'admission (voir 16) figurent les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation. Il s'agit de maximum deux forfaits pour la biologie clinique (l'analyse d'une prise de sang par exemple). Les montants varient d'un hôpital à l'autre mais sont intégralement à charge de la mutualité. Aucun supplément ne peut être réclamé au patient.

---

[1] **Certaines assurances complémentaires, notamment les assurances hospitalisation, remboursent une partie plus ou moins conséquente des frais de séjour non pris en charge par la mutualité.**

BON À SAVOIR

Le jour de départ et le jour d'admission sont facturés comme une seule journée SAUF si l'admission se fait avant midi ET le départ après 14 h. Si le patient quitte l'hôpital avant 14 h, il épargne souvent la facturation d'une journée.

Les produits et services non compris

Avec la déclaration d'admission, l'hôpital doit remettre une liste reprenant les prix des produits et services les plus demandés et qui ne sont PAS compris dans les frais de séjour… et sont donc à charge du patient. Exemples:

- les équipements de confort de la chambre: téléphone, frigo, télévision, connexion internet, etc.,
- les marchandises diverses: biberon, tétine, bouchons d'oreille, béquilles, thermomètre, etc.,
- les prothèses et implants,
- les frais relatifs à l'accompagnant [(2)]: lit, repas, boissons, etc.,
- les repas et en-cas supplémentaires, boissons hors repas, etc.,
- les produits d'hygiène et articles de toilette: savon, brosse à dents, mouchoirs en papier, etc.,
- les services non (para)médicaux [(3)]: manucure, pédicure, coiffeur, etc.

[(2)] L'accompagnant, c'est, par exemple, le parent qui accompagne son enfant à l'hôpital.

[(3)] Certains hôpitaux disposent d'espaces bien-être destinés aux patients souffrant de cancer où des soins esthétiques et/ou des massages leur sont proposés gratuitement.

Les personnes ressources

Aller à une consultation, passer des examens, suivre des traitements..., être atteint(e) d'un cancer et se faire soigner implique de passer un certain temps à l'hôpital. Outre l'assistante sociale (voir 4), plusieurs professionnels de la santé sont là pour aider le patient et répondre à ses questions.

Le coordinateur de soins en oncologie (CSO)

Outre les médecins, le coordinateur de soins en oncologie (CSO) ou «onco-coach» est le contact du patient au sein de l'hôpital. Son rôle est d'assurer une parfaite coordination entre les différents médecins spécialistes et d'organiser le planning des examens et des traitements prescrits, depuis la mise au point du diagnostic jusqu'au suivi post-traitement.

Son rôle de coordination ne se limite pas à l'hôpital. Le CSO établit aussi des contacts avec les patients lorsqu'ils sont à leur domicile et des contacts avec le médecin traitant et le médecin spécialiste référent afin d'optimaliser la prise en charge par une bonne transmission des informations.

L'infirmière de référence

L'infirmière de référence en Clinique du sein fait fonction de fil conducteur dans tout le processus de soin. Dès le diagnostic établi, elle offre à la patiente et sa famille l'accompagnement et le soutien nécessaires durant les différentes phases de traitement et de suivi.

Comme le CSO, elle prête attention à la continuité des soins pendant et entre les différentes hospitalisations. Elle garantit la transmission d'informations ponctuelles sur la maladie, l'hospitalisation, l'évolution du traitement, les prothèses, les groupes d'entraide. Les patients et leur famille peuvent s'adresser à elle pour toute question ou problème survenant durant le traitement.

Afin de garantir l'accompagnement nécessaire, elle travaille en étroite collaboration avec les équipes médicales et paramédicales concernées de l'hôpital. Si besoin, elle renvoie vers d'autres services d'aide, tels que la psychologue, l'assistante sociale, la kinésithérapeute, le service de soins à domicile, etc.

L'infirmière de liaison

L'infirmière de liaison fait le lien entre l'équipe hospitalière et l'équipe des soignants à domicile. En effet, lorsqu'un patient retourne chez lui et qu'il doit bénéficier de certains soins à domicile, de nombreuses questions peuvent se poser à lui et à ses proches: comment manipuler un cathéter, comment évaluer la douleur, comment employer une pompe à morphine, qui appeler pour quel problème, où louer ou acheter du matériel spécifique, quel papier remplir, quelle attestation demander pour le remboursement des frais de kinésithérapeute?, etc. Les infirmières de liaison sont là pour répondre à ces questions et organiser au mieux les soins à domicile, y compris les soins palliatifs.

Se faire soigner chez soi

Les personnes atteintes d'un cancer peuvent bénéficier de soins infirmiers et/ou paramédicaux à domicile.

Les soins infirmiers à domicile

Les infirmières et infirmiers à domicile peuvent effectuer toute une série de prestations de soins infirmiers. Quelques exemples:

- effectuer une toilette (soins d'hygiène),
- changer un pansement,
- placer une perfusion et la surveiller,
- mettre et/ou enlever des bas de contention ou une bande de compression,
- effectuer des injections (piqûres),
- changer une sonde urinaire,
- etc.

Combien coûtent les soins infirmiers à domicile?

Qu'ils soient employés ou indépendants, les infirmiers et infirmières à domicile conventionnés [1] offrent tous les mêmes services aux mêmes tarifs. La plupart applique le régime du tiers payant (voir 14) de sorte que le patient ne paye que le ticket modérateur. Pour les BIM et les OMNIO, ce dernier est peu élevé, voire inexistant.

[1] À l'instar des médecins, certains infirmiers sont non conventionnés. Ils déterminent alors eux-mêmes le montant de leurs honoraires, excepté pour les BIM (voir 6) et les OMNIO (voir 7) pour lesquels les tarifs doivent toujours être respectés.

Les infirmiers et infirmières à domicile facturent soit à la prestation, soit au forfait journalier pour l'ensemble des prestations fournies sur une journée.

La mutualité rembourse la majeure partie des soins à domicile mais à certaines conditions:

- hormis pour une toilette, il faut une prescription médicale pour toutes les prestations de soins infirmiers pour lesquelles il y a une intervention de la mutualité;
- un accord du médecin-conseil de la mutualité du patient est nécessaire pour les forfaits infirmiers.

En outre, l'intervention de la mutualité diminue de 25% lorsqu'on fait appel à un prestataire non conventionné, excepté pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ou du statut OMNIO. L'infirmier doit délivrer l'attestation au patient dans le courant du mois qui suit le mois au cours duquel les soins ont eu lieu.

Notons que le matériel infirmier (pansements, aiguilles, etc.) est généralement à charge du patient. Sous certaines conditions, la mutualité rembourse partiellement certains produits (voir 27 à 32).

Les autres soignants

D'autres professionnels de la santé peuvent se rendre au domicile du patient: le médecin généraliste de famille, le kinésithérapeute, l'équipe mobile pour les patients palliatifs (voir 56), etc. Les patients ou leur famille peuvent également faire appel à des gardes malades ou gardes à domicile (voir 56).

Se faire aider pour les tâches quotidiennes (1)

Quand on souffre d'un cancer, il n'est pas toujours évident ni même possible d'assumer tout ou partie des tâches de la vie quotidienne. Heureusement, des aides existent.

Les aides familiales

Les aides familiales accompagnent les patients et leur famille pour accomplir tous les actes de la vie quotidienne. Exemples: toilette non médicale, préparation des repas, donner à manger, repassage, faire les courses, la vaisselle et/ou les lessives, accompagner lors des démarches administratives, aide à l'organisation du budget, aide à la marche et aux déplacements, etc.

BON À SAVOIR

Les centres de coordination des soins et de l'aide à domicile sont accessibles à toute personne malade ayant besoin de soins ou de services à domicile, en collaboration avec le médecin généraliste du patient. Ce sont des services gratuits et accessibles 7j/7 et 24h/24, présents dans chaque région. Des annuaires des centres agréés en Wallonie sont consultables sur www.socialsante.wallonie.be et sur www.cocof.irisnet.be pour la Région de Bruxelles-Capitale.

La mutualité, le CPAS ou le service social de l'hôpital peuvent également renseigner la personne sur les différentes aides qui existent dans sa région.

Si la demande du patient porte exclusivement sur une aide à apporter au niveau de l'entretien régulier de la maison, il sera réorienté vers un service d'aide ménagère (voir 24).

Combien ça coûte?

Le tarif des aides familiales est calculé en fonction des revenus du patient et de la situation familiale. Il est établi par l'assistante sociale sur base d'un barème officiel décidé par la COCOF à Bruxelles et par la Région Wallonne en Wallonie. Il varie entre 0,59 € et 7,81 € de l'heure, auquel il faut ajouter environ 10% du tarif horaire pour les frais de déplacement de l'aide familiale.

COMMENT OBTENIR UNE AIDE FAMILIALE?

1) Le patient adresse sa demande au service de coordination des soins et de l'aide à domicile de sa région ou directement à un service d'aide à domicile près de chez lui.
2) Une assistante sociale est envoyée au domicile du patient pour évaluer, avec lui, ses besoins et la façon la plus adéquate d'y répondre.
3) La nature et les heures de prestation de l'aide familiale sont déterminées par la même assistante sociale, en fonction des besoins du patient et des possibilités du service.

Se faire aider pour les tâches quotidiennes (2)

Les travaux ménagers (rangement, ménage, nettoyage des sols, lessive, etc.) sont effectués par les aides-ménagères. Les services d'aides familiales (voir 23) proposent souvent un service d'aide ménagère à tarif social unique. Mais la formule la plus fréquente est celle des titres-services.

Les titres-services

Le système des titres-services, subventionné par l'État fédéral, permet aux particuliers de disposer d'un travailleur d'une entreprise agréée pour l'exécution de tâches ménagères

- au domicile: nettoyage, lavage des vitres, lessive et repassage, préparation des repas et petits travaux de couture occasionnels;
- en dehors du domicile: livraison des courses, service extérieur de repassage et petits travaux de couture occasionnels.

Combien?

Les 400 premiers titres-services coûtent 9 € par heure de prestation. Au-delà, ils reviennent à 10 €. Notons que seuls les 150 premiers titres-services peuvent faire l'objet d'une déduction fiscale partielle. En 2013, un ménage était autorisé à acheter maximum 1.000 titres-services par an. Cependant, certaines catégories de personnes, notamment les familles monoparentales, pouvaient en acheter jusqu'à 2.000 par an.

Et les repas?

Quand le patient n'a plus la possibilité de cuisiner lui-même, quatre «formules» peuvent l'aider:

- l'aide familiale (voir 23) peut préparer les repas et aider le patient qui aurait des difficultés à s'alimenter seul;
- l'aide-ménagère (voir ci-dessus) peut préparer des repas;
- les CPAS des communes organisent la livraison de repas à domicile;
- les services traiteurs ainsi que certains supermarchés proposent également de livrer des repas à domicile.

COMMENT OBTENIR DES TITRES-SERVICES?

1) La personne s'inscrit (gratuitement) auprès de la société Sodexo, soit par internet (www.titres-services-onem.be), soit au moyen d'un formulaire d'inscription. Celui-ci est disponible sur le site susmentionné, dans les agences locales pour l'emploi, auprès des entreprises de titres-services agréées ou en téléphonant au 02 547 54 95.
2) Une fois la confirmation de son inscription reçue, la personne achète ses titres-services (minimum 10) auprès de Sodexo.
3) La personne prend rendez-vous avec une entreprise agréée qui met l'un de ses travailleurs à sa disposition.
4) Lorsque le travailleur a effectué sa prestation, la personne lui remet un titre-service par heure prestée. Il existe également un système de «portefeuille électronique».

Le forfait «maladie chronique»

Les malades chroniques bénéficient d'un forfait annuel leur permettant de supporter les coûts supplémentaires de leurs soins de santé. Pour être considéré comme tel, le patient chronique doit:

- supporter des frais importants (1),
- et être dans un état de «dépendance» à cause de sa maladie (2).

Le montant de ce forfait est défini sur base de certains critères médicaux pour la maladie chronique auquel le patient correspond et sur base de sa dépendance.

