

VADE – MECUM

1^{ère} Partie

Procédures et règlements

Edition Août 2015

CA/SC/09031

Le Vade-mecum d la SEPS-SFPE est destiné à :

- vous informer quant aux règles administratives à suivre en ce qui concerne la sécurité sociale (RCAM – Pension)
- renseigner des tiers quant aux formalités administratives et à vos désirs et volontés en cas d'incapacité de les exprimer

Ce Vade-mecum est composé de 4 Volumes séparés, mis à jour individuellement.

1^{ère} Partie : exposé des renseignements utiles, procédures et règlements (en cas de maladie, accident ou décès) pour vous ou pour qui prendra soin de vous.

2^{ème} Partie: Renseignements de caractère personnel pour vos ayants-droit ou les tiers qui prendront soin de vous

3^{ème} Partie: Adresses des services et des personnes clefs

4^{ème} Partie: Formulaire du RCAM

Ce document s'adresse aux pensionnés des Institutions européennes qui n'ont pas d'accès à Internet et en particulier à My IntraComm

Les textes sont, en majorité, issus :

- De « My IntraComm » : www.myintracom-ext.ec.europa.eu
- Du guide pratique des remboursements de frais médicaux – PMO/RCAM

SFPE – SEPS

175 rue de la Loi, Bureau JL 02 40 CG39, BE-1048 Bruxelles

29 rue de la Science, Bureau SC29 02/22, BE-1049 Bruxelles

Tél: +32(0) 475 472470 Fax: +32(0)2 2818378

Table des matières

	Page
Introduction	5
I. Maladie / Accident	5
A. Couverture des soins de santé en général	
1. Le RCAM (statutaire)	6
1.1. Taux de remboursement	
1.2. Plafond de remboursement	
1.3. Coefficients d'égalité	
1.4. Excessivité (Art. 20 § 3)	
1.5. Prescription médicale	
1.6. Pièces justificatives	
1.7. Autorisation préalable	
1.8. Prise en charge et avances	
1.9. Demande de remboursement	
1.10. Remboursement spécial	
2. L'assurance accident (statutaire pour les actifs)	9
3. Les assurances santé complémentaires	9
4. Les assurances assistance.	10
B. Procédures de remboursement du RCAM	
1. Consultations et visites médicales	10
1.1. Remboursements	
1.2. Ne sont pas remboursables	
2. Hospitalisations et interventions chirurgicales	11
2.1. Autorisation préalable	
2.2. La lettre de prise en charge	
2.3. Taux de remboursement	
2.4. Prestations non remboursées	
3. Prestations liées à l'état de dépendance	13
3.1. Séjours continus de longue durée	
3.2. Garde-malade	
4. Produits pharmaceutiques	14
4.1. Remboursement ¹	
4.3. Non remboursés	
5. Soins et traitements dentaires	15
5.1. Règles de remboursement	
5.2. Traitements non remboursables	
6. Analyses et examens médicaux	16
6.1. Conditions de remboursement	
6.2. Taux de remboursement	
6.3. Examens non remboursables	
7. Traitements médicaux thérapeutiques divers	17
7.1. Conditions de remboursement	

¹ Une liste reprenant les principaux produits remboursables et non-remboursables est régulièrement mise à jour. Les produits ne figurant pas sur cette liste peuvent être remboursés après avis positif du médecin-conseil. (My Intracomm-Ext ou RCAM en ligne)

7.2. Taux de remboursement	
7.3. Traitements non remboursables	
7.4. Tableau des traitements divers	
8. Auxiliaires médicaux.	21
9. Cure de convalescence et postopératoire.	21
9.1. Conditions de remboursement	
9.2. Niveaux de remboursement	
10. Cure thermale	21
10.1. Procédure de remboursement	
10.2. Niveau de remboursement	
10.3. Ne sont pas remboursables	
11. Lunettes	23
11.1. Sont remboursables	
11.2. Modalités de remboursement	
12. Lentilles de contact	24
12.1. Conditions de remboursement	
12.2. Niveau de remboursement	
13. Appareils auditifs	24
13.1. Conditions de remboursement	
13.2. Niveau de remboursement	
14. Appareils orthopédiques et autres matériels médicaux	24
14.1. Equipements considérés	
14.2. Ne sont pas remboursables	
15. Frais de transport	26
15.1. Conditions de remboursement	
15.2. Niveau de remboursement	
15.3. Ne sont pas remboursables	
16. Frais funéraires	27
16.1. Indemnité forfaitaire	
16.2. Conditions	
17. Voyages à l'étranger	28
18. Remboursement spécial au titre de l'article 72§3 du Statut	28
18.1. Définition	
18.3. Comment se faire rembourser	
19. Couverture du conjoint et des enfants à charge	28
19.1. Revenu d'origine professionnelle	
19.2. Couverture primaire	
19.3. La couverture à titre complémentaire	
II. Les obligations liées à votre pension	
1. Continuer à recevoir votre pension	30
2. Déclarer les revenus du conjoint	30
3. Montants indûment versés	31
4. Déclaration (bis) annuelle	31
5. Fournir la preuve de votre lieu de résidence	31
6. Faire preuve d'intégrité et préserver le caractère confidentiel des informations	32
III. Volontés exprimées	
1. Ma volonté concernant mon environnement	32
2. Ma volonté concernant ma maladie	32
IV. Assurances complémentaires au RCAM	

1. Couverture complémentaire au RCAM limitée aux cas d'hospitalisation	33
2. Couverture complémentaire au RCAM relativement complète	34
V. Décès	
1. Mesures préventives	36
2. Mesures à prendre par les héritiers / famille / qui de droit	36
3. Aspects financiers pour les ayants droit	37
3.1. Frais funéraires	
3.2. Pension du défunt	
3.3. Pension de survie et allocations	
3.4. Pension de survie et couverture RCAM des ayants droit	
3.5. Règlement relatif aux successions	
3.6. Fiscalité de la pension de survie des ayants droit	
4. Rédaction d'un testament	38
5. Ma volonté en cas de décès	39
VI. Organisation des services du PMO	40
VII. Les services sociaux de la DG HR² – C1	41
VIII. Plaintes et voies de recours	
1. Demande d'assistance (article 24)	42
1.1. Notion	
1.2. Utilité d'une demande d'assistance	
1.3. Démarches pour introduire une demande d'assistance	
1.4. Procédure	
2. Demande au sens de l'Article 90 §1	44
2.1. Notion	
2.2. Qui peut l'introduire	
2.3. Délai et formalités d'introduction	
2.4. Forme et contenu	
2.5. Traitement par l'administration	
3. Réclamation au sens de l'article 90 §2	46
3.1. Notion	
3.2. Qui peut l'introduire	
3.3. Sur quoi peut-elle ? (Fonctionnaires post-actifs ou leurs ayants droit)	
3.4. Délais et formalités d'introduction	
3.5. Forme et contenu	
3.6. Traitement par l'administration	
3.7. Ouverture du dossier	
3.8. La réunion interservices	
3.9. Décision et délais	
4. Recours devant le Tribunal de la Fonction publique de l'Union européenne	48
5. Le Service de Médiation de la Commission	49
IX. Aide/Conseil juridique	50

² DG HR = Directorate-General for Human Resources / Direction Générale des Ressources Humaines

Introduction

En 2007, le Bureau exécutif de la SFPE a rédigé et proposé à ses membres un Vade-mecum relativement complet.

- Ce document renseigne les tiers sur certaines de vos volontés personnelles ou désirs, au cas où devrait survenir une incapacité de les exprimer.
- Ce document expose de nombreux renseignements utiles ou même essentiels, pour vous-même, mais surtout pour votre famille ou vos relations en cas de maladie, d'accident ou de décès.

En effet, nul n'est à l'abri d'un accident, d'une maladie invalidante, d'un décès inopiné. Les personnes amenées à vous secourir ou à s'occuper de vos affaires, dans de telles situations malheureuses, sont très souvent dans l'embarras: elles veulent intervenir dans votre intérêt (ou celui de vos enfants, de votre conjoint, de vos ayants droit) mais ne connaissent pas vos désirs ou volontés car vous ne pouvez plus les exprimer (maladie mentale, coma, ..., décès).

Dans votre intérêt, il est nécessaire de décrire l'essentiel de vos volontés et certains aspects administratifs pour aider ceux qui seront appelés à vous aider, au pied levé, et à remplir pour vous ou pour vos proches des formalités administratives. La SFPE vous propose un modèle. Vous devriez compléter ce document (**partie 2 du Vade-mecum**) aussi complètement et précisément que possible, en fonction de ce que vous estimez utile et acceptable de mettre par écrit.

Ce document, une fois complété, doit être placé en un lieu connu de vos proches ou confié à un ou plusieurs d'entre eux. Il doit être mis à jour en fonction de l'évolution de votre situation.

La SFPE le met fréquemment à jour les adresses utiles (**partie 3 du Vade-mecum**). Les règles administratives de la Commission et les formulaires du RCAM (**parties 1 et 4 du Vade-mecum**) sont mises à jour en fonction des nécessités.

Ce Vade-mecum ne remplace pas un testament.

I. Maladie / Accident

Renseignements utiles et formalités à suivre en cas de maladie ou accident

A. Remboursement des soins de santé en général

Pour les fonctionnaires et agents des Institutions européennes le remboursement partiel ou total des soins de santé se base idéalement sur quatre « piliers » :

1. Le Régime Commun d'Assurance Maladie Invalidité – le RCAM (statutaire)
2. L'assurance accidents (statutaire)
3. Les assurances complémentaires au RCAM
4. Les assurances assistances lors de séjours à l'étranger

1. Le RCAM (statutaire)

Cette partie du document est une copie du document édité par le PMO le 20 juin 2014 : « Guide pratique du remboursement des frais médicaux » qui est distribué à tout retraité.

Bénéficiaires du RCAM : qui sont-ils ?

- Les affiliés :
 - fonctionnaires ; agents temporaires ; agents contractuels ; membres de certaines institutions
 - pensionnés ou bénéficiaires d'une indemnité de cessation de fonction ;
- Les personnes assurées de leur chef :
 - enfants à charge ;
 - conjoints ; partenaires reconnus. Pour ces deux dernières catégories, certaines restrictions s'appliquent (chapitre 2 du Titre I des DGE).

1.1. Taux de remboursement

- 80 % : taux de base pour les frais suivants : les soins et traitements dentaires ; les traitements thérapeutiques divers ; les auxiliaires médicaux et garde-malades ; les cures thermales ; les frais de transport.
- 85 % : taux de base pour les frais suivants: $\frac{3}{4}$ les consultations et les visites médicales ; les interventions chirurgicales ; les hospitalisations ; les produits pharmaceutiques ; les examens médicaux ; les analyses de laboratoire ; les lunettes et lentilles de contact ; les appareils orthopédiques et autres matériels médicaux.
- 100 %: taux de remboursement uniquement appliqué pour les frais exposés en cas de maladie grave reconnue. Les maladies reconnues comme maladie grave concernent des affections associant, à des degrés variables, à la fois les quatre critères suivants :
 - pronostic vital défavorable ;
 - évolution chronique ;
 - nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes ;
 - présence ou risque de handicap grave.

En application du Statut, les maladies telles que tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale sont présumées graves.

La couverture à 100% est accordée pour la période estimée de traitement de la maladie grave et au maximum pour 5 ans. La date de début est en général la date du diagnostic de la maladie reconnue comme grave.

A la fin de cette période, une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical peut être présentée. Ce rapport doit préciser : • l'évolution de la maladie ; • le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire.

Si, à ce stade, la maladie ne répond plus aux quatre critères, la prolongation de la couverture à 100 % ne pourra pas être accordée.

En cas d'évolution de la situation, la décision pourra être revue suite à une nouvelle demande.

1.2. Plafond de remboursement

Attention ! Certaines prestations font l'objet d'un plafond de remboursement, également en cas d'une maladie grave reconnue.

Le plafond se définit comme le montant maximum remboursable pour une prestation. Par conséquent, le taux de remboursement ne représente à ce moment-là pas 80 % ou 85 % ou 100 %, car l'application du plafond limite le remboursement. Par exemple, une consultation chez un généraliste est plafonnée à 35 €. Le remboursement s'effectue à 85 % à concurrence de 35 €.

1.3. Coefficients d'égalité

Les montants indiqués dans la brochure sont ceux pratiqués en Belgique. Un coefficient d'égalité s'applique à ces montants lorsque la prestation a lieu dans un autre Etat membre, dans le but d'assurer un traitement égal.

1.4. Excessivité (Art. 20 § 3)

Lorsqu'aucun plafond de remboursement n'est fixé (y compris en cas de maladie grave reconnue), la partie des frais qui dépasse les prix normaux pratiqués dans le pays où les prestations ont été effectuées, peut être exclue du remboursement. La partie des frais jugée excessive est déterminée au cas par cas par le bureau liquidateur après avis du médecin-conseil.

1.5. Prescription médicale

Pour se faire rembourser les informations à communiquer dans toute prescription sont : nom et références officielles du prescripteur ; nom complet du patient ; nature des actes médicaux (type de traitement, nombre de séances) ; ou la dénomination des médicaments prescrits / du produit actif ; date ; signature du prescripteur.

Attention : La prescription doit dater de moins de 6 mois avant le premier traitement ou l'achat des médicaments.

1.6. Pièces justificatives

Une prestation ne peut être remboursée que si elle est prescrite et pratiquée par un prestataire légalement autorisé à l'exercice de la profession médicale ou paramédicale ou dans un établissement dûment agréé par les autorités compétentes.

Les reçus et factures doivent être conformes à la législation du pays dans lequel ils ont été émis et doivent comporter les mentions suivantes :

- le nom complet du malade,
- la nature de l'acte ou des actes médicaux,
- les dates et les honoraires perçus pour chaque acte médical,
- le nom et les références officielles du prestataire de soins.

Pour la Belgique, une attestation de soins indiquant le montant payé ou un reçu fiscalement valable est toujours obligatoire. Depuis le 1er janvier 2015 aucun remboursement ne pourra plus se faire en l'absence du document officiel.

En ce qui concerne plus spécifiquement les prestataires qui ne sont pas habilités à délivrer des attestations de soins (les psychologues, les ostéopathes et les podologues/pédicures médicales en Belgique), il s'agit de reçus extraits d'un carnet dont le modèle est déterminé par le Ministère des Finances. En cas de paiement de votre prestataire par virement bancaire, vous pouvez joindre une note d'honoraires en bonne et due forme avec la preuve de paiement.

Pour l'Italie, une facture doit vous être délivrée par votre prestataire.

Attention : Les acomptes ou les provisions sur honoraires ne peuvent pas être pris en considération pour un remboursement. Joignez-les à la facture finale avec le détail des prestations lors de votre demande de remboursement.

Rappel : le coût des soins dispensés par un prestataire médical ou paramédical à un membre de sa famille, bénéficiaire du RCAM, ne sont pas remboursés.

1.7. Autorisation préalable

Il s'agit d'une procédure nécessaire pour certains remboursements à introduire auprès de votre bureau liquidateur.

La demande d'autorisation préalable doit être présentée avant le début du traitement. Une décision favorable est nécessaire pour pouvoir demander le remboursement des prestations. Néanmoins, il n'est pas nécessaire d'attendre la décision du Chef du bureau liquidateur pour entamer le traitement. Elle couvrira une période et, soit un nombre de traitements, soit un montant maximum remboursable. Le remboursement s'effectuera dans les limites de ladite décision.

La demande d'autorisation préalable consiste en plusieurs documents : formulaire d'autorisation préalable ou demande via RCAM en ligne; prescription médicale détaillée ; rapport médical complet ou devis (selon les prestations). Envoyez le tout à votre bureau liquidateur soit par courrier, soit via RCAM en ligne.

La décision par rapport à la demande est prise après avis du médecin-conseil qui se prononce sur la cohérence médicale de la prestation.

1.8. Prise en charge et avances

La prise en charge permet de demander à l'hôpital d'envoyer directement la facture d'hospitalisation à l'assurance maladie pour paiement direct. L'hôpital n'est pas obligé d'accepter la prise en charge.