Les conditions d'octroi

(1) Lorsque la personne reçoit déjà une intervention majorée (BIM, voir 6), elle doit avoir payé 365 € par an en tickets modérateurs pendant deux années consécutives. Lorsque la personne ne reçoit pas encore d'intervention majorée, elle doit avoir payé pendant deux années consécutives 450 € de tickets modérateurs. Attention, seuls les tickets modérateurs du malade chronique sont comptabilisés, et non ceux des personnes à sa charge (enfant(s), conjoint(e), etc.).

(2) La personne doit se trouver dans un état de «dépendance» durant l'année civile en cours. C'est le cas dans les situations suivantes:

- le malade a reçu un accord du médecin-conseil pour un traitement de kinésithérapie pour une pathologie lourde (liste E) ou pour des soins infirmiers (forfait B ou C);
- le malade a été longtemps ou souvent hospitalisé;
- le malade a droit à une allocation spécifique.

Quel est le montant de ce forfait?

Le montant du forfait varie en fonction du critère de «dépendance». Il peut être payé à 100, 150 ou 200%:

- Paiement à 100% (soit 296 € au 1er janvier 2013), pour ceux qui...
  - ont reçu un traitement de kinésithérapie durant 6 mois pour une pathologie de la liste E,
  - bénéficient d'allocations familiales pour un enfant handicapé,
  - ont été hospitalisés au moins 120 jours ou 6 fois (indépendamment de la durée) durant l'année en cours et la précédente.
- Paiement à 150% (soit 440,01 € au 1er janvier 2013), pour ceux qui...
  - reçoivent une allocation pour personnes handicapées ou âgées,
  - bénéficient d'une intervention pour l'aide d'un tiers.
- Paiement à 200% (soit 592 € au 1er janvier 2013), pour ceux qui ont bénéficié d'un forfait B ou C pour des soins infirmiers durant au moins 3 mois.

COMMENT OBTENIR LE FORFAIT MALADIE CHRONIQUE?

Aucune démarche n'est à effectuer. La mutualité verse automatiquement ce forfait aux personnes qui remplissent les conditions.

Les forfaits «antidouleurs»

Les médicaments sont répartis en différentes catégories sur base de leur utilité sociale et de leur valeur thérapeutique. C'est sur base de cette classification que la quote-part du patient est fixée… et donc dans quelle mesure l'INAMI les rembourse.

Les catégories de médicaments

- Catégorie A = médicaments indispensables, entièrement remboursés, pour lesquels le patient ne paye aucune quote-part personnelle. S'il existe un générique, mais que le patient souhaite prendre la «marque», il devra supporter la différence de prix entre les deux.
- Catégorie B = médicaments utiles dans le domaine social et médical. Le patient paye 15% du prix pour les BIM avec un maximum fixé ou 25% du prix pour les bénéficiaires ordinaires avec un maximum fixé.
- Catégorie C = médicaments qui ne sont pas jugés indispensables. Le patient paye 50% du prix pour les BIM avec un maximum fixé ou 50% du prix pour les autres avec un maximum fixé.
- Catégorie Cs = médicaments pour le traitement d'affections vasculaires ainsi que vitamines B2, B6. Le patient paye 60% du prix pour tous les assurés et sans maximum.
- Catégorie Cx = catégorie de transition. Le patient paye 80% du prix, quel que soit son statut.
- Catégorie D = médicaments non remboursables.

BON À SAVOIR

Les montants restant à charge du patient pour les catégories A, B, C, les préparations magistrales remboursables, les pansements actifs (voir 27) et le forfait antidouleurs entrent tous dans le calcul du MàF (voir 12).

Les médicaments antidouleurs

Normalement, les médicaments antidouleurs font partie de la catégorie D; ils ne sont pas remboursés. Heureusement, depuis le 1er juillet 2007, dans le cadre de douleurs chroniques pour certaines pathologies, dont le cancer, certains analgésiques (repris sur une liste éditée par l'INAMI) peuvent être remboursés à concurrence de 20% du prix public.

COMMENT OBTENIR LE FORFAIT ANTIDOULEUR?

1) Le médecin traitant du patient complète et signe une notification qu'il adresse ensuite au médecin-conseil de la mutualité.
2) Une autorisation qui permet au pharmacien d'appliquer la réduction à travers le tiers payant est alors délivrée pour une période d'un an.

Pansements et bas

Certains patients atteints d'un cancer peuvent avoir besoin de pansements actifs [1] ou de bas élastiques thérapeutiques pour les jambes. Pour peu qu'ils entrent dans les conditions, ces produits peuvent leur être partiellement remboursés par la mutualité.

Les pansements actifs

Les patients atteints de plaies chroniques (plaies insuffisamment guéries après 6 semaines de traitement) peuvent bénéficier:

- d'un forfait d'une vingtaine d'euros par mois (22,59 € au 1er janvier 2013),
- d'une intervention supplémentaire de 0,25 € par pièce pour certains pansements.

Le forfait est accordé pour trois mois maximum mais est renouvelable trois fois (soit neuf mois en tout).

Les coûts des pansements encore à charge du patient sont pris en considération pour le maximum à facturer.

COMMENT OBTENIR LE FORFAIT PANSEMENTS?

1) Le médecin traitant doit envoyer une notification complétée et signée (avec justification en cas de renouvellement) au médecin-conseil de la mutualité.
2) Le médecin doit ajouter la mention «tiers payant applicable» sur les prescriptions destinées au pharmacien, afin que celui-ci déduise directement les 0,25 € de la part à charge du patient.

[1] Les pansements dits actifs gardent un milieu humide contrôlé (ni trop ni trop peu), ce qui permet une guérison plus rapide de la plaie.

Les bas élastiques thérapeutiques

L'assurance maladie obligatoire prévoit un remboursement pour des bas élastiques thérapeutiques pour les jambes dans certains cas, par exemple en cas d'œdème après traitement par rayon de la région inguinale (le pli de l'aine).

La première prescription doit émaner d'un médecin spécialiste en chirurgie, en médecine interne, en gynécologie-obstétrique, en médecine physique et revalidation, en radiothérapie, en pédiatrie ou en oncologie médicale.

Pour le renouvellement (tous les 6 mois, 2 bas par jambe traitée – non fournis simultanément), une prescription du médecin traitant suffit.

Une intervention forfaitaire unique pour un enfileur de bas (un cadre indéformable qui aide à enfiler ce type de bas) est prévue, pour laquelle aucune prescription médicale n'est exigée.

COMMENT SE FAIRE REMBOURSER DES BAS THÉRAPEUTIQUES?

1) Le médecin spécialiste rédige la prescription en précisant la nature de l'affection, la jambe concernée et la classe de compression (il y en a quatre) nécessaire.
2) Le patient se rend chez un bandagiste agréé qui va prendre ses mesures, poser le(s) bas, lui expliquer comment les enfiler et les entretenir et lui délivrer le produit.
3) Le bandagiste rédige une attestation de délivrance que le patient ou son représentant légal doit signer.
4) Le remboursement de la mutuelle se fait sur base de la prescription médicale et de l'attestation de délivrance. Le patient doit donc les conserver et les lui transmettre.

Le forfait «incontinence» pour personnes dépendantes

Certains cancers et certains traitements peuvent provoquer une incontinence plus ou moins prolongée. Au cas où celle-ci devient chronique, les personnes qui souffrent d'incontinence peuvent bénéficier d'un forfait annuel de la mutualité pour couvrir une partie des frais liés au matériel d'incontinence.

Qui a droit au forfait incontinence?

Les personnes souffrant d'incontinence peuvent prétendre à ce forfait dans deux cas de figure:

- le médecin-conseil de la mutualité a donné son accord pour des soins infirmiers à domicile (forfait B ou C avec un score de 3 ou 4 à l'échelle de Katz [1] pour les critères d'incontinence) pour une période d'au moins 4 mois au cours des 12 mois précédents;
- la personne ne reçoit pas de soins infirmiers à domicile, mais est assistée par un tiers. Dans ce cas, le médecin-conseil reconnaît l'état d'incontinence sur base d'une demande du médecin traitant ou d'une infirmière. Les critères et l'échelle d'évaluation sont les mêmes que ceux décrits ci-dessus.

Remarque: les personnes séjournant en maison de repos et de soins (MRS), maison de repos pour personnes âgées (MRPA) ou maison de soins psychiatriques (MSP) ne sont pas concernées par ce forfait.

[1] L'échelle de Katz est une méthode d'évaluation du degré de dépendance d'une personne.

Quel est le montant de ce forfait?

Le forfait incontinence s'élevait à 486,39 € au 1er janvier 2013. Il est versé une fois par an sur le compte de l'assuré(e). Aucune démarche n'est à effectuer. La mutualité verse cette intervention automatiquement aux personnes qui remplissent les conditions, et celle-ci est renouvelée chaque année à la même date.

Forfait pour l'incontinence non traitable

L'INAMI prévoit également un forfait de 150 € par an pour incontinence non traitable pour les assurés n'entrant pas en ligne de compte pour le forfait incontinence déjà existant, pour autant qu'ils satisfassent à certaines conditions. Le forfait peut être alloué à toute personne souffrant d'incontinence urinaire reconnue durable et incurable par son médecin généraliste.

COMMENT OBTENIR LE FORFAIT INCONTINENCE NON TRAITABLE?

Son octroi n'est pas automatique! Un formulaire de demande d'intervention peut être obtenu auprès de la mutualité, que le médecin généraliste se chargera de compléter. Il faut ensuite le retourner au médecin-conseil de la mutualité. Le forfait, payé une fois par an, sera accordé pour une période de trois ans si le patient répond annuellement aux conditions d'octroi. Cette vérification est faite par la mutualité. Le patient ne doit donc pas se soumettre à un examen annuel.

La nutrition artificielle

Que ce soit à cause de la maladie même ou des traitements, certaines personnes atteintes de cancer ne peuvent plus s'alimenter par la bouche. Elles ont donc besoin d'être nourries «artificiellement».

Les techniques

Il existe deux grandes techniques: l'alimentation entérale et l'alimentation parentérale.

- L'alimentation entérale consiste à alimenter le patient par le tube digestif au moyen d'une sonde reliée à l'estomac ou l'intestin. C'est par là que la nourriture, une préparation liquide, est administrée au goutte-à-goutte ou à l'aide d'une pompe, sans que le patient ne doive avaler. La sonde est d'abord introduite par le nez, mais si la nutrition artificielle se prolonge, elle est insérée à travers la paroi abdominale lors d'une intervention. Ce qui augmente le confort car la sonde ne passe plus par la bouche.
- L'alimentation parentérale est envisagée lorsque le tube digestif ne peut être utilisé ou que les intestins n'absorbent plus correctement les nutriments présents dans la nourriture. Les aliments sont directement perfusés dans le sang via un cathéter, un tuyau inséré dans une veine.

BON À SAVOIR

Pour l'alimentation entérale, l'intervention forfaitaire est remboursée chaque mois par la mutualité du patient sur présentation des factures payées par celui-ci.

Par contre, pour l'alimentation parentérale, le système du tiers payant est d'application. C'est-à-dire que l'hôpital qui fournit les poches d'alimentation se fait directement payer par la mutualité.

Suivi à domicile

La nutrition artificielle à la maison nécessite un suivi rapproché et une logistique. Le suivi est généralement assuré par l'infirmier ou l'infirmière à domicile. Dans certains hôpitaux, des infirmières de référence en nutrition artificielle peuvent également aider à la mise en place ou au maintien de la nutrition artificielle à domicile.

En cas d'alimentation parentérale, le matériel et les poches d'alimentation doivent être récupérés chaque semaine à l'hôpital.

Remboursements

L'INAMI prévoit, sous certaines conditions, des interventions forfaitaires pour les poches d'alimentation et une partie du matériel. Le montant de ces forfaits journaliers varie en fonction de la composition du liquide administré et du matériel utilisé.

L'assurance complémentaire de certaines mutualités offre également une intervention forfaitaire mensuelle supplémentaire dans les frais restant à charge du patient bénéficiant d'une alimentation entérale administrée par sonde.