La demande doit être introduite au préalable par l'affilié. Elle est accordée dans les cas suivants :

- hospitalisation : couvre les factures principales et celles des chirurgiens et de l'anesthésiste ;
- traitements ambulatoires lourds : dans le cadre d'une maladie grave reconnue, par exemple radiothérapie, chimiothérapie, dialyse ;
- achats répétitifs de médicaments coûteux, comme les hormones de croissance, l'utilisation itérative d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger (VSL) ou pour certains examens coûteux.

En l'absence d'une convention, n'oubliez pas de préciser dans votre demande la date d'entrée prévue ainsi que le prix journalier de la chambre et/ou une estimation du coût global.

Soyez conscients que, après tarification, une partie des frais (parfois élevés) sera portée à votre charge ; en cas de voyage dans des pays à médecine chère, il vous est recommandé de couvrir ce risque par une assurance. Sachez que si vous optez pour une prise en charge, les factures en question seront payées, après réception et une première vérification, par votre bureau liquidateur. Si vous désirez copies de vos factures, vous pouvez toujours vous adresser à l'hôpital. Il est recommandé de signaler à votre bureau liquidateur – secteur prise en charges – toute information utile en rapport avec votre séjour/facturation.

Des avances sur remboursement peuvent également être accordées sous certaines conditions afin de couvrir des dépenses importantes (remplir le formulaire pour demande d'avance et le renvoyer à votre bureau liquidateur).

Attention : La prise en charge est une facilité financière, elle n'est pas une garantie de remboursement. Toutes les procédures en vue d'un remboursement s'appliquent.

1.9. Demande de remboursement

Vous pouvez introduire votre demande de remboursement de manière électronique via l'outil « RCAM en ligne » <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>. La protection de vos données est garantie grâce à la connexion sécurisée via ECAS. Vous devrez alors obligatoirement conserver vos pièces originales durant 18 mois à partir de la date de réception de votre décompte.

Alternativement, les demandes de remboursement sont introduites par les affiliés auprès de leur bureau liquidateur au moyen d'un formulaire accompagné des pièces justificatives originales.

Dans le cas de demande de remboursement complémentaire, il y a obligatoirement lieu de joindre une copie de la facture originale acquittée accompagnée d'un relevé détaillé des remboursements perçus au titre d'un autre régime

1.10. Remboursement spécial

L'article 72§3, remboursement spécial, limite le risque que pourraient représenter les 20% ou 15% de non remboursement en cas de soins médicaux importants : en un an ce risque est limité à un demi-traitement mensuel de base. Il ne faut cependant pas oublier les plafonds, les exclusions et l'excessivité.

2. L'assurance accident (statutaire pour les actifs)

Le Statut assure le personnel actif contre les accidents professionnel et ceux de la vie privée. Cette assurance accident, qui s'arrête lors du départ en retraite (ou lors d'une invalidité), rembourse les soins de santé à 100% en complément au RCAM et donne un capital en cas d'invalidité ou de décès.

Pour les retraités et le personnel en invalidité (temporaire ou définitive) l'assurance statutaire accident n'est pas applicable mais le RCAM rembourse les soins dus à un accident comme s'il s'agissait d'une maladie (85 ou 80% avec les plafonds, exclusions et l'excessivité).

Une assurance spécifique « accidents » est proposée aux retraités et personnes en invalidité (qui ne jouissent plus de l'assurance accident statutaire réservée aux fonctionnaires et agents actifs)

3. Les assurances santé complémentaires

Tout affilié au RCAM peut souscrire, pour lui-même et les membres de sa famille, une assurance santé complémentaire qui lui assurera un remboursement complémentaire à celui du RCAM pour obtenir, au total, plus ou moins 100% de remboursement en fonction des soins.

Ces assurances complémentaires, collectives ou individuelles, sont offertes par des assureurs connus tels que Allianz BE - Vanbreda International (devenu Cigna) ; DKV Luxembourg ; Allianz DE - Worldwide Care ; Santalia ; Expat & Co. Ces assureurs ont bien étudié les règles du RCAM.

En général elles couvrent, avec certaines limitations, la partie des factures de soins et traitements médicaux non couverts par le RCAM. Certaines assurances assurent le remboursement à 100% en cas d'hospitalisation ; d'autres limitent ce remboursement complémentaire à 20% de la facture.

Toutes, sauf une, suivent le RCAM pour le remboursement des soins dus à un accident, comme s'il s'agissait d'une maladie et en fonction des conditions spécifiées par la police d'assurance.

Les primes annuelles varient fort en fonction des couvertures offertes mais, pour les assurances complémentaires hospitalisation, la prime annuelle varie généralement entre 70€ et 300 € en fonction de l'âge.

Ces assurances complémentaires ont des limitations plus ou moins importantes en ce qui concerne la couverture des soins de santé et sont limitées quant aux soins prodigués en dehors de l'Union européenne.

4. Les assurances assistance.

Comme indiqué ci-dessus, le RCAM et les assurances complémentaires au RCAM sont limitées, parfois très sérieusement, quant aux interventions pour les soins hors de l'Union européenne et en particulier dans des pays comme les USA, le Canada, la Norvège, la Suisse, ... Il faut également faire attention au coût élevé de la « médecine privée » dans certains pays comme le Royaume Uni, l'Italie, ... Plusieurs assurances complémentaires limitent leur remboursement à 25.000 € par an aux USA.

Le RCAM ne rembourse pas le rapatriement des affiliés qui tombent malades à l'étranger. La plupart des assurances complémentaires au RCAM suivent les règles du RCAM et ne considèrent pas non plus le rapatriement.

Qui veut se couvrir en cas de voyage en dehors de l'UE ou même simplement en dehors de son pays de résidence doit prendre une assurance assistance du type « Europe Assistance » qui assure le rapatriement en cas de nécessité et qui permet les soins immédiats, sur place, dans tous les pays visités, jusqu'à 1.000.000 €.

Plusieurs cartes de crédit offrent une assurance assistance mais il est essentiel de bien connaître les conditions générales, limitations et exclusions avant d'en avoir besoin !

B. Procédures de remboursement du RCAM

Cette partie du document est une copie du document édité par le PMO le 20 juin 2014 : « Guide pratique du remboursement des frais médicaux » qui est distribué à tout retraité.

1. Consultations et visites médicales

- Consultation = au cabinet du médecin.
- Visite médicale = le médecin se déplace chez le patient (p. ex. au domicile ou à l'hôpital).

En quoi consiste en principe une consultation ou une visite ? Un interrogatoire du malade ; Un examen clinique ; Eventuellement une prescription.

Qu'est-ce qui est également inclus dans la consultation ou dans la visite ? Des moyens de diagnostic tels que : la prise de tension artérielle, les frottis ; la prise de sang ; les analyses d'urine ; les injections ; les vaccinations ; les pansements ; l'établissement d'un certificat ; les frais liés au rendez-vous ainsi que les frais de déplacement du médecin.

Les consultations répétitives peuvent ne pas être remboursées après avis du médecin-conseil s'il estime qu'elles ne sont pas motivées ou nécessaires.

1.1. Remboursements

Honoraires	Taux de remboursement	Plafond ³	Taux en cas de maladie grave reconnue
Généraliste	85 %	35 €	100 %
Spécialiste	85 %	50 €	100 %
Visites urgentes, de nuit, le weekend ou jours fériés	85 %	---	100 %
Consultation du médecin traitant par téléphone, courrier, courriel	85 %	10 €	10 €
Sommité médicale ⁴	85 %	150 €	100 %

1.2. Ne sont pas remboursables

Les consultations sur Internet ; Les honoraires pour rendez-vous non respectés par le patient ; les frais d'envoi des rapports médicaux facturés séparément ; les consultations, examens ou actes pratiqués dans un but administratif ou non thérapeutique tels que : l'expertise judiciaire ; l'examen dans le cadre d'une assurance ; l'examen d'aptitude professionnelle ou pour l'obtention d'un brevet de pilote ; l'examen pratiqué dans le cadre de la médecine du travail (examen d'embauche ou visite médicale annuelle, éventuellement remboursé par le Service médical et non par le RCAM).

2. Hospitalisations et interventions chirurgicales

Sont considérés comme hospitalisations, les séjours en hôpital ou en clinique destinés : au traitement d'affections médicales ou d'interventions chirurgicales ainsi qu'aux accouchements, y compris les séjours en hôpital de jour; à la revalidation ou à la rééducation fonctionnelle faisant suite à une affection ou une intervention invalidante ; au traitement d'affections psychiatriques ; aux soins palliatifs.

2.1. Autorisation préalable

Une autorisation préalable (accompagnée d'un rapport médical) est nécessaire pour les séjours: d'une durée de plus de 6 mois ; destinés à une intervention de chirurgie plastique (p.ex. gastroplastie, correction de la cloison nasale, reconstruction mammaire) ; d'une durée de plus de 12 mois en hôpital psychiatrique ; de revalidation/rééducation ne suivant pas une hospitalisation ou si le séjour dépasse 2 mois ; dans une clinique spécialisée dans le dépistage et le diagnostic ; de revalidation/rééducation ne suivant pas une hospitalisation ; et pour l'accompagnement d'un patient hospitalisé.

³ Plafonds pour la Belgique. Le cas échéant, un coefficient d'égalité est appliqué lorsque les prestations ont lieu dans un autre Etat membre

⁴ Qu'est-ce qu'est une sommité médicale? Il s'agit d'un médecin spécialiste internationalement reconnu dans un domaine spécifique, responsable d'une équipe de recherche et auteur de publications. Le remboursement est néanmoins limité à 2 visites par an pour la même affection et cela uniquement sur autorisation préalable.

2.2. La lettre de prise en charge

La prise en charge permet à l'hôpital d'envoyer directement la facture d'hospitalisation à l'assurance maladie pour paiement direct. La partie des frais restant (parfois élevée notamment dans des pays à médecine chère tel que les USA, le Canada, la Suisse et la Norvège) à votre charge après tarification est retenue en principe sur les remboursements ultérieurs, éventuellement sur votre rémunération, pension ou sur toute autre somme qui vous est due par l'institution.

Attention : si vous disposez d'une prise en charge, l'hôpital ne peut pas exiger de vous le paiement d'un acompte ; la prise en charge n'est pas possible pour les bénéficiaires à titre complémentaire, lesquels doivent s'adresser à leur système de couverture primaire ; si le médecin-conseil a rendu un avis négatif à la suite d'une demande d'autorisation préalable, aucune prise en charge ne sera accordée et aucun remboursement ne vous sera consenti.

Des avances sur remboursement peuvent également être accordées sous certaines conditions afin de couvrir des dépenses importantes (remplir le formulaire pour demande d'avance et le renvoyer à votre bureau liquidateur).

Si l'hospitalisation survient en urgence... Exceptionnellement, la prise en charge peut être demandée (par vous ou pour vous) en précisant vos coordonnées, n° de personnel et hôpital concerné auprès du gestionnaire de prises en charge de votre bureau liquidateur en laissant un message sur le répondeur téléphonique, ou en l'absence de ce dernier, en envoyant un courriel. Le cas échéant, le PMO contactera l'hôpital où vous séjournez pour lui transmettre la lettre de prise en charge nécessaire.

Après l'hospitalisation...

Si vous avez bénéficié d'une prise en charge:

Votre bureau liquidateur vous fera parvenir le décompte de frais. La partie des frais à votre charge (+/- 15 %) sera en principe retenue sur vos remboursements futurs, éventuellement sur votre rémunération, pension ou sur toute autre somme qui vous est due par l'institution.

Si vous avez payé vous-même votre facture d'hospitalisation:

remplir une demande de remboursement, y joindre: la facture détaillée des prestations fournies (nomenclature nationale officielle) ; le cas échéant, la preuve de l'acompte que vous avez dû régler à l'entrée

Envoyer le tout à votre bureau liquidateur.

2.3. Taux de remboursement

Le taux de remboursement est de 85 %. y compris les honoraires du chirurgien et de ses assistants ainsi que ceux de l'anesthésiste.

Il est de 100 % : en cas de maladie grave reconnue ; pour les séjours en soins intensifs d'au moins 3 jours consécutifs ; pour les séjours en soins palliatifs ; après avis du médecin-conseil, pour les frais de séjour au-delà de 30 jours consécutifs.

Dans un remboursement à 85 %, les plafonds peuvent aller de 535 € à 10.000 € selon la catégorie de l'intervention. Pour la liste exhaustive des interventions chirurgicales ventilées par catégorie, veuillez-vous référer à l'annexe I des DGE.

Pour les interventions chirurgicales non reprises sur cette liste qui peuvent être assimilées à des interventions d'importance comparable, les frais seront remboursés après avis favorable du médecin-conseil.

Frais d'hébergement : le remboursement est limité au prix de la chambre individuelle la moins chère de l'hôpital et à la durée de l'hospitalisation selon sa nécessité. Il sera effectué sur présentation d'une facture en bonne et due forme.

Frais de diagnostic et de soins : le taux de remboursement est de 85 % ou de 100 % (maladie grave reconnue) pour les frais de salle d'opération et autres frais pour des soins relatifs à l'intervention chirurgicale, de même que pour les honoraires médicaux, les analyses, les examens de laboratoire et autres instruments en lien direct avec l'intervention ou l'hospitalisation.

Frais d'accompagnement : exceptionnellement, un remboursement de 85 % (plafonné à 40 €/jour) peut être accordé sur prescription du médecin traitant et après autorisation préalable pour les frais de séjour d'un membre de la famille qui accompagne un bénéficiaire hospitalisé avant son 14^e anniversaire ou d'un bénéficiaire ayant besoin d'une assistance familiale spéciale pour des raisons médicales. Ce remboursement est également d'application pour les frais de séjour d'un nourrisson qui doit accompagner sa mère.

2.4. Prestations non remboursées

Les interventions de chirurgie plastique considérées comme purement esthétiques.

3. Prestations liées à l'état de dépendance

Le remboursement des prestations liées à l'état de dépendance – séjours en établissement et frais de garde-malades – à l'exception des séjours de désintoxication, dépend du degré de dépendance. Ce dernier est établi par le médecin traitant au moyen de deux questionnaires. Seuls les degrés allant de 1 à 4 peuvent donner lieu à un remboursement (voir chapitre 3 du titre II des DGE).

Dans tous les cas, la demande d'autorisation préalable devra être accompagnée : du rapport médical justifiant la nécessité du séjour dans l'établissement et précisant la nature des soins ; des deux questionnaires sur l'état de dépendance complétés par le médecin traitant.

Ensuite, transmettre ces documents à votre bureau liquidateur soit par courrier, soit via RCAM en ligne.

3.1. Séjours continus de longue durée

3.1.1. Etablissements de repos et de soins

L'autorisation est valable pendant une période de 12 mois (renouvelable). Pour les frais de séjour, le taux de remboursement est de 85 % ou de 100 % (maladie grave reconnue) avec un plafond de 36 €/jour. Si la facture est globale et ne permet donc pas de faire la distinction entre les frais relatifs aux soins et ceux relatifs au séjour, le plafond sera de 36 € et la répartition des frais (soins ou séjour) dépendra du degré de dépendance.

3.1.2. Maison de soins psychiatriques

Le séjour et les soins sont remboursables à 85 % ou à 100 % (maladie grave reconnue). L'autorisation est renouvelable sur présentation d'un rapport détaillé du médecin traitant selon une périodicité fixée par le bureau liquidateur.

3.1.3. Etablissement de rééducation ou de revalidation fonctionnelle et hôpital psychiatrique

Les modalités de remboursement restent les mêmes. En revanche, en cas de facturation globale, la répartition forfaitaire est effectuée selon le degré 1 de dépendance.

3.1.4. Centre de jour

Fréquentation pendant la journée seulement d'un établissement de repos et de soins pour personnes âgées ou d'un centre de jour neurologique ou psychiatrique : les frais de séjour et de soins sont remboursés, aux mêmes conditions que le séjour permanent en établissement de repos et de soins avec un plafond de 18 €/jour pour les frais de séjour.