OBTENIR LES FORFAITS POUR L'ALIMENTATION ENTÉRALE OU PARENTÉRALE

1) Le médecin envoie le formulaire de demande ad hoc au médecin-conseil de la mutualité du patient.
2) Si le patient répond aux conditions d'octroi, l'intervention forfaitaire lui est accordée pour une période d'un an maximum.
3) Sur base d'une nouvelle demande, l'accord du médecin-conseil peut être renouvelé pour une nouvelle période d'an an.

Le prêt et l'achat de matériel

Les personnes atteintes d'un cancer peuvent avoir besoin, ponctuellement ou durablement, de matériel médical ou paramédical.

Se faire prêter du matériel

Les mutualités ont toutes un service de prêt de matériel paramédical et de revalidation: aides à la mobilité (béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, etc.), baxter, lit d'hôpital avec accessoires, aérosol, etc.

Certains produits sont également disponibles à la vente: rehausseur de W.-C., matériel d'incontinence, chaise percée, matelas anti-escarres, etc.

Le matériel à usage unique ou personnel

Pour des raisons évidentes d'hygiène et de sécurité, certains produits sont à usage unique ou strictement personnels: les aiguilles de perfusion, les pansements, les sondes, etc. Certains font l'objet de remboursement par la mutualité.

Se faire rembourser du matériel

Si le patient va faire un usage durable, voire définitif de certains équipements (des béquilles, par exemple), l'achat peut être envisagé. Là encore, de nombreuses mutualités disposent d'une boutique en ligne.

L'INAMI rembourse, sous certaines conditions, le matériel d'aide à la mobilité. Pour cela, le patient doit effectuer certaines démarches (examen médical, visite du médecin-conseil, etc.) afin de démontrer qu'il souffre d'une limitation certaine de sa mobilité (pour marcher, se lever, etc.). Celle-ci doit être soit irréversible, soit d'une durée au moins égale au délai de renouvellement du matériel prévu par l'INAMI.

Les organismes régionaux pour les personnes avec handicap (AWIPH, PHARE, VAPH) peuvent également intervenir. Là encore, il faut prouver que la maladie et/ou les traitements altèrent la capacité à poser certains gestes du quotidien.

Perruques et prothèses capillaires

Plusieurs traitements anticancer ont comme effet secondaire la perte partielle ou totale des cheveux. Bien que celle-ci soit provisoire – les cheveux repoussent dès la fin des traitements – ce n'est pas facile à vivre pour les patient(e)s. Raison pour laquelle l'assurance-maladie a prévu une intervention financière dans l'achat d'une perruque ou prothèse capillaire.

Les conditions d'octroi

Cette intervention est valable pour toute personne subissant une calvitie correspondant à l'un de ces trois types:

- calvitie totale suite à une chimiothérapie,
- calvitie avec pelade d'une superficie de plus de 30% suite à une chute de cheveux par plaque,
- calvitie d'une superficie de plus de 30% suite à un traumatisme d'ordre divers.

BON À SAVOIR

Dans le cadre de l'assurance complémentaire, certaines mutualités peuvent octroyer une aide financière supplémentaire pour les perruques et prothèses capillaires. Plus d'infos auprès de la mutualité du patient.

À combien s'élève cette intervention?

Le montant pris en charge par la Sécurité Sociale est de:

- 180 € maximum en cas de calvitie due à une chimiothérapie, à une pelade (plus de 30%), à une alopécie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire (plus de 30%);
- 270 € maximum dans le cas d'une alopécie cicatricielle d'origine radiothérapeutique.

Ces remboursements sont valables depuis le 1er février 2009 et sont renouvelables tous les deux ans.

COMMENT OBTENIR LE REMBOURSEMENT?

Deux cas de figure:

- Si la calvitie est due à une chimiothérapie, le patient remet la prescription du médecin traitant et la facture de la perruque à la mutualité.
- Dans les autres cas, le patient remet la prescription du dermatologue et l'«attestation de fourniture» du bandagiste à la mutualité.

Prothèses et implants mammaires

Dans près d'un tiers des cancers du sein, la mammectomie (ablation d'un sein) est nécessaire. Afin que celle-ci ne se voie pas, la patiente peut glisser dans son soutien-gorge une prothèse mammaire externe. L'assurance-maladie intervient financièrement dans l'achat d'une telle prothèse.

Les différentes prothèses

Il existe plusieurs types de prothèses mammaires externes:

- La prothèse postopératoire est fabriquée avec des matériaux doux qui n'irritent pas la cicatrice. Elle peut être mise durant les premiers jours après l'opération et est entièrement remboursée.
- La prothèse provisoire s'approche plus de la forme naturelle du sein que la prothèse postopératoire. Elle peut être mise au plus tôt 6 semaines après l'opération et est elle aussi entièrement remboursée.
- La prothèse définitive peut être commandée au plus tôt un an après la livraison de la prothèse provisoire.

La patiente peut ensuite commander et se faire rembourser (partiellement) une nouvelle prothèse tous les deux ans.

BON À SAVOIR

Il faut différencier la prothèse mammaire externe de l'implant mammaire, utilisé dans le cadre d'une reconstruction mammaire (suite à une mammectomie ou une tumorectomie). Cet acte de chirurgie esthétique est totalement remboursé par l'assurance-maladie.

À combien s'élève l'intervention pour la prothèse définitive?

En 2013, l'intervention pour une prothèse mammaire externe variait de 135,69 € à 183,74 € suivant que:

- la prothèse soit partielle ou totale,
- le bandagiste soit conventionné ou non.

COMMENT OBTENIR LE REMBOURSEMENT D'UNE PROTHÈSE DÉFINITIVE?

1) Le médecin traitant de la patiente lui fait une prescription médicale pour une prothèse mammaire externe.
2) La patiente prend rendez-vous avec un bandagiste agréé (voir 48) dans une firme orthopédique ou un magasin spécialisé. Ce dernier voit avec elle le modèle de prothèse le plus approprié à sa morphologie.
3) Le paiement peut s'effectuer de deux façons:
   - soit avec le système du tiers payant (la patiente ne paie rien);
   - soit la patiente paie la prothèse et se fait ensuite rembourser par sa mutualité. Pour cela, elle doit envoyer à celle-ci la prescription de la prothèse, ainsi que l'«attestation de fourniture» du bandagiste, datée et signée par la patiente.

Aides au logement (1) en Wallonie

En Wallonie, il existe plusieurs mécanismes qui peuvent, sous certaines conditions, aider certaines catégories de la population à se loger ou à aménager leur logement. Voici les principaux organismes.

Le Département Logement de la Région wallonne

Le Département Logement et la Direction générale opérationnelle de la Région wallonne peuvent octroyer, sous certaines conditions, certaines aides et primes pour le logement. Exemples:

- L'allocation de déménagement et de loyer (ADeL) est une prime allouée aux personnes quittant un logement surpeuplé ou inhabitable pour louer une habitation salubre, ainsi qu'aux personnes handicapées ou ayant un enfant handicapé à charge et dont le logement est inadapté.
- L'assurance contre la perte de revenus permet à une personne qui perdrait son emploi ou qui se retrouve en incapacité de travail de continuer à rembourser son prêt hypothécaire. Valable au cours des huit premières années du remboursement du prêt, pour une durée de trois ans, à hauteur de 6.200 € maximum par an.
- Il existe de nombreuses aides et primes au logement en Région wallonne (primes de réhabilitation, double vitrage, etc.) octroyées en fonction des revenus et de la situation personnelle.

Plus d'infos sur www.wallonie.be (rubrique «Énergie et Logement»/«Logement»).

La Société wallonne du Logement

La Société wallonne du Logement (SWL) vend et loue des logements sociaux à destination d'un public plus fragilisé. Les personnes âgées ou porteuses d'un handicap peuvent bénéficier de conditions particulières pour l'octroi d'un logement social ou adapté.

Plus d'infos sur www.swl.be (voir «Sociétés de logement»).

La Société wallonne du Crédit social

La Société wallonne du Crédit social (SWCS) propose des crédits sociaux, c'est-à-dire des prêts hypothécaires à des taux réduits pour l'achat de logements modestes.

Plus d'infos sur www.swcs.be.

Le Fonds du logement des familles nombreuses de Wallonie

Le Fonds du logement des familles nombreuses de Wallonie (FLW) propose des crédits hypothécaires sociaux aux familles nombreuses, afin de les aider à accéder à la propriété, et des prêts pour améliorer les performances énergétiques de leur habitation. Le FLW propose également des aides à la location.

Plus d'infos sur www.flw.be

L'AWIPH

L'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH) octroie différentes aides à l'aménagement d'une habitation pour pallier les difficultés liées à l'état de santé de l'un de ses occupants. Les démarches doivent cependant être entamées avant l'âge de 65 ans.

Plus d'infos sur www.awiph.be.

Aides au logement (2) à Bruxelles

À Bruxelles, il existe plusieurs mécanismes qui peuvent, sous certaines conditions, aider certaines catégories de la population à se loger ou à aménager leur logement. Voici les principaux organismes.

La Direction du Logement de la Région de Bruxelles-Capitale

- L'allocation de déménagement-installation et d'intervention dans le loyer (ADIL) est une prime attribuée aux locataires qui déménagent à cause de l'insalubrité, l'étroitesse ou l'inadaptation de leur habitat aux personnes à mobilité réduite, pour cause d'âge ou de handicap.
- Il existe de nombreuses aides et primes au logement en Région de Bruxelles-Capitale: prime à la rénovation de l'habitat, primes énergie, primes et aides communales, prêt vert bruxellois, incitants fiscaux, etc.

Plus d'infos sur www.logement.irisnet.be.

La Société du Logement de la Région de Bruxelles-Capitale

Pour obtenir un logement social, il faut d'adresser aux sociétés immobilières de service public (SISP). Ce sont elles qui louent les logements sociaux aux personnes seules et aux ménages disposant de faibles revenus et ayant des difficultés à se loger dans les 19 communes de la Région.

Plus d'infos sur www.logement.irisnet.be.

Le Fonds du Logement

Le Fonds du Logement propose des crédits sociaux, c'est-à-dire des prêts hypothécaires à des taux réduits aux ménages à revenus modestes ou moyens pour l'achat de logements.

Plus d'infos sur www.fondsdulogement.be.

Le service PHARE

Le service Personne Handicapée Autonomie Recherchée (PHARE) octroie différentes aides liées à l'aménagement d'une habitation pour pallier les difficultés liées à l'état de santé de l'un de ses occupants.

Plus d'infos sur www.phare.irisnet.be.

Le tarif social gaz et électricité

Le tarif social pour le gaz et l'électricité est automatiquement attribué à certaines catégories de la population. Le SPF Économie collecte les données auprès des différentes instances (fournisseurs d'énergie, Registre national, Banque Carrefour, Sécurité Sociale) et informe les fournisseurs d'énergie concernés. Peu importe qui est le fournisseur d'énergie, il doit facturer le tarif social maximum aux ménages qui y ont droit. Ce prix maximum est le même chez tous les fournisseurs d'énergie.

À combien s'élèvent les tarifs sociaux?

Les tarifs sociaux varient au gré des prix du marché. À titre indicatif, au second semestre 2013, selon qu'ils soient soumis au système mono-horaire ou bi-horaire (jour/nuit), le tarif social de l'électricité se situait entre 13,40 et 16,677 €/kWh TVAC (hors cotisation fédérale et redevance de raccordement en Wallonie).

Les tarifs sociaux actuels peuvent être consultés sur le site www.creg.be (rubrique «Consommateurs»/«Tarifs sociaux»).

Qui peut en bénéficier?

Pour le gaz et l'électricité, trois catégories de personnes peuvent bénéficier du tarif social:

Catégorie 1: Les bénéficiaires d'une allocation du SPF Sécurité Sociale – DG Personnes handicapées (voir 60). C'est-à-dire:

- une allocation pour personnes handicapées suite à une incapacité permanente de travail de 65%;
- une allocation familiale majorée (voir 10);
- une allocation pour l'aide d'une tierce personne;
  - > une allocation d'aide aux personnes âgées (AAPA);
  - > une allocation de remplacement de revenus (ARR);
  - > une allocation d'intégration (AI).

Catégorie 2: Les bénéficiaires d'une allocation de l'Office national des Pensions. C'est-à-dire:

- une allocation pour personnes handicapées suite à une incapacité permanente de travail d'au moins 65% (une allocation complémentaire ou une allocation de complément du revenu garanti);
- une garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA);
- un revenu garanti aux personnes âgées;
- une allocation pour l'aide d'une tierce personne.

Catégorie 3: Les bénéficiaires d'une allocation octroyée par le Centre Public d'Action Sociale (CPAS). C'est-à-dire:

- un revenu d'intégration (RIS, «minimex»);
- une aide sociale financière équivalente au RIS (personnes inscrites au Registre des étrangers);
- une aide sociale partiellement ou totalement prise en charge par l'État fédéral;
- une avance sur la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou sur une allocation de personne handicapée.

Les immeubles à appartements

Pour le gaz, il existe une 4e catégorie: les locataires qui habitent dans un immeuble à appartements dont le chauffage au gaz naturel est assuré par une installation collective, lorsque les logements sont donnés en location à des fins sociales par une société de logement reconnue.

Dans ce cas, la personne ne reçoit pas automatiquement le tarif social: elle doit s'adresser au propriétaire ou au gestionnaire de l'immeuble à appartements pour vérifier si le tarif social est effectivement appliqué.

BON À SAVOIR

Plus d'infos sur les conditions d'octroi du tarif social gaz et électricité après des CPAS, de l'Office national des pensions: www.rvponp.fgov.be – N° gratuit: 1765 et du SPF Sécurité Sociale – DG Personnes handicapées (voir 60).

L'allocation de chauffage

Le Fonds Social du Chauffage intervient partiellement dans la facture de chauffage des personnes qui se trouvent dans une situation difficile. Sont concernées les factures payées pour

- le gasoil de chauffage («mazout») en vrac ou à la pompe [1],
- le pétrole lampant à la pompe,
- le gaz propane en vrac.

Le gaz naturel, le gaz propane en bonbonne et le gaz butane en bonbonne ne sont PAS concernés.

À combien s'élève cette intervention?

Le montant dépend du type de chauffage, du prix du litre et de la catégorie à laquelle le bénéficiaire appartient. Le maximum que l'on peut prendre en compte est 1.500 litres par année civile, mais il n'y a pas de minimum.

Qui peut en bénéficier?

Trois catégories de personnes peuvent bénéficier du Fonds Social pour le Chauffage:

- les personnes qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance maladie-invalidité (BIM et OMNIO, voir 6 à 8);
- les ménages à faibles revenus, c'est-à-dire dont le montant annuel des revenus imposables bruts est inférieur ou égal à 16.965,47 €, majorés de 3.140,77 € par personne à charge;
- les personnes surendettées et bénéficiaires d'une médiation de dettes ou d'un règlement collectif de dettes et qui sont dans l'incapacité de payer leur facture de chauffage.

[1] Le combustible est dit «en vrac» quand il s'agit de remplir une citerne et «à la pompe» quand le combustible est acheté en petites quantités, dans des bidons de 5 ou 10 litres.

COMMENT BÉNÉFICIER DU SOUTIEN DU FONDS SOCIAL CHAUFFAGE?

1) La personne s'adresse au CPAS de sa commune dans les 60 jours suivants la livraison.
2) Le CPAS fait les vérifications nécessaires et demande à la personne une copie de la facture ou du bon de livraison, la carte d'identité et la preuve des revenus du ménage: l'avertissement extrait de rôle le plus récent, la fiche de paie la plus récente, l'attestation d'allocation sociale perçue la plus récente, etc.
3) Si elle rentre dans les conditions, la personne reçoit l'intervention du Fonds Social Chauffage.

Plus d'infos sur www.fondschauffage.be ou au 0800 90 923 (numéro vert).

Le tarif téléphonique social

Le tarif téléphonique social est une réduction accordée sur la facture de téléphonie fixe, mobile ou internet à certaines catégories de personnes.

En 2013, les opérateurs tenus de fournir le tarif social aux personnes répondant aux conditions sont Belgacom/Proximus, KPN Group Belgium (BASE), Mobistar, Scarlet, Telenet et VOO.

Qui peut en bénéficier?

Les personnes entrant en ligne de compte pour ce tarif sont

- les personnes âgées de 65 ans ou plus répondant à certaines conditions de cohabitation et de revenus;
- les personnes de 18 ans ou plus, handicapées à au moins 66% ou avec au moins 9 points de perte d'autonomie répondant à certaines conditions de cohabitation et de revenus;
- les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS ou «minimex»);
- les déficients auditifs ou laryngectomisés;
- les aveugles militaires de guerre.

Les réductions

Les personnes qui répondent aux conditions bénéficient de:

- 50% de réduction sur le raccordement à une ligne fixe;
- une réduction de 8,40 € par mois sur les frais d'abonnement et de 3,10 €/mois sur les communications;
- s'il y a deux opérateurs différents (un pour l'abonnement, un autre pour les communications), l'opérateur qui facture les communications donne une réduction de 11,50 €/mois sur celles-ci.

COMMENT OBTENIR LE TARIF SOCIAL?

1) La personne fait la demande à son opérateur.
2) L'opérateur demande les données nécessaires à la Banque Carrefour ou à l'Institut belge des services postaux et des télécommunications (IBPT).
3) Si la Banque Carrefour ou l'IBPT donne son accord, l'opérateur applique le tarif social.

Plus d'infos sur www.ibpt.be (menu «Télécom», rubrique «Consommateurs»/«Tarifs sociaux»).

L'exonération de la redevance télévision

La redevance télévision est une redevance annuelle qui concerne toutes les personnes détenant une télévision en Wallonie [1]. Elle ne doit être acquittée qu'une seule fois par habitation privée, et ce, quel que soit le nombre d'appareils (100 €/an).

Qui peut être exonéré?

Certaines catégories de la population peuvent toutefois être exonérée de cette taxe. Il s'agit des

- bénéficiaires BIM et OMNIO;
- bénéficiaires du Revenu Garanti aux personnes âgées (GRAPA);
- bénéficiaires du revenu d'intégration (RIS);
- invalides graves et permanents les rendant incapables de quitter seuls leur résidence;
- invalides reconnus à 80% ou plus;
- invalides de guerre;
- aveugles, sourds, muets et laryngectomisés.

Quand et à qui la demander?

La demande d'exonération doit parvenir au service de perception avant la date limite de paiement fixée dans l'invitation à payer la redevance. Il faut s'adresser à la Direction générale opérationnelle de la Fiscalité – Département de la fiscalité spécifique: 29, avenue du Gouverneur Bovesse – 5100 Namur – Tél.: 081 33 02 11 – Fax: 081 33 00 01 – e-mail: redevancetv@spw.wallonie.be.

[1] Cette taxe n'existe plus en Flandre et à Bruxelles.

Avantages fiscaux (1)

Les personnes qui ont été reconnues comme ayant un handicap peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'un certain nombre d'avantages fiscaux.

Réduction de l'impôt des personnes physiques

Les personnes qui disposent d'une reconnaissance de 66% d'invalidité (ou degré de handicap), constatée avant l'âge de 65 ans par la DG Personnes handicapées, ont droit à une réduction de l'impôt des personnes physiques (IPP).

Pour cela, il faut joindre une attestation médicale de la DG Personnes handicapées à la déclaration d'impôt.

En pratique, la réduction correspond à une bonification sur la somme non imposable. À titre indicatif, pour l'année d'imposition 2010 (revenus 2009), cela représentait 6.690 € pour un revenu imposable inférieur à 23.900 € et 6.430 € pour les contribuables qui avaient un revenu imposable supérieur à 23.900 €.

Exonération de la taxe régionale à Bruxelles

Les personnes handicapées (handicap ou incapacité de travail d'au moins 66% ou diminution d'autonomie de 9 points) qui habitent en Région bruxelloise bénéficient d'une exonération de la taxe régionale à charge des chefs de ménage. À titre indicatif, en 2013, cette taxe forfaitaire s'élevait à 89 €. Pour obtenir cette exonération, le chef de ménage doit prendre contact par écrit avec la Direction de l'Enrôlement ou télécharger le formulaire de demande sur le site www.bruxelles.irisnet.be (rechercher «Taxes à charge des chefs de ménage»).

Avantages provinciaux

Chaque province octroie directement des primes et avantages aux personnes handicapées. Exemple: exonération de la taxe provinciale, prime d'adaptation, etc.

Pour obtenir des informations quant aux conditions, procédures de demande et attestations officielles requises, le patient peut entrer directement en contact avec la province où il réside:

- Province du Brabant wallon: www.brabantwallon.be,
- Province de Hainaut: www.hainaut.be,
- Province de Liège : www.provincedeliege.be,
- Province de Namur : www.province.namur.be,
- Province de Luxembourg : www.province.luxembourg.be.

Avantages fiscaux (2)

Les personnes qui ont été reconnues comme ayant un handicap peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'un certain nombre d'avantages fiscaux, notamment concernant les taxes d'habitation.

Réduction du précompte immobilier

- En Wallonie: le montant de la réduction accordée est de 125 € si le chef de famille est handicapé et de 250 € pour chaque personne handicapée à charge. La réduction doit, dans tous les cas, bénéficier à l'occupant de la maison, qu'il en soit propriétaire ou locataire. Si le locataire entre dans les conditions de réduction du précompte immobilier, le propriétaire doit donc lui rétrocéder cet avantage en la déduisant du loyer. Ces réductions s'obtiennent sur demande du contribuable au moyen de formulaires disponibles dans les bureaux de recettes des contributions du SPF Finances ou téléchargeables sur www.myminfin.be.
- En Région bruxelloise: la perception du précompte immobilier s'y fait via l'autorité fédérale. Qu'il soit locataire ou propriétaire, l'occupant de la maison peut bénéficier d'une réduction sur base de trois critères: «habitation modeste», «invalide de guerre OU chef de famille handicapé» et «personne(s) à charge». La demande doit être faite dans les trois mois après réception de l'avis d'imposition, en adressant une réclamation écrite au Directeur Régional des Contributions directes. Plus d'infos sur www.myminfin.be.

Réduction des droits d'enregistrement

Quand une personne achète un logement, elle doit payer des droits d'enregistrement, qui s'élèvent généralement à 12,5% du prix d'achat.

- En Wallonie: une personne qui achète une maison dont le revenu cadastral (RC) est inférieur à 745 € peut bénéficier d'une diminution de ces droits d'enregistrement de 12,5% à 6%. Le montant du RC donnant droit à la réduction est majoré à partir de trois enfants à charge, les enfants atteints à 66% au moins d'une insuffisance ou diminution de capacité physique ou mentale comptant pour deux. Plus d'infos auprès de la commune où se situe le bien.
- En Région bruxelloise: une réduction des droits d'enregistrement est prévue pour toute personne, handicapée ou non, qui répond aux conditions suivantes:
  - ne pas être propriétaire d'un autre logement à moins de s'engager à le revendre dans les 2 ans;
  - en faire sa résidence principale dans les 2 ans de l'acquisition;
  - résider au moins 5 ans en Région bruxelloise.

Aller et revenir de l'hôpital

Les traitements et le suivi du cancer impliquent souvent de nombreux trajets entre le domicile du patient et l'hôpital. L'assurance maladie obligatoire prévoit le remboursement total ou partiel des frais de transport du patient ou de ses parents s'il est mineur.

Les modes de transport

Deux cas de figure:

- Si le patient prend les transports en commun (bus, trams, trains, métro), tout est remboursé.
- Si le patient prend une voiture ou un taxi, la mutualité prévoit un remboursement forfaitaire par kilomètre parcouru entre le domicile du patient et le centre de soins (aller et retour). Au 1er janvier 2013, ce forfait était de 0,25 € par kilomètre.

Évidemment, il doit s'agir de déplacements liés à un traitement par chimiothérapie, radiothérapie ou à une consultation de surveillance.

Se faire accompagner

Si le patient ne sait pas comment se rendre à l'hôpital ou si personne dans son entourage ne peut l'y conduire ou venir l'y rechercher, pas de panique: certains hôpitaux et certaines mutualités proposent un service de transport de malades à un coût très avantageux pour leurs affiliés. Le CPAS de la commune peut également aider.