Fréquentation d'établissements médico-pédagogiques : seuls les soins sont remboursables.

3.1.5. Centre de désintoxication non hospitalier

Le séjour et les soins sont remboursés exclusivement à 85 % avec un plafond de 36 €/jour pour les frais de séjour.

En cas de facturation globale, la répartition forfaitaire est effectuée selon le degré 1 de dépendance et le remboursement se limite à un séjour de 6 mois sur une période de 12 mois.

3.2. Garde-malade

= « nursing » au domicile du malade plusieurs fois par jour, voire la journée et/ou la nuit entière. Les garde-malades doivent être légalement autorisés à exercer cette profession.

Une demande d'autorisation préalable doit être introduite accompagnée des deux formulaires d'évaluation du degré de dépendance complétés par votre médecin ainsi que d'un rapport médical précisant la durée de la prestation, la nature et la fréquence des soins à prodiguer. La preuve du rapport contractuel avec le/la garde-malade doit également être fourni.

3.2.1. Remboursement

Pour bénéficier du remboursement des frais des prestations de garde-malade les documents suivants doivent être présentés : La facture mensuelle calendrier conforme à la législation nationale et le cas échéant, la preuve de la cotisation sociale conformément à la législation nationale.

Le remboursement se fait à 80 % ou à 100 % (maladie grave reconnue).

Prestations temporaires à domicile (maximum 60 jours) : remboursables à 80 % avec un plafond de 72 €/jour ou à 100 % (maladie grave reconnue) avec un plafond de 90 €.

Prestations de longue-durée à domicile : le remboursement dépend du degré de dépendance.

Prestations en milieu hospitalier : non remboursables sauf dans les établissements publics où l'infrastructure sanitaire est insuffisante pour assurer les soins courants. Dans ce cas, les frais de garde engagés sur prescription du médecin traitant sont remboursés à 80 % sur autorisation préalable, avec un plafond de 60 €/jour ou à 100 % avec un plafond de 75 €/jour.

3.2.2. Non remboursables

Les frais de déplacement, de logement et de nourriture et tous les autres frais accessoires du garde-malade ; la surveillance par un adulte d'un enfant malade à domicile, en raison de l'absence des parents (consulter les services sociaux sur l'aide familiale).

4. Produits pharmaceutiques

Tout produit pharmaceutique (médicament, préparation par un pharmacien ou préparation homéopathique) à rembourser doit être prescrit par un médecin et de manière non excessive (c'est-à-dire ne dépassant pas les recommandations thérapeutiques usuelles).

4.1. Remboursement ⁵

Le remboursement s'effectue sur présentation de reçus ou de factures comportant les informations suivantes : le nom du médecin prescripteur ; le nom complet du patient ; la désignation du médicament prescrit ou en cas de médicament générique, celle du produit délivré, ou la composition de la préparation en cas de prescription magistrale (le numéro de la préparation ne suffit pas) ; le prix de chaque produit ; la mention du prix plein et, pour les personnes assurées en complémentarité du prix effectivement payé ; la date de délivrance des médicaments ; le cachet et la signature du pharmacien.

Ces indications sont également indispensables en cas de renouvellement d'ordonnance.

Produits nécessitant une autorisation préalable (accompagnée d'un rapport médical) en vue d'un remboursement : produits amaigrissants ; traitements hormonaux anti-âge ; hormones de croissance ; produits utilisés contre les troubles de l'érection en raison d'une opération de la prostate, d'un accident ou d'une maladie grave reconnue (plafond de 400 € par an) ; stupéfiants lors d'une cure de sevrage (100 % pendant 6 mois) ; produits pharmaceutiques utilisés en dehors de leur indication médicale reconnue ; produits diététiques et d'hygiène indispensables à la survie.

4.2. Taux de remboursement

Dans la majorité des cas, le taux de remboursement est de 85 % ou de 100 % (maladie grave reconnue). D'autres taux s'appliquent pour les produits : stupéfiants lors d'une cure de sevrage (100 %, sous conditions) ; diététiques (85 % ou 100 % sur 40 % du coût) ; de désintoxication tabagique (200 €, une seule fois, avec ou sans succès).

4.3. Non remboursés

Les produits cosmétiques, hygiéniques, esthétiques, diététiques ou de confort, sauf exceptions ; les vins et liqueurs toniques, les produits d'organothérapie, les oligo-éléments qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

5. Soins et traitements dentaires

5.1. Règles de remboursement

Soins et traitements préventifs

Afin de se faire rembourser, introduire une demande de remboursement de frais et la transmettre à votre bureau liquidateur.

Remboursement à 80 % pour les frais courants de prévention bucco-dentaire, de radiologie, de soins et d'extraction (plafond de 750 € par année civile).

Remboursement à 100 % (plafond de 1.500 €) : en cas de certaines maladies graves reconnues.

Une autorisation préalable⁶ délivrée par le bureau liquidateur sur présentation d'un devis détaillé et après avis du dentiste-conseil est obligatoire pour les traitements suivants :

⁵ Une liste reprenant les principaux produits remboursables et non-remboursables est régulièrement mise à jour. Les produits ne figurant pas sur cette liste peuvent être remboursés après avis positif du médecin-conseil. (My Intracomm-Ext ou RCAM en ligne)

⁶ Pour les prestations soumises à autorisation préalable, il y a lieu, sauf cas d'urgence ou de force majeure, d'utiliser les devis officiels du RCAM

- Parodontie : Remboursé à 80 % (plafond de 350 € par sextant, soit 2.100 € maximum au total pour la bouche sur une période de 16 ans).
- Orthodontie : Remboursé à 80 % (plafond de 3.300 €). Le traitement doit débuter avant le 18e anniversaire (sauf maladie grave reconnue). Un deuxième traitement est possible sous certaines conditions.
- Occlusodontie : Remboursé à 80 % (plafond de 450 €). Ce traitement n'est remboursable qu'une seule fois.
- Prothèses dentaires : Remboursé à 80 % (plafonds différents pour chaque type de prestation). Le renouvellement des prothèses n'est remboursable que tous les 6 ans (sauf en cas d'accident traumatique ou de maladie grave reconnue, et ce après avis du dentiste-conseil, sur présentation d'une justification médicale et d'un devis).
- Implantologie : Remboursé à 80 % (plafond de 550 € par implant). Le remboursement est limité à 4 implants par mâchoire, soit un maximum de 8 implants par bénéficiaire et ce tout au long de sa vie.

Dans le cas d'une maladie grave reconnue affectant la sphère buccale, le taux de remboursement de ces traitements passe à 100 % (dans la limite du double du plafond prévu pour chaque prestation) à la suite d'un avis conjoint du médecin-conseil et du dentiste-conseil.

5.2. Traitements non remboursables

Les frais relatifs aux traitements à visée esthétique : blanchiment des dents ; remplacement systématique des amalgames d'argent ; facettes sur les incisives intactes ; incrustations,...

6. Analyses et examens médicaux

Imagerie médicale, analyses, examens de laboratoire et autres moyens de diagnostic⁷.

6.1. Conditions de remboursement

Remplir une demande de remboursement ; Y joindre la facture détaillant les prestations fournies (nomenclature nationale officielle) ; renvoyer le tout à votre bureau liquidateur.

Certains moyens de diagnostic nécessitent une autorisation préalable.

C'est le cas pour :

- les analyses pratiquées dans le cadre : de la médecine anti-âge ; de l'hormonologie multiple ; des allergies et intolérances alimentaires ; d'examen génétiques (en dehors de la recherche d'une affection bien précise).
- les techniques nouvelles en matière d'examen, d'analyses et d'imagerie médicale dont les frais ne sont pas éligibles au remboursement dans au moins un Etat membre de l'Union européenne.

6.2. Taux de remboursement

Le taux de remboursement est de 85 % ou de 100 % (maladie grave reconnue).

⁷ Une liste exhaustive de tous les moyens de diagnostic remboursables et non remboursables est régulièrement mise à jour (My Intracomm-Ext ou RCAM en ligne)

6.3. Examens non remboursables

- Les analyses pratiquées dans le cadre : de la mesure du « stress oxydatif » ; de la micro nutrition ; de tests de floculation. ³/₄
- Les frais relatifs aux analyses et examens qui sont considérés comme non fonctionnels et/ou non nécessaires après avis du conseil médical.

7. Traitements médicaux thérapeutiques divers

Tels que des traitements de : kinésithérapie, physiothérapie, ostéopathie, infrarouges, ultrasons, aérosolthérapie, acupuncture, logopédie, psychothérapie, psychomotricité, logopédie / orthophonie, podologie ...

7.1. Conditions de remboursement

Les traitements médicaux doivent avoir été :

- **prescrits par un médecin ;**
- **soumis à une autorisation préalable si nécessaire ;**
- **effectués par des prestataires** (psychologue, kinésithérapeute, ostéopathe, acupuncteur, etc.) **professionnellement habilités et légalement autorisés** à exercer la profession médicale ou paramédicale, ou par des établissements médicaux ou paramédicaux dûment agréés par les autorités compétentes.

En Belgique, seuls les psychologues inscrits à la Commission des psychologues sont reconnus comme étant habilités à pratiquer cette profession. Par contre, dans d'autres pays, en plus des psychologues, les psychothérapeutes sont également habilités et légalement reconnus et leurs séances sont donc remboursables.

Les prescriptions médicales doivent :

- **être établies avant le début du traitement ;**
- **être datées de moins de 6 mois ;**
- **renseigner le nom du patient ;**
- **le motif du traitement ;**
- **le type de traitement et le nombre de séances.**

Les pièces justificatives doivent être conformes à la législation du pays dans lequel la prestation a eu lieu.

7.2. Taux de remboursement

Les traitements médicaux sont remboursés à 80 %, dans les limites des plafonds fixés pour chacune des prestations et de 100 % en cas de maladie grave reconnue avec toutefois un plafond pour certains traitements. En effet, le remboursement s'effectue dans la limite du plafond normal doublé en cas de traitement thérapeutique dans le contexte d'une maladie grave.

Pour chacun des traitements, il existe un nombre maximum de séances remboursable par année civile. Sauf mention contraire, un nombre plus élevé de séances peut faire l'objet d'un remboursement sur autorisation préalable, en cas de maladie grave reconnue, de revalidation post-opératoire ou post-traumatique ou de problème de mobilité réduite. Æ voir ci-dessous le point 7.4. Tableau des traitements divers

7.3. Traitements non remboursables

Les traitements à visée esthétique ; les abonnements de piscine ; les frais d'inscription dans des centres sportifs et de remise en forme.

7.4. Tableau des traitements divers

(Article 8 §2 des DGE)

PM : une prescription médicale est requise **AP** : une autorisation préalable est requise

A. Traitements pour lesquels une prescription médicale est requise

Nature traitement/prestations		PM	AP	Nb max de séances / 12 mois	Plafond (€)	Remarques
A 1	Aérosolthérapie	x		30	--	
A 2	Consultation d'un diététicien	x		10	25	
A 3	Kinésithérapie, physiothérapie et traitements assimilables ⁸	x		60	25	
A4	Pédicure médicale	x		12	25	

B. Traitements qui doivent être effectués par un médecin ou en milieu hospitalier

Nature traitement/prestations		PM	AP	Nb max de séances / 12 mois	Plafond (€)	Remarques
B 1	Acupuncture	x		30	25	Effectué par un prestataire légalement autorisé à délivrer ce type d'acte
B 2	Mésothérapie	x	x	30	45	- Effectué par un médecin ou en milieu hospitalier (honoraires du médecin inclus dans le plafond de 45 € par séance)
B 3	Rayons ultra-violets	x	x		35	- Un nombre supérieur de séances/an ne peut être accordé.

⁸ Traitements assimilables tels que massages médicaux, gymnastique médicale, mobilisation, rééducation, mécanothérapie, tractions, bains de boue (fango), hydromassages, hydrothérapie, électrothérapie, courants diadynamiques, radar, ionisation, ondes courtes, courants spéciaux, rayons infrarouges, ultrasons, etc.

C. Traitements pour lesquels une prescription médicale est requise et qui sont, DANS CERTAINS CAS, SOUMIS A AUTORISATION PREALABLE

Nature traitement/prestations		PM	AP	Nb max. de séances / 12 mois	Plafond (€)	Remarques
C 1	Bilan/examen psychologique complet effectué par un seul intervenant	x			150	
C 2	Chiropraxie/ostéopathie Personnes âgées de 12 ans ou plus Enfants âgés de moins de 12 ans	x x	 x	24 24	40	Un nombre supérieur de séances/an ne peut être accordé que sur AP. Les traitements d'ostéopathie crânienne, énergétique et viscérale, la micro-ostéopathie ne sont pas remboursables
C3	Logopédie/orthophonie (rapport médical établi par médecin ORL ou neurologue) <input type="checkbox"/> Enfants jusqu'à l'âge de 12 ans accomplis <input type="checkbox"/> Enfants âgés de 13 ans à moins de 18 ans <input type="checkbox"/> Personnes âgées de plus de 18 ans Bilan logopédique/orthophonique	 x x x	 x x	180 sur une ou plusieurs années 30 Pour l'ensemble du traitement	35 40	Troubles neurologiques importants : dépassement 180 séances sur autorisation préalable Concerne : - enfants atteints de surdité grave ou d'affection neurologique - adultes souffrant d'affections neurologiques ou laryngées
C 4	Psychomotricité, graphomotricité	x		60	35	
C5	Psychothérapie Effectué <input type="checkbox"/> par médecin spécialiste en psychiatrie, neuropsychiatrie ou neurologie <input type="checkbox"/> par psychologue ou psychothérapeute	X x	 x	30 tous types de séances confondus	60 90 25	<input type="checkbox"/> Séance individuelle <input type="checkbox"/> Séance familiale <input type="checkbox"/> Séance de groupe Un dépassement du nombre maximal de séances/an peut être accordé sur base d'une AP o Prescription par psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue o 10 premières séances peuvent être prescrites par médecin généraliste Pour enfants âgés de moins de 15 ans la prescription peut être établie par un pédiatre

D. Traitements toujours soumis à autorisation préalable

Nature traitement/prestations		PM	AP	Nb. max. de séances / 12 mois	Plafond (€)	Remarques
D 1	Bilan neuro-psychologique pluridisciplinaire	x	x		600	Sur base d'un rapport médical d'un neuro-pédiatre ou psychiatre
D 2	Caisson hyperbare	x	x		--	
D 3	Drainage lymphatique	x	x	20 /12 mois	25	En cas de maladie grave, pas de limitation du nombre de séances ni de plafond.
D 4	Endermologie à visée non esthétique	x	x	5 / 12 mois	--	Traitement de cicatrices vicieuses
D 5	Epilation	x	x		Montant maximum remboursable équivalent intervention chirurgicale - Cat.A1 - Cat. A2	Uniquement en cas d'hypertrichose pathologique du visage -Cat.A1 pour cas peu étendus - Cat.A2 pour cas étendus
D 6	Ergothérapie	x	x	--	--	
D 7	Laser : Traitement Laser ou photothérapie dynamique en dermatologie	x	x	20	--	
D 8	Orthoptie	x	x	20 /12 mois	35	Prescription par spécialiste en ophtalmologie indiquant l'identité de l'orthoptiste
D 9	Revalidation fonctionnelle pluridisciplinaire ambulatoire en service hospitalier.	x	x	--	--	
D10	Revalidation par appareil MDX, traitements selon méthode « David Back Clinic » ou école du dos	x	x	24 renouvelable en principe une fois	40	
D11	Traitements par ondes de choc en rhumatologie	x	x	--	--	
D12	Tout autre traitement non spécifié	x	x	--	--	

8. Auxiliaires médicaux.

Les frais de prestations du personnel infirmier sont remboursables à 80 % (ou à 100 % en cas de maladie grave reconnue), à condition que ces prestations aient été prescrites par un médecin et exécutées par une personne légalement autorisée à exercer la profession.

Pour les prestations complémentaires à celles effectuées par un garde-malade, une autorisation préalable est requise.

Les frais de déplacement du prestataire ne sont pas remboursables.