BON À SAVOIR

La Fondation contre le Cancer tient un annuaire des organisations actives dans le transport médical non urgent. Il est consultable sur www.cancer.be ou via le Cancerphone: 0800 15 801.

Et pour les mineurs?

Les mêmes interventions sont prévues dans le cas d'un enfant de moins de 18 ans hospitalisé pour traitement oncologique. Elles couvrent les coûts d'un trajet aller-retour par jour, pour chaque jour d'hospitalisation. La période d'hospitalisation doit comporter au moins une nuit. Les interventions sont calculées sur base de la distance réelle entre le lieu de résidence effectif de la mère, du père ou du tuteur, et l'hôpital où l'enfant est hospitalisé. L'intervention est octroyée au père, à la mère ou au tuteur légal chez qui l'enfant concerné est inscrit comme personne à charge.

COMMENT SE FAIRE REMBOURSER SES TRAJETS?

1) Le patient demande à sa mutualité le formulaire adéquat.
2) Le patient fait remplir le formulaire par l'hôpital. Y sont mentionnées les dates des traitements et de consultations. Il peut s'adresser à son CSO (voir 21), son infirmière de référence ou l'assistante sociale de l'hôpital.
3) Le patient conserve et rassemble les preuves de paiement de son moyen de transport: notes d'essence pour une voiture, tickets de métro, cartes de train, etc.
4) Pour se faire rembourser, le patient renvoie le formulaire complété et les preuves de paiement à sa mutualité.

La carte de stationnement

La carte de stationnement permet à son détenteur de garer le véhicule qu'il conduit ou dont il est passager

- sur les places de parking réservées aux personnes handicapées,
- sur les places de parking dont la durée est normalement limitée,
- gratuitement dans certaines communes.

Cette carte est personnelle: personne ne peut l'utiliser si son détenteur n'est pas à bord du véhicule.

Qui a droit à la carte de stationnement?

Une personne a droit à la carte de stationnement si elle a été officiellement reconnue comme invalide ou personne handicapée pour l'une des raisons suivantes:

- la personne est invalide permanent
  - à 50% ou plus (invalidité des jambes),
  - à 80% ou plus (autres invalidités);
- la personne est invalide de guerre (civil ou militaire) à 50% ou plus;
- la personne est entièrement paralysée des bras ou a été amputée des deux bras;
- l'état de santé de la personne diminue son autonomie ou sa mobilité.

Dans le cas du cancer, c'est cette dernière condition qui peut peut-être permettre au patient de demander une carte de stationnement.

La réduction de l'autonomie signifie que la personne doit avoir de sérieuses difficultés à accomplir des activités de tous les jours, comme préparer à manger, manger, faire sa toilette, nettoyer, etc.

Le médecin de la DG Personnes handicapées évaluera l'autonomie et la mobilité du demandeur selon un système de points. Il faut obtenir un nombre minimum de points pour pouvoir recevoir la carte de stationnement.

COMMENT OBTENIR UNE CARTE DE STATIONNEMENT?

1) La personne se rend à sa commune pour introduire une demande. L'employé communal enregistre celle-ci et la transmet électroniquement à la DG Personnes handicapées.
2) La personne reçoit de l'employé communal un accusé de réception de sa demande, ainsi qu'un certain nombre de documents, dont une déclaration et un formulaire «Évaluation du handicap». La personne doit les (faire) compléter. Elle a un mois pour les renvoyer à la DG Personnes handicapées.
3) La DG Personnes handicapées examine le dossier et fixe un rendez-vous à la personne dans un centre médical pour évaluer le handicap.
4) La DG prend sa décision et l'envoie à la personne. Si celle-ci est reconnue comme handicapée, elle reçoit une «Attestation de reconnaissance du handicap».

Remarque: si la personne a déjà un dossier à la DG Personnes handicapées et a déjà été reconnue comme personne handicapée, il lui suffit de prendre contact avec la DG Personnes handicapées via le site internet (www.handicap.fgov.be) ou via un centre de contact.

Transport publics (1): les trains

La Société nationale des chemins de fer belges (SNCB) prévoit diverses réductions et facilités pour les personnes présentant des difficultés à se déplacer.

La Carte de réduction Allocation majorée

La Carte d'Intervention majorée est obtenue auprès de la SNCB sur présentation d'une attestation de la mutualité confirmant le statut de BIM ou OMNIO (voir 6 à 8) de la personne. Avec cette carte, celle-ci obtient 50% de réduction en seconde classe.

La Carte «Accompagnateur gratuit»

Avec cette carte, l'accompagnateur du patient voyage gratuitement en seconde classe. Elle doit également être demandée à la SNCB.

BON À SAVOIR

Besoin de plus d'infos? Un dépliant «Services aux personnes à mobilité réduite» est disponible dans les gares et sur le site de la SNCB: www.belgianrail.be (rubrique «Service clientèle»/«Voyageurs à mobilité réduite»).

Le numéro de téléphone central 02 528 28 28 permet également d'obtenir des renseignements concernant les tarifs, les horaires et les services. Le numéro est accessible 7 jours sur 7 de 7 à 21h30.

La Carte de priorité pour l'occupation d'une place assise

Quelques places en première et seconde classes sont prévues pour les détenteurs d'une carte de ce type. Avec cette carte, la personne a la priorité pour occuper ces places. La carte est aussi valable auprès des TEC, de la STIB et de De Lijn.

L'accueil dans les gares et autres facilités

Dans plus de 130 gares, 7 jours sur 7 et du premier au dernier train, une personne peut bénéficier d'une assistance lors de son arrivée en gare. Elle peut la solliciter au moins 24 heures à l'avance via 02 528 28 28 ou via le site de la SNCB. Il suffit d'indiquer la date du voyage, le trajet et le type d'assistance nécessaire. Un SMS gratuit de confirmation peut être envoyé à la personne.

Transport publics (2): TEC et STIB

Certains statuts (BIM, OMNIO, reconnaissance de handicap) permettent de bénéficier de réductions dans les transports publics de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les TEC en Wallonie

En Wallonie, les transports publics sont organisés par la Société Régionale wallonne du Transport (SRWT) qui chapeaute cinq sociétés de Transport en Commun (TEC). Ces sociétés TEC sont indépendantes dans leur gestion quotidienne, mais la politique tarifaire est fixée par la SRWT. Certaines cartes de réduction existent:

- La Carte de réduction Intervention majorée, obtenue auprès de la SNCB (voir 43), peut être présentée auprès d'un agent des TEC lors de l'achat d'une carte de voyage et donne droit à un tarif préférentiel.
- La Carte Accompagnateur gratuit est la même carte que celle obtenue auprès de la SNCB et est également valable dans les bus des TEC.

Plus d'infos sur www.infotec.be.

Les bus 105

Les TEC mettent des minibus et des chauffeurs à disposition des moins-valides. Mais il s'agit là d'un service sur-mesure mis sur pied en collaboration avec la Croix-Rouge et des associations locales. Si la personne souhaite bénéficier de l'un des bus 105 pour un déplacement, elle doit appeler le numéro de la Croix-Rouge (105) et organiser ses trajets directement avec l'association responsable du 105 dans sa région.

La STIB à Bruxelles

La Société des Transports Intercommunaux de Bruxelles (STIB) organise des minibus spéciaux pour le transport des PMR en Région bruxelloise. Il s'agit d'un transport, porte-à-porte, sur demande. La personne paie une petite contribution par voyage, le tarif étant fixé à 1,60 € le trajet. Elle a cependant besoin d'une reconnaissance de handicap délivrée par la DG Personnes Handicapées du SPF Sécurité Sociale (voir 9).

La demande doit être faite un jour ouvrable, entre 8 et 12h, par téléphone (02 515 23 65) ou en envoyant un mail à minibus@mivb.irisnet.be. Plus d'infos sur www.stib.be (rubrique «Mobilité limitée»/«Service Minibus»).

L'accueil dans les stations de métro

Dans certaines stations de métro, la STIB prévoit l'accompagnement des personnes handicapées. Le service est spécifiquement destiné aux personnes pour qui descendre et monter dans le métro peut poser problème. La demande se fait entre un jour et une heure avant le départ. L'accompagnement commence au guichet et dure tout le trajet. Les demandes se font via www.stib.be.

BON À SAVOIR

Le site www.bruxellesmobilite.irisnet.be donne des informations spécifiques sur le transport et le déplacement à Bruxelles des personnes à mobilité réduite. Choisissez dans le menu principal «Se déplacer» et ensuite «PMR», l'acronyme de personnes à mobilité réduite.

L'aptitude à la conduite (CARA)

À cause de la maladie ou des traitements, une personne atteinte de cancer peut éprouver des difficultés à conduire. Pour sa propre sécurité et celle des autres, ses capacités fonctionnelles doivent alors être évaluées.

Qui est concerné?

Toute personne qui présente une diminution des capacités fonctionnelles pouvant influencer la conduite d'un véhicule. C'est-à-dire les patients présentant

- une atteinte au système musculo-squelettique;
- une affection du système nerveux central ou périphérique;
- une affection pouvant provoquer une limitation du contrôle moteur, des perceptions, du comportement et des capacités de jugement.

Qu'est-ce que le CARA?

Le Centre d'Aptitude à la Conduite et d'Adaptation des Véhicules (CARA) est la seule instance en Belgique à pouvoir légalement déterminer dans quelle mesure une personne est apte à conduire un véhicule motorisé. Constitué d'une équipe multidisciplinaire de médecins, de psychologues et d'experts de la route, le CARA évalue les conditions et restrictions de l'aptitude à la conduite d'une personne et soumet les modifications éventuelles à apporter à son véhicule.

Les services du CARA

Le CARA dispense quatre types de services:

1) Avis et attestations: le CARA délivre une «Attestation d'aptitude à la conduite» aux candidats conducteurs et/ou un «avis d'aptitude à la conduite» aux médecins ou instances commissionnés. Les instances compétentes utilisent cette attestation d'aptitude à la conduite pour

adapter, restituer ou conserver un permis de conduire. Le CARA remet également une fiche technique que le patient peut utiliser pour solliciter une intervention financière éventuelle auprès des instances compétentes, de l'entreprise qui réalise les adaptations ou de la compagnie d'assurances.

2) Cours de familiarisation: il est possible que le patient doive suivre des cours de familiarisation à la conduite d'un véhicule adapté, ou pour obtenir le permis de conduire de catégorie B. Via une auto-école, le patient peut s'adresser au CARA pour utiliser gratuitement un véhicule adapté pendant ses leçons. Le CARA dispose également d'un camion adapté pour l'écolage et pour le Fonds Social pour le Transport par Route.

3) Transformations du véhicule: outre la décision d'aptitude à la conduite, le CARA donne également des conseils concernant la transformation du véhicule:

- les aspects ergonomiques des adaptations,
- le transport, tant du passager que du conducteur, dans un siège auto qui n'est pas d'origine (tel un fauteuil roulant),
- l'embarquement du fauteuil roulant,
- le port de la ceinture.

4) Avis d'aptitude à la conduite: le CARA formule des avis à l'intention des autorités nationales et européennes en matière de réglementation et de critères médicolégaux relatifs à l'aptitude à la conduite. Le CARA propose également aux professionnels du secteur (para-)médical des exposés, des documents et des formations sur l'aptitude à la conduite.

COMMENT S'INSCRIRE AU CARA?

1) Le patient et son médecin doivent d'abord remplir le questionnaire médical du CARA, téléchargeable sur le site www.ibsr.be.
2) Le médecin du patient transmet le questionnaire médical complété au médecin du CARA.
3) Dès que le CARA sera en possession de tous les documents, un rendez-vous sera pris avec le patient.

Les transports adaptés (ASTA)

À cause de leur maladie ou de leur handicap, de nombreuses personnes ne peuvent emprunter les transports en commun ni utiliser une voiture individuelle. Pour leur permettre de se déplacer, il existe des services de transport adapté, répartis sur tout le territoire.