9. Cure de convalescence et postopératoire.

9.1. Conditions de remboursement

Demande d'autorisation préalable obligatoire.

Deux conditions pour que la cure soit remboursée:

- qu'elle soit effectuée sous contrôle médical dans un centre de convalescence disposant d'une infrastructure médicale et paramédicale adaptée ;
- qu'elle débute dans les 3 mois suivant l'intervention chirurgicale ou la maladie pour laquelle elle a été prescrite, sauf contre-indication médicale dûment justifiée dans le rapport accompagnant la prescription médicale et acceptée par le médecin-conseil.

L'autorisation de cure peut être renouvelée en cas de rechute ou de nouvelle maladie.

9.2. Niveaux de remboursement

Les frais de séjour : remboursés à 80 % (plafond de 36 €/jour) pour 28 jours/an maximum ou à 100 % (plafond de 45 €/jour) pour maladies graves.

Les frais de soins : remboursés séparément conformément aux dispositions prévues dans les dispositions générales d'exécution.

Les frais d'accompagnement : remboursés à titre exceptionnel à 85 % (plafond de 40 €/jour), sur prescription médicale et après autorisation préalable, dans les cas suivants :

- pour un membre de la famille qui accompagne, dans la chambre ou dans l'enceinte de l'établissement de cure, un bénéficiaire qui suit une cure avant son 14e anniversaire ou qui a besoin d'une assistance spéciale, compte tenu de l'affection ou d'une autre nécessité médicalement justifiée ;
- pour les frais de séjour de l'enfant en période d'allaitement qui doit accompagner sa mère en cure. Dans tous les autres cas, les frais d'accompagnement ne sont pas remboursés.

Les frais de voyage ne sont pas remboursables.

10. Cure thermale

Cure thermale = séjour de 10 à 21 jours dans un établissement spécialisé qui prodigue ses soins sous contrôle médical avec des eaux prises à la source avant qu'elles ne perdent certaines propriétés ou dans des centres paramédicaux spécialisés agréés par les autorités sanitaires nationales.

Une cure doit comporter au moins 2 soins appropriés/jour et ne pas être interrompue, sauf sur présentation d'un certificat du médecin de cure justifiant l'interruption pour raisons de santé ou

pour une raison familiale impérieuse (décès, maladie grave reconnue d'un membre de famille, etc.).

L'autorisation de cure est limitée à :

- 1 cure/an, avec un maximum de 8 cures sur la durée de la vie, pour les pathologies suivantes: rhumatisme et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires ; phlébologie et maladies cardio-artérielles ; neurologie ; maladies de l'appareil digestif, de ses annexes et maladies métaboliques ; gynécologie et maladies de l'appareil réno-urinaire ; dermatologie et stomatologie ; voies respiratoires.
- 1 cure/an à condition qu'elle soit effectuée dans le cadre du traitement d'une maladie grave reconnue ou en cas d'un psoriasis sévère ne répondant pas aux traitements classiques.

Attention : L'autorisation ne vous sera accordée que si :

- la cure thermique est reconnue nécessaire par le médecin-conseil ;
- vous avez suivi au cours de l'année les traitements prescrits et que ceux-ci se sont révélés insuffisants ;
- la cure a une valeur thérapeutique avérée.

10.1. Procédure de remboursement

Avant la cure... Au moins 6 semaines avant la date de la cure, veuillez présenter une demande d'autorisation préalable qui comporte des documents suivants :

- la prescription médicale du médecin traitant indépendant d'un centre de cure ;
- le rapport médical détaillé, établi depuis moins de 3 mois, précisant : les antécédents du patient et le détail des traitements suivis durant l'année pour la pathologie nécessitant la cure ; la durée de la cure, la nature des soins thermaux à suivre et le type de centre thermal agréé en rapport avec la pathologie concernée ;
- le cas échéant, la prescription médicale justifiant l'accompagnement.

Après la cure...

- Si l'autorisation préalable a été accordée, remplir une demande de remboursement et y joindre la facture détaillée acquittée. Envoyer le tout à votre bureau liquidateur.
- Si l'autorisation préalable n'a pas été accordée, le remboursement des frais de soins reste possible. Remplir une demande de remboursement et y joindre : une prescription originale du médecin traitant indépendant du centre de cure, datant de moins de 6 mois et mentionnant le diagnostic, le nombre et le type de soins; une facture détaillée conforme à la prescription médicale avec indication des dates, du nombre de séances et du prix du traitement. Envoyer le tout à votre bureau liquidateur.

10.2. Niveau de remboursement

Frais de traitement et de contrôle médical : 80 % (plafond global de 64 €/jour) ou de 100 % (plafond global spécial de 80 €/jour) en cas de maladie grave reconnue.

Les frais d'accompagnement : 85 % (plafond de 40 €/jour), sur prescription médicale et après autorisation préalable, dans les cas suivants :

- pour un membre de la famille qui accompagne, dans la chambre ou dans l'enceinte de l'établissement de cure, un enfant qui suit une cure avant son 14e anniversaire ou qui, compte tenu de l'affection ou d'une autre nécessité médicalement justifiée, a besoin d'une assistance spéciale.

- pour les frais de séjour de l'enfant en période d'allaitement qui doit accompagner sa mère en cure.

10.3. Ne sont pas remboursables :

- Les cures de thalassothérapie et de remise en forme ;
- les frais de voyage ; $\frac{3}{4}$ les frais de séjour, logement et repas ;
- les frais accessoires aux soins ;
- les traitements tels que : les bains de mer, de lac, les bains de sable, le sauna, le solarium,...

11. Lunettes

11.1. Sont remboursables :

- tous les ans pour les personnes jusqu'à l'âge de 18 ans ;
- tous les 2 ans pour les personnes âgées de plus de 18 ans ;
- plus fréquemment, suite à un changement de dioptrie ou d'axe au moins égal à 0,50, attesté par un médecin ophtalmologiste.

Le remboursement des lunettes est limité à 2 paires comprenant la monture et les verres correcteurs quelles que soient leurs caractéristiques :

- soit 1 paire de lunettes avec verres unifocaux pour vision de près et 1 paire avec verres unifocaux pour vision de loin ;
- soit 1 paire de lunettes avec verres multifocaux ou progressifs et, le cas échéant, 1 paire de lunettes avec verres unifocaux pour vision de près ou de loin.

11.2. Modalités de remboursement

La facture originale doit reprendre :

- le genre de vision (loin, près, multifocale) ;
- les caractéristiques des verres (puissance de chaque verre correcteur et dioptrie) ;
- le prix des verres ;
- le prix de la monture séparément.

Le taux de remboursement est de 85 % :

- pour les montures (plafond de 120 €) ;
- pour les verres selon les critères suivants :
 - Verres normaux : plafond par verre (en €)
 - jusqu'à 4 dioptries 110
 - de 4,25 à 6 dioptries inclus 140
 - de 6,25 à 8 dioptries inclus 180
 - au-delà de 8,25 dioptries 300
 - Verres multifocaux / progressifs 350

Les frais d'acquisition d'yeux artificiels sont remboursés à 85 % et à 100 % en cas de maladie grave.

Ne sont pas remboursables,

- les lunettes avec verres non-correcteurs ;
- les lunettes solaires ;
- les lunettes de travail sur ordinateur (éventuellement remboursées par le Service médical et non par le RCAM).

12. Lentilles de contact

12.1. Conditions de remboursement

La facture doit mentionner : le genre de vision (loin, près, multifocale) ; les caractéristiques des lentilles (puissance et dioptrie) ; le type de lentilles (jetables ou conventionnelles) ; le prix des lentilles.

12.2. Niveau de remboursement

Les frais d'acquisition de lentilles de contact correctrices, conventionnelles et/ou jetables, ainsi que les frais d'acquisition des produits d'utilisation sont remboursables à 85 % (plafond global de 500 € par période de 24 mois).

Si les lentilles de contact ont été achetées via Internet, le remboursement ne peut se faire que sur présentation d'une facture en bonne et due forme.

13. Appareils auditifs

Concerne l'achat ou la réparation d'appareils prescrits par un ORL ou par un audiométriste.