L'ASTA

L'Association des Services de Transport Adapté regroupe 22 services de transport adapté pour personnes à mobilité réduite (PMR) de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la communauté germanophone. Les véhicules que ces services utilisent sont spécialement adaptés et équipés pour accueillir les PMR: élévateur, système d'ancrage des voiturettes, etc. Ce qui assure un transport fiable et confortable aux passagers.

Les services de transport adapté travaillent avec des chauffeurs bénévoles et appliquent des tarifs peu élevés. Certains peuvent fonctionner avec des titres-services.

Qui peut en bénéficier?

Pour pouvoir avoir accès aux services de l'ASTA, il faut être considéré comme une personne à mobilité réduite (PMR). C'est-à-dire

- utiliser un fauteuil roulant,
- avoir une incapacité affectant la vue,
- avoir des incapacités motrices qui nécessitent une aide à la marche (des béquilles, par exemple),
- être incapable de s'orienter dans le temps et dans l'espace,
- souffrir d'une maladie invalidante ou d'un handicap mental quelconque.

Tous ces handicaps et invalidités sont admis, qu'ils soient temporaires ou permanents.

COMMENT TROUVER UN TRANSPORT ADAPTÉ?

1) Il faut se rendre sur www.asta.be et cliquer sur l'onglet «Trouver un moyen de transport».
2) Le patient trouve sur la carte le service de transport adapté le plus proche de son point de départ et clique sur l'icône: les coordonnées du service apparaissent.
3) Le patient prend contact directement avec le service et réserve un transport.

Les Centrales des Moins Mobiles (CMM)

Une Centrale des Moins Mobiles (CMM) est un service qui offre des possibilités de transport aux personnes qui, pour des raisons de santé ou de revenus, éprouvent des difficultés à se déplacer.

Qu'est-ce qu'une CMM?

Mise en place par une commune, un CPAS, une mutualité ou une ASBL indépendante, la Centrale des Moins Mobiles propose des trajets en voiture à moindre coût. Il peut s'agir de visites familiales, de courses à faire, d'un rendez-vous chez le médecin ou encore de démarches administratives à la commune. Ce service est possible grâce à des volontaires qui sont libres quelques heures par jour.

Qui peut en bénéficier?

Pour pouvoir bénéficier des services d'une CMM, il faut d'abord en être membre. Pour cela, il faut remplir certaines conditions:

- le revenu de la personne ne peut pas être supérieur à deux fois le revenu d'intégration sociale (RIS);
- la personne n'a pas la possibilité d'accéder (ou difficilement) aux transports en commun pour cause de maladie, d'âge ou pour raisons temporaires (avoir un plâtre, par exemple).

Si elle remplit les conditions pour devenir membre, elle recevra une carte de membre lors de son inscription.

Combien ça coûte?

Pour 10 € par an ou 5 € par demi-année (à partir de juillet), le membre peut demander des trajets quand il le désire.

Le défraiement que le membre doit payer au chauffeur volontaire pour chaque trajet est généralement de l'ordre de 0,30 €/km.

Plus d'infos sur www.centraledesmoinsmobiles.be.

COMMENT RÉSERVER UN TRAJET?

1) Le patient doit d'abord se faire membre de la CMM la plus proche de chez lui (voir ci-dessus).
2) Il lui suffit ensuite de téléphoner à la CMM dans laquelle il est inscrit, minimum 48 heures à l'avance, afin que la Centrale trouve un chauffeur qui corresponde à ses besoins.
3) Au jour et à l'heure du rendez-vous, le chauffeur volontaire va chercher le membre à son domicile et assure le trajet demandé.
4) À la fin du trajet, le membre paie l'indemnité due au chauffeur en fonction du nombre de kilomètres parcourus.

Fauteuil roulant, voiturettes et autres aides à la mobilité (1)

La maladie entraîne parfois une limitation de la mobilité. Celle-ci se manifeste par des problèmes pour marcher, pour changer et maintenir la position du corps, etc. Auparavant, seules les déficiences liées au système locomoteur permettaient d'obtenir un remboursement des aides à la mobilité. Aujourd'hui, les déficiences liées à d'autres systèmes (une insuffisance respiratoire, par exemple) sont prises en compte.

Cependant, l'INAMI ne prévoit un remboursement des aides à la mobilité que si les limitations de la mobilité sont de nature définitive ou d'une durée au moins égale au délai de renouvellement du matériel. Être immobilisé pendant quelques semaines (à cause d'un plâtre, par exemple) ne constitue donc PAS une limitation durable de la mobilité!

Quelles sont les aides à la mobilité?

Les aides à la mobilité désignent le matériel et les accessoires qui maximisent la mobilité d'une personne:

- fauteuil roulant,
- voiturette électrique,
- voiturette de maintien,
- tricycle orthopédique,
- cadre de marche,
- système d'assise,
- etc.

Le rôle du bandagiste

En Belgique, le bandagiste est un vendeur spécialisé dans la location et la vente de matériel médical et paramédical: bandages et pansements, bien sûr, mais aussi bas de contention (voir 27), béquilles, prothèses amovibles, aides à la mobilité, etc. Pour peu qu'il soit agréé par l'INAMI, il est responsable du choix de l'aide à la mobilité; il conseille le type de matériel dont a besoin le patient et, le cas échéant, rédige un rapport de motivation, indispensable pour obtenir un remboursement (voir 49).

SE FAIRE REMBOURSER UNE AIDE À LA MOBILITÉ

1) Le médecin du patient rédige la prescription médicale spécifique pour les aides à la mobilité.
2) Muni de la prescription, le patient se rend chez un bandagiste agréé qui lui conseille l'aide la plus adaptée à ses besoins.
3) Si nécessaire, le bandagiste rédige un «rapport de motivation», éventuellement basé sur l'«évaluation multidisciplinaire de fonctionnement» (voir 49).
4) Le bandagiste envoie l'ensemble du dossier au médecin-conseil de la mutualité pour accord. Notons que les dossiers concernant les cadres de marche ne nécessitent aucun accord préalable du médecin-conseil.
5) À la demande du patient, la mutualité envoie une copie du dossier de demande au Fonds pour l'intégration sociale des personnes avec un handicap.

Fauteuil roulant, voiturettes et autres aides à la mobilité (2)

Selon le type de matériel, les procédures et les documents nécessaires pour un remboursement d'aide(s) à la mobilité ne sont pas les mêmes.

Les documents de base

Dans tous les cas, le dossier à envoyer à la mutualité doit comporter une demande d'intervention de l'INAMI, ainsi qu'une prescription médicale spécifique pour les aides à la mobilité. Celle-ci est basée sur un examen médical où sont évaluées un certain nombre de fonctions (station debout, assise, déplacement, etc.) ainsi que les caractéristiques anatomiques du bénéficiaire. Il s'agit d'avoir une première idée des besoins du patient.

Ce dossier de base suffit pour demander une intervention de la mutualité pour une voiturette standard, un tricycle orthopédique ou un cadre de marche.

Le rapport de motivation

Pour d'autres aides à la mobilité (voiturette manuelle modulaire, voiturette de maintien et de soins, système d'assise ou tricycle cumulé avec une voiturette), la prescription médicale doit être accompagnée d'un «rapport de motivation» où le bandagiste agréé décrit et motive l'aide à la mobilité et les adaptations proposées, sur base des déficiences fonctionnelles du patient.

L'évaluation multidisciplinaire de fonctionnement

Pour une voiturette pour enfants, une voiturette active, une voiturette électronique, un scooter électronique ou un système de station debout, le dossier doit également comporter une «évaluation multidisciplinaire de fonctionnement». Il s'agit d'une appréciation globale et multidisciplinaire sur base de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

Le rapport est rédigé par une équipe multidisciplinaire, composée au moins d'un médecin spécialiste en médecine physique et revalidation ou d'un médecin spécialiste disposant d'un certificat complémentaire en revalidation pour les affectations locomotrices, neuromotrices et neurologiques et d'un ergothérapeute ou kinésithérapeute. Si le patient le souhaite, cette équipe peut être étendue au médecin de famille, à l'infirmier(-ère), à l'assistant(e) social(e) ou à des experts faisant partie de son entourage. Ce rapport décrit le fonctionnement du patient à différents niveaux, et dans son environnement.

BON À SAVOIR

Pour connaître les différentes catégories d'aides à la mobilité et les procédures et documents nécessaires pour un remboursement, il suffit de consulter le site www.inami.be (rubrique «Citoyen»/«Frais médicaux»/«Aide aux personnes à mobilité réduite»).

Avantages fiscaux pour automobilistes handicapés

Les personnes reconnues comme invalides ou handicapées peuvent bénéficier d'avantages fiscaux concernant la TVA (réduction et récupération), la taxe de circulation et la taxe de mise en circulation d'un véhicule.

Qui peut bénéficier de ces avantages?

Les personnes

- frappées de cécité complète,
- frappées de paralysie entière des membres supérieurs,
- ayant subi l'amputation des membres supérieurs (y compris celles qui sont amputées des deux mains à partir du poignet),
- atteintes d'une invalidité permanente d'au moins 50% découlant directement des membres inférieurs,
- les invalides de guerre, militaires ou civils, qui perçoivent une pension d'invalidité d'au moins 50% (concernant la TVA) ou 60% (concernant la taxe de circulation et la taxe de mise en circulation).

Une TVA à 6%

Les catégories de personnes ci-dessus peuvent bénéficier d'un taux réduit de TVA de 6% (au lieu de 21%) à l'achat de la voiture si celle-ci est utilisée durant au moins 3 ans comme moyen de transport personnel. Ce qui signifie que la personne doit être à bord du véhicule à chaque fois que celui-ci est utilisé sur la voie publique.

Une exonération des taxes de circulation et de mise en circulation peut également être obtenue.

Autres réductions

Si la personne a pu obtenir un taux réduit de TVA, elle peut également prétendre à

- un taux réduit de TVA pour les entretiens et la réparation de son véhicule,
- un taux réduit de TVA à l'achat de pièces et d'accessoires pour son véhicule (hors essence, antigel, produits de peinture, etc.).

Ces avantages peuvent être obtenus grâce au certificat n°717B (voir encadré procédure).

COMMENT BÉNÉFICIER D'UN TAUX RÉDUIT DE TVA… ET LA RÉCUPÉRER?

1) Après avoir acheté sa voiture, mais avant d'être livrée, la personne se rend au bureau TVA de son domicile avec une attestation médicale envoyée par la DG Personnes handicapées (voir 60). L'Inspecteur principal lui remet un formulaire de demande n° 716.
2) Le patient remet ou envoie le formulaire n° 716 complété, daté et signé à l'Office de contrôle de la TVA et veille à présenter son attestation médicale. Après s'être assuré de la validité de celle-ci, l'Inspecteur principal marque son accord pour l'application du taux réduit de TVA de 6%.
4) Le patient transmet le formulaire n° 716 au vendeur (ou au service de douane si le véhicule est importé) au plus tard au moment de la livraison.
5) Pour récupérer la TVA, à partir de la livraison du véhicule et jusqu'à trois ans après, le patient ou son représentant légal adresse une «demande de restitution» à l'Inspecteur principal du bureau de la TVA. Celle-ci doit être envoyée par pli recommandé, en deux exemplaires, au moyen du cadre III du formulaire n° 716. Il faut y ajouter la facture d'achat du véhicule ou le document d'importation.
6) L'Inspecteur principal de la TVA envoie immédiatement le certificat n° 717B.

Le taxi pour tous

Afin de permettre au plus grand nombre de pouvoir prendre un taxi, la Région de Bruxelles-Capitale émet et octroie, sous certaines conditions, des chèques-taxis. Ils permettent de se déplacer facilement en taxi dans le périmètre de la Région bruxelloise ou au départ de celle-ci.

Les conditions d'octroi

Pour pouvoir bénéficier des chèques-taxis régionaux à valeur universelle, il faut être domicilié dans la Région de Bruxelles-Capitale et répondre aux conditions suivantes:

- soit être reconnu comme handicapé et avoir une attestation d'incapacité à utiliser les transports en commun, ainsi que des revenus de BIM;
- soit avoir plus de 75 ans, ainsi qu'une attestation d'incapacité à utiliser les transports en commun et des revenus de BIM.