13.1. Conditions de remboursement

Remplir une demande de remboursement et y joindre la prescription médicale de l'ORL ou de l'audiométriste et la facture acquittée.

13.2. Niveau de remboursement

Remboursés à 85 % (plafond de 1.500 € par oreille⁹). Renouvellement possible tous les 5 ans, sauf en cas de variation des conditions audiométriques.

L'entretien et les piles n'est pas remboursable.

14. Appareils orthopédiques et autres matériels médicaux.

14.1. Equipements considérés

Les équipements ci-dessous sont sujets à remboursement partiel mais souvent avec autorisation préalable.

Compresseurs - bandages élastiques - autres p.ex. ceintures de grossesse, genouillères, chevillères, ceintures lombaires simples : PM ; pas AP ; remb 85%

Paire de bas à varices : PM ; pas de AP ; remb 85% ; max 3 paires par an

Achat ou modification de semelles orthopédiques (par semelle) : PM ; pas AP ; 85% ; 4 pièces/an.

⁹ En cas de maladie grave de la sphère auditive ou si l'appareil est destiné à des personnes de moins de 18 ans, une dérogation aux plafonds et aux délais de renouvellement peut être accordée après autorisation préalable

Béquilles et cannes : PM ; pas de AP ; remb 85%

Prothèses mammaires externes : PM ; pas de AP ; remb 85% ; 2 pièces par côté par an

Fauteuils roulants simples à propulsion personnelle ;

- achat PM ; AP ; 5ans 85% ; max 650 €
- location < 3 mois : PM ; pas AP ; 85%
- location > = 3mois ; PM ; AP ; 5 ans ; 85% ; max 650€
- réparation ; AP : 85%
- entretien (pneus, etc.) non remboursable 0%

Cadre de marche 2 roues et siège

- achat ; PM ; AP ; 85% ; max 140 €
- location < 3 mois ; PM ; pas de AP ; 85%
- location > = 3 mois ; PM ; AP ; 85%
- réparations : non remboursable

Chaise percée, chaise de douche (à domicile)

- achat : PM ; AP ; 85% ; max 100€
- location < 3 mois : PM ; pas AP ; 85%
- location > = 3 mois : PM ; AP ; 85%
- réparations Non remboursable

Lit de type hôpital (à domicile)

- achat : PM ; AP ; 85% ; max 1.000 €
- location < 3 mois : PM ; pas AP ; 85%
- location > = 3mois : PM ; AP ; 85%
- réparation ou usage en institution médicalisée non remboursable

Matelas anti escarres, compresseur inclus

- acquisition PM AP 3ans 85% 500 500
- location < 3 mois PM NON 85%
- location > = 3mois PM AP 85%

Appareil pour apnées du sommeil (CPAP), humidificateur inclus

- achat : PM ; AP 5ans ; 85% ; max 1.700€
- location < 3 mois : PM ; pas AP ; 85%
- location > = 3mois : PM ; AP ; 85%
- accessoires et entretien CPAP hors année d'achat : PM ; AP 1an ; 85% ; max 350 €

Tensiomètre : PM ; AP 5ans ; 85% ; max 125 €. Réparation non remboursable

Aérosol :

- achat : PM ; AP 5ans ; 85% ; max 125 €
- location : PM ; pas AP ; 85%
- location > = 3 mois : PM ; AP ; 85%
- réparation Non remboursable

Matériel pour suivi et traitement du diabète traité par insuline

- glucomètre : PM ; AP 3ans ; 100% ; max 75€
- tiges, seringues à insuline, lancettes : PM (pour premier achat seulement) AP ; 100%

Matériel pour suivi et traitement du diabète de type 2 non insulino-requérant avec hémoglobine Glycosylée supérieure à 7%)

- glucomètre : PM ; AP 3ans ; 85% ; max 75 €

- tigarettes : PM ; AP ; 85% ; 500 € max par an

Matériel pour incontinence : PM ; AP 1an ; 85% ; max 600 €

Matériel pour stomie : PM ; pas AP ; 85%

Prothèse capillaire – perruque : PM ; AP 1an ; 85% ; max 750€

Paire de chaussures orthopédiques correctives sur mesure

- achat en cas de pathologie du pied hors cadre 100% : PM ; AP ; 85% ; max 720 ; 2 paires/an
- achat en cas de pathologie du pied cadre 100% : PM ; AP : 100% : max 1.440€ ; 2 paires/an
- achat en cas de maladie grave du pied : PM ; AP ; 100% ; 2 paires par an
- réparation sur présentation facture : 85%

Membres, segments de membres, orthèses articulées

- acquisition : PM ; AP à définir individuellement, devis requis
- réparation sur présentation facture : PM ; AP à définir individuellement

Appareils autres dont le coût estimé est supérieur à 2000€ : PM ; AP à définir individuellement, devis

Matériel spécifique, électrique, électronique et/ou sur mesure en cas de maladie grave (acquisition) : PM ; AP à définir individuellement, devis requis

Irrigateurs et thermomètres : non remboursable

Systèmes vacuum pour traitement de l'impuissance : PM ; AP ; max 200 €

Appareil de mesure du temps de coagulation : PM ; AP ; critère: en cas d'anticoagulation à vie

Seringues : PM ; AP ; critères : en cas de diabète ou d'autres maladies chroniques nécessitant des injections répétées

14 .2. Ne sont pas remboursables

Les frais d'aménagement fixes du domicile ou d'un véhicule, les accessoires domotiques, d'informatique, de télé-vigilance, le mobilier non strictement médical, tels que les fauteuils relax et autres articles assimilés. Ils ne sont pas du ressort du RCAM.

15. Frais de transport

15.1. Conditions de remboursement

Avant le déplacement... Remplir une demande d'autorisation préalable et y joindre un certificat médical qui justifie la nature et la nécessité du transport. En cas de plusieurs allers retours, la prescription doit préciser les raisons et justifier le nombre de trajets indispensables.

En ce qui concerne les conditions, la décision tient compte entre autres, du fait que les soins ne peuvent être donnés au lieu d'affectation ou de résidence du bénéficiaire et/ou que celui-ci est dans l'incapacité d'utiliser les moyens de transport publics ou privés.

Après le déplacement... Remplir une demande de remboursement et y joindre : les pièces justificatives du transport (p.ex. factures acquittées, titres de transport/voyage, etc.).

15.2. Niveau de remboursement

Remboursés à 80 % ou 100 % (maladie grave reconnue). A défaut des justificatifs requis, le remboursement est fixé à 80 % ou à 100 % du prix d'un billet de train en 1re classe ou, le cas échéant, du plafond de 0,22 €/km.

Seul est pris en considération le remboursement du moyen de transport adapté au cas du bénéficiaire, vers l'établissement ou le prestataire de soins le plus proche qui est en mesure de prendre en charge sa pathologie de manière adéquate.

15.3. Ne sont pas remboursables

Les frais de transport :

- pour raisons familiales, linguistiques ou de convenance personnelle ;
- pour la consultation d'un médecin généraliste ;
- pour une cure thermale ou de convalescence ;
- pour se rendre sur le lieu de travail ou pour toute autre raison non reconnue par le bureau liquidateur ;
- de rapatriement en cas de maladie ou d'accident ;
- de recherche en montagne, en mer, etc. ;
- de transport en véhicule privé à l'intérieur de l'agglomération de résidence. Sauf en cas de traitements répétitifs lourds tels que radiothérapie, chimiothérapie, dialyse, etc., auquel cas, les frais seront remboursés après avis du médecin-conseil.

Attention

Le transport d'urgence motivé (par exemple en cas d'accident) est remboursable sans autorisation préalable. Mais, le cas échéant, le médecin-conseil peut être appelé à rendre un avis.

Le libre choix du prestataire ou de l'hôpital n'implique pas nécessairement le remboursement des frais de déplacements.

16. Frais funéraires

16.1. Indemnité forfaitaire

Une indemnité forfaitaire pour frais funéraires est versée :

- à l'affilié : en cas de décès d'une personne affiliée de son chef ou d'un enfant mort-né (d'au moins 22 semaines) ;
- au conjoint, partenaire reconnu, enfants ou, à défaut, à toute autre personne qui justifie