Valeur et validité

Un chèque-taxi vaut 5 € et peut être utilisé dans tous les taxis bruxellois. Il est considéré comme de l'argent liquide. Les chauffeurs rendront donc la monnaie si nécessaire. Par exemple, pour une course de 13 €, le passager peut donner trois chèques de 5 € au chauffeur qui lui rendra donc 2 €.

OBTENIR DES CHÈQUES-TAXIS

Les chèques-taxis peuvent être demandés et obtenus dans les services sociaux ou le CPAS de la commune où réside le demandeur. Attention, toutes les communes de Bruxelles-Capitale ne participent pas à l'initiative chèque-taxi! Les communes participantes sont consultables sur www.bruxellesmobilite.irisnet.be (rubrique «Taxis à Bruxelles»/«Chèques-taxis»). Plus d'infos au 02 678 28 33 ou en envoyant un mail à taxi-be@edenred.com.

Les taxis PMR

À Bruxelles, certaines compagnies de taxis ont adapté une partie de leur flotte de manière à pouvoir accueillir et transporter des personnes en fauteuil roulant. Il existe environ une centaine de ces taxis PMR. La liste des compagnies proposant ce type de véhicules est consultable sur www.bruxellesmobilite.irisnet.be (rubrique «Taxis à Bruxelles»/«Taxis PMR»).

BON À SAVOIR

En cas de refus, d'un temps d'attente anormalement long ou de tout autre problème relatif à une demande de taxi PMR, merci de contacter sans tarder la direction des Taxis de Bruxelles Mobilité au 0800 94 001 en mentionnant le jour et l'heure du désagrément, de même que le nom de la société de taxis ou du central téléphonique concerné.

Enseignement

Que ce soit à cause des traitements, des effets secondaires ou de la maladie même, un enfant atteint d'un cancer manquera forcément l'école durant des périodes plus ou moins longues. Afin de limiter au maximum l'impact de la maladie sur sa scolarité, rappelons quelques points.

Faut-il informer l'école?

Légalement, parents et enfant ne sont pas tenus d'informer l'école que l'enfant est atteint d'un cancer. Néanmoins, c'est conseillé. En effet, direction et professeurs se montreront généralement plus compréhensifs vis-à-vis d'éventuels retards et absences s'ils sont au courant de la situation. Ce qui ne dispense pas de respecter les règles de base! À savoir que l'école est obligatoire totalement jusqu'à 16 ans et partiellement entre 16 et 18 ans, et que toute absence, quelle que soit sa durée, doit être justifiée par un certificat médical ou un mot des parents. De plus, des aménagements concernant les cours et le passage des examens sont possibles et à discuter avec la direction de l'école.

Des profs à l'hôpital et/ou à domicile

En cas d'hospitalisation de l'enfant, des enseignants sont à sa disposition dans de nombreux hôpitaux pour l'aider à poursuivre sa scolarité. En fonction de son niveau, de ses besoins et de son état, ils pourront l'aider à suivre le programme de son école, à rattraper son retard, à préparer ses examens, etc.

L'enfant peut également bénéficier d'un suivi scolaire à domicile, notamment via des associations.

Plus d'infos sur www.hospichild.be.

Universités et écoles supérieures

S'il dispose de certificats médicaux et d'attestations signées par le médecin traitant, un étudiant atteint de cancer peut négocier avec son université ou son école supérieure certains aménagements: passer les examens plus tard, délais supplémentaires pour la remise de travaux, autorisation exceptionnelle de redoubler, etc.

L'instance à laquelle l'étudiant doit adresser ce type de demande varie d'une institution à l'autre: rectorat, conseil facultaire, bureau des affaires étudiantes, service social de l'université, etc.

BON À SAVOIR

Les enfants d'un parent handicapé peuvent bénéficier d'un minerval boursier à l'université ou la haute école. Et dans l'enseignement de promotion sociale et dans les académies de musique, les personnes reconnues comme handicapées et les enfants faisant partie de leur ménage peuvent être exemptés de minerval.

Plus d'infos auprès des établissements concernés.

Les congés du malade

Bien souvent, être atteint(e) d'un cancer rend très difficile, pour ne pas dire impossible l'exécution d'un contrat de travail durant certaines périodes plus ou moins longues. Heureusement, la législation du travail a prévu ces cas. Petit passage en revue des congés auxquels un travailleur malade a droit.

Les congés de maladie

La première démarche que doit effectuer un salarié s'il est malade est de le signaler à son employeur le jour même et de lui envoyer un certificat médical dans les 48 heures. Si ce n'est pas fait, l'employeur n'est pas tenu de payer la rémunération des jours d'absence non justifiés.

Sous le terme «congé maladie», qui désigne les absences au travail pour raison de santé, il faut distinguer deux périodes distinctes:

- l'incapacité de travail dure un an maximum, pendant lequel l'employeur puis la mutualité versent au salarié des indemnités («revenu de remplacement») calculées sur sa situation personnelle;
- l'invalidité débute dès le début de la deuxième année d'absence.

BON À SAVOIR

Les personnes percevant une allocation de maladie ou d'invalidité ne peuvent, en principe, pas exercer d'activité professionnelle. Il est toutefois possible de reprendre partiellement le travail ou une autre activité: c'est le «mi-temps» médical. Si le médecin-conseil de la mutualité donne son feu vert, le patient peut conserver son droit à son allocation... qui peut aussi être influencée par les revenus issus de l'activité. Dans tous les cas, mieux vaut prendre contact à l'avance avec le médecin-conseil.

En cas de reprise de l'activité professionnelle, même partielle, la personne doit absolument prévenir sa mutualité. En effet, le cumul des indemnités d'incapacité de travail avec des revenus professionnels est illégal! De telles fraudes sociales sont passibles de sanctions.

Et les indépendants?

Dans le régime des travailleurs indépendants, on distingue trois périodes successives d'incapacité de travail:

- il y a d'abord une période de carence d'un mois, durant laquelle l'indépendant ne touche pas d'indemnités. Pour recevoir des indemnités par la suite, il faut qu'il prévienne sa mutualité et lui envoie un certificat médical dans les 28 jours;
- vient ensuite une période indemnisée de 11 mois, appelée «incapacité de travail primaire», durant laquelle la mutualité lui verse des indemnités («indemnités de maladie») calculées sur sa situation personnelle;
- après un an d'incapacité de travail, le travailleur indépendant se retrouve en invalidité, tout comme un salarié.

L'interruption de carrière (crédits-temps)

Pendant ou après ses traitements, la personne atteinte d'un cancer peut souffrir de certains effets secondaires. Une grande fatigue, par exemple. L'interruption de carrière peut être une solution pour arrêter ou réduire temporairement son temps de travail. Ce sont les crédits-temps.

Il existe plusieurs formes de crédits-temps. Les conditions et les durées dépendent du type de crédit-temps, du secteur d'activité et du régime de travail initial.

Le crédit-temps à temps plein moyennant allocations est limité à un an.

Plus d'infos sur www.emploi.belgique.be.

Les congés des proches du malade

Les proches (conjoint(e), parent, enfant, etc.) d'une personne atteinte d'un cancer peuvent prendre certains types de congé.

Les congés pour raisons impérieuses

Tout travailleur a le droit de s'absenter du travail pour des raisons impérieuses. La maladie, l'accident ou l'hospitalisation d'une personne habitant avec le travailleur sont considérés comme des raisons impérieuses.

La durée de ces absences, qui doivent être préalablement ou dans les plus brefs délais notifiées à l'employeur, ne peut dépasser 10 jours de travail par année civile. Ces absences ne sont pas rémunérées, sauf convention contraire entre l'employeur et le travailleur.

Les «petits chômages»

Le travailleur a le droit de s'absenter du travail, avec maintien de sa rémunération normale, à l'occasion de certains événements familiaux. Le décès d'un membre de la famille en fait partie.

Pour bénéficier de sa rémunération, le travailleur doit avertir préalablement ou dans les plus brefs délais l'employeur de son absence.

BON À SAVOIR

Si le congé pour assistance médicale est demandé pour un enfant de moins de 16 ans qui est exclusivement ou principalement à charge du demandeur et que celui-ci est isolé (c'est-à-dire habitant exclusivement avec un ou plusieurs enfants à charge), la durée du congé est double (24 mois pour l'interruption complète, 48 mois pour l'interruption partielle).

- l'interruption complète de l'activité professionnelle par périodes d'1 mois à 3 mois maximum, prolongeables jusqu'à 12 mois maximum. Valable aussi bien pour un temps plein que pour un temps partiel;
- la réduction des prestations à mi-temps: si le salarié travaille au moins à 3/4 temps, il peut réduire ses prestations à mi-temps par périodes d'1 à 3 mois maximum, prolongeables jusqu'à 24 mois maximum;
- la réduction des prestations d'1/5 temps: si le salarié travaille à temps plein, il peut réduire ses prestations d'1/5 temps par périodes d'1 à 3 mois maximum, prolongeables jusqu'à 24 mois maximum.

Si la plupart des travailleurs peuvent bénéficier de ces droits, ils sont toutefois limités dans certains cas. Par exemple, les travailleurs d'une PME employant moins de 10 personnes ne peuvent interrompre leur activité professionnelle que totalement.

Les montants de l'allocation mensuelle des congés pour assistance médicale sont les mêmes que ceux des congés pour soins palliatifs (voir 57).

OBTENIR UN CONGÉ POUR ASSISTANCE MÉDICALE

1) Le proche du malade demande une attestation à son médecin traitant indiquant que le proche en question est disposé à assister ou à donner des soins à la personne gravement malade.
2) Le proche du malade avertit par courrier recommandé son employeur de son intention de prendre ce congé.
3) Le proche du malade demande des allocations compensatoires: il suffit de compléter les formulaires ad hoc et de les envoyer au service «Interruption de carrière» du bureau de l'ONEM de son domicile.

Le statut «patient palliatif»

Les soins palliatifs désignent toute forme d'assistance – médicale, sociale, administrative et psychologique – et de soins à une personne souffrant d'une maladie incurable et en fin de vie.

L'obtention d'un statut de «patient palliatif» ouvre le droit à plusieurs avantages financiers, que l'on soit au domicile, en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) ou en maison de repos et de soins (MRS).

Les avantages financiers

Dès accord de la mutuelle, le patient palliatif à domicile bénéficie du «forfait palliatif», soit les avantages financiers suivants:

- une allocation, renouvelable une seule fois après un mois, pour couvrir une partie des frais engendrés par la maladie. Au 1er janvier 2013, cette allocation était de 638,29 €;
- le remboursement total de toutes les prestations des médecins généralistes (suppression du ticket modérateur);
- le «forfait infirmier», notification remplie par l'infirmier lui-même, qui permet au patient de ne plus payer de ticket modérateur pour les soins infirmiers à domicile. L'infirmier s'engage alors à une prise en charge permanente du patient, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;
- le remboursement complet des prestations de kiné: à domicile, une ou deux prestations par jour, 60 prestations maximum par prescription, renouvelable par le médecin traitant. La participation financière du patient est plafonnée à 0,25 €/jour.

En MRPA ou MRS ou à l'hôpital, le patient palliatif bénéficie du remboursement total de toutes les prestations des médecins généralistes (suppression du ticket modérateur).

BON À SAVOIR

Hormis l'allocation financière, ces divers avantages ne sont pas limités à 2 mois. D'où l'intérêt de demander le statut palliatif suffisamment tôt...

COMMENT OBTENIR L'ALLOCATION «PATIENT PALLIATIF»?

1) Le patient ou l'un de ses proches demande le statut palliatif à la mutuelle du patient par le biais d'un formulaire («Annexe I: avis médical pour l'intervention financière pour un patient bénéficiant de soins palliatifs à domicile») à compléter par le médecin traitant.
2) Le médecin traitant renvoie le formulaire complété aussi rapidement que possible au médecin-conseil de la mutualité du patient (par courrier, fax ou e-mail).
3) La mutualité verse le forfait palliatif sur le compte bancaire du patient. Les autres avantages (remboursements, etc.) sont alors automatiques.

Équipe de soutien, aide familiale et garde-malade

La fin de vie d'une personne atteinte de cancer n'est jamais facile. Certains prestataires peuvent aider et soutenir les patients et leur famille à domicile.

Les équipes de soutien de soins palliatifs

Une équipe de soutien est une équipe pluridisciplinaire, spécialisée en soins palliatifs. Elle intervient au domicile du patient, en seconde ligne. Elle suggère des pistes quant à la gestion de la douleur et à la qualité de vie, et peut apporter un soutien psychologique au patient, à son entourage et aux soignants. Il existe 28 équipes de soutien à domicile, réparties sur tout le territoire. Leurs coordonnées sont consultables sur www.soinspalliatifs.be (rubrique «Acteurs»).

Les aides familiales

L'aide familiale peut aider dans les actes quotidiens ou soulager l'entourage au domicile. Elle réalise différentes tâches telles que l'accompagnement des enfants et des personnes âgées, malades ou handicapées et/ou des tâches liées à la santé, à l'hygiène, au confort et à la sécurité de la personne. Exemples: elle aide aux déplacements à l'extérieur (pour les courses, par exemple), entretient les pièces habitées et le linge, prépare les repas, etc.

Pour plus de renseignements, contactez directement les services d'aides aux familles, les CPAS, les coordinations de soins à domicile, l'infirmière de première ligne ou le médecin traitant.

Les gardes-malades

Lorsque les membres de la famille et de l'entourage ne peuvent garder le patient, une garde à domicile peut être disponible le jour ou la nuit. Cette «garde-malade» assure présence et surveillance au chevet du patient.

Elle assure les soins de confort (changement de protection, de vêtements, etc.) et des soins d'hygiène (toilette, rafraîchissement de la personne, massage prévention des escarres, etc.). Elle intervient, en complément de l'aide familiale et/ou de l'infirmière, pour les tâches suivantes: aide au lever, au coucher et/ou aux repas. Salariée, elle bénéficie de l'encadrement d'une assistante sociale et d'une formation continue et est tenue par le secret professionnel.

Attention, le service de garde peut s'avérer onéreux et n'est pas réglementé pour la nuit. Mieux vaut s'adresser à sa mutualité, sa commune, au CPAS ou encore à la plate-forme de soins palliatifs de sa région pour savoir s'ils proposent ce genre de service... et à quel prix.

Les congés palliatifs

Il s'agit d'une interruption de carrière, totale ou partielle, assortie d'une allocation versée par la caisse d'assurances sociales en faveur du travailleur du secteur privé [1] qui cesse temporairement son activité pour donner des soins palliatifs à une personne atteinte d'une maladie incurable et en fin de vie. Cette dernière ne doit pas nécessairement être un membre de la famille.

Interruption totale ou partielle

Les congés palliatifs peuvent s'exercer de deux manières:

- l'interruption de carrière complète: le travailleur (occupé à temps plein ou à temps partiel) suspend totalement l'exécution de son contrat de travail durant 1 mois, prolongeable d'1 mois;
- l'interruption de carrière partielle: le travailleur (occupé à temps plein ou à 3/4 temps au moins) réduit ses prestations pendant 1 mois, prolongeable d'1 mois,
  - > d'1/5 (pour cela, il doit travailler à temps plein),
  - > à mi-temps d'un emploi à temps plein (pour cela, il doit travailler à au moins 3/4 temps).

À combien s'élève l'allocation d'interruption?

Au 1er décembre 2012, les barèmes prévus par mois au départ d'un temps plein étaient les suivants:

- interruption complète: 786,78 € bruts (= 707,08 € nets), quel que soit l'âge du travailleur;

[1] Dans le secteur public, un droit analogue au congé palliatif existe. Plus d'infos auprès des services publics concernés.

- interruption partielle à mi-temps:
  - 393,38 € bruts (= 323,92 € nets) pour un travailleur de moins de 50 ans,
  - 667,27 € bruts (= 552,84 € nets) pour un travailleur de plus de 50 ans;
- interruption partielle avec réduction d'1/5 temps:
  - 133,45 € bruts (= 110,57 € nets) pour un travailleur de moins de 50 ans,
  - 179,47 € bruts (= 148,70 € nets) pour un travailleur isolé de moins de 50 ans (avec au moins un enfant à charge),
  - 266,91 € bruts (= 221,14 € nets) pour un travailleur de plus de 50 ans.

Protection contre le licenciement

Le congé palliatif est un droit: pour peu que toutes les conditions soient remplies, l'employeur ne peut ni le refuser ni le reporter. De plus, la protection contre le licenciement en vigueur dans le cadre de l'interruption de carrière est d'application. Ceci implique que l'employeur ne peut poser aucun acte tendant à mettre fin unilatéralement à l'occupation, sauf pour motif grave ou suffisant. Cette protection prend cours le jour de l'avertissement écrit adressé à l'employeur et prend fin 3 mois après la fin du congé palliatif.

COMMENT OBTENIR UN CONGÉ PALLIATIF?

1) Le travailleur demande une attestation au médecin traitant du patient, qui indique que le travailleur a déclaré être disposé à donner des soins palliatifs à ce patient (qui ne doit pas forcément être nommé).
2) Le travailleur remet à son employeur un formulaire complété de demande de congé palliatif, ainsi que l'attestation du médecin. Le congé débute le premier jour de la semaine suivante ou plus tôt, moyennant l'accord de l'employeur.
3) Pour obtenir les allocations d'interruption de carrière, le travailleur complète le formulaire C61 et l'envoie, ainsi que l'attestation du médecin, au service «Interruption de carrière» du bureau de l'ONEM de son domicile.
4) Pour prolonger d'1 mois le congé palliatif, le travailleur recommence la même procédure.

Les congés palliatifs pour indépendant

Il s'agit d'une interruption de carrière, assortie d'une allocation versée par la caisse d'assurances sociales en faveur du travailleur indépendant qui cesse temporairement son activité pour donner des soins palliatifs à un enfant ou à son partenaire.

Le montant de l'allocation forfaitaire unique est de 2.424 € pour un indépendant à charge de famille et de 1.839 € pour un indépendant isolé.

Qui peut en bénéficier et à quelles conditions?

Cette mesure s'étend aux catégories d'indépendants suivantes:

- le travailleur indépendant à titre principal,
- l'aidant,
- le conjoint aidant (redevable de cotisations sociales).

Le travailleur indépendant doit avoir été assujetti et être en ordre de cotisations sociales au moins pendant les deux trimestres qui précèdent celui de la cessation temporaire. En outre, il doit interrompre ses activités professionnelles au minimum pendant 4 semaines consécutives.

Qui sont les bénéficiaires des soins palliatifs?

Le travailleur indépendant peut bénéficier de cette mesure pour dispenser des soins palliatifs à:

- son enfant ou celui de son partenaire bénéficiaire d'allocations familiales et faisant partie de son ménage,
- son partenaire.

COMMENT OBTENIR LE CONGÉ PALLIATIF?

1) L'indépendant demande une attestation au médecin traitant du patient qui nécessite des soins palliatifs en indiquant que lui (l'indépendant) a déclaré être disposé à donner des soins palliatifs au patient (qui doit être nommé sur l'attestation).
2) L'indépendant introduit une demande (par lettre recommandée ou par remise contre accusé de réception) auprès de la caisse d'assurances sociales dans un délai de 4 semaines prenant cours au début de l'interruption.

Glossaire

Aide-soignante = membre du personnel soignant d'un hôpital, chargée des soins d'hygiène (toilette, refaire le lit, etc.), de la distribution des repas, etc.

BIM = le «bénéficiaire de l'intervention majorée» bénéficie d'interventions financières supplémentaires de la part de la mutualité pour ses soins de santé.

Cancer = maladie caractérisée par une croissance anormale et incontrôlée de certaines cellules.

Cathéter = fin tuyau souple dont l'on se sert lors des perfusions.

Chimiothérapie = traitement par des substances chimiques, absorbées par voie orale et/ou intraveineuse (perfusion).

Coordinateur de soins (oncologiques) = infirmier qui assure la mise en œuvre du traitement proposé par l'équipe multidisciplinaire et accompagne le patient tout au long de son trajet de soins à l'hôpital.

Effets secondaires = symptômes indésirables directement provoqués par un traitement.

Exonération = action de décharger quelqu'un d'une obligation fiscale (une taxe, par exemple).

Hospitalisation = séjour plus ou moins long à l'hôpital.

Infirmière = membre du personnel soignant chargée d'administrer les traitements prescrits par les médecins.

Kinésithérapeute (kiné) = spécialiste paramédical qui aide à maintenir le patient en forme musculairement et à assurer sa rééducation physique.

Médecin-conseil = médecin travaillant pour une mutualité, l'INAMI ou encore la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité Sociale.

Médecin généraliste (dit aussi «médecin de famille») = médecin qui a une vision générale, globale sur l'état de santé et le dossier médical du patient.

Ménage = toutes les personnes qui sont domiciliées à la même adresse forment un ménage, même sans lien de parenté. Une personne isolée (célibataire, par exemple) est considérée, elle aussi, comme un ménage.

Mutualité = assureur santé, obligatoire pour tous.

OMNIO = statut équivalent en droits au BIM (anciennement statut VIPO).

Oncologue/cancérologue = médecin spécialiste du cancer.

Radiothérapie = traitement qui consiste à soumettre la tumeur à un faisceau de rayons ionisants afin de détruire les cellules cancéreuses.

SPF = Service public fédéral (anciennement ministère).

Soins palliatifs = toute forme d'assistance (médicale, sociale, administrative et psychologique) et de soins à une personne souffrant d'une maladie incurable et en fin de vie.

Ticket modérateur = montant qui reste à charge du patient dans les frais de santé, après intervention de la mutualité.

Tiers payant = principe selon lequel le patient ne paie tout de suite que la quote-part.

Coordonnées utiles

REMBOURSEMENTS

Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)
Tél.: 02 739 71 11 | Fax: 02 739 72 91
Site: www.inami.be – E-mail: communication@riziv.fgov.be

Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI)
Tél.: 02 546 42 11 | Fax: 02 511 21 53
Site: www.inasti.be – E-mail: info@rsvz-inasti.fgov.be

HANDICAP

DG Personnes handicapées du SPF Sécurité Sociale
Tél.: 0800 987 99 | Fax: 02 509 81 85
Site: www.handicap.fgov.be – E-mail: handiF@minsoc.fed.be

Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH)
Tél.: 071 20 57 11 | Fax: 071 20 51 02
Site: www.awiph.be – E-mail: secgen@awiph.be

Personne Handicapée Autonomie Recherchée (PHARE)
Tél.: 02 800 82 03 | Fax: 02 800 81 20
Site: www.phare.irisnet.be – E-mail: info@phare.irisnet.be

ALLOCATIONS

Office Nationale d'Allocations familiales pour Travailleurs Salariés (ONAFTS)
Tél.: 0800 94 434 | Fax: 02 237 21 11
Site: www.onafts.be – E-mail: info.bemiddeling@rkw-onafts.fgov.be

Caisse Auxiliaire de Paiement des Allocations de Chômage (CAPAC)
Tél.: 02 209 13 13 | Fax: 02 209 13 97
Site: www.hvw.gov.be – E-mail: info@hvw.gov.be

EMPLOI

Office National de l'Emploi (ONEM)
Site: www.onem.be
Site thématique: www.autravail.be (mesures de promotion de l'emploi)

SPF Emploi, travail et concertation sociale
Site: www.emploi.belgique.be

À DOMICILE

Fédération wallonne des soins palliatifs
Site: www.soinspalliatifs.be

Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
Tél.: 02 735 24 24 | Fax: 02 735 85 86
E-mail: secretariat@fasd.be

Fédération des Centrales de Services à Domicile
Tél.: 02/515 02 08
E-mail: csd@mutsoc.be

Association des Centres de coordination des soins et services à domicile située en Fédération Wallonie-Bruxelles
Tél.: 071 33 11 55
Site: www.federation-accoord.be

Sodexo (titres-services)
Tél.: 02 547 54 95
Site: www.titres-services-onem.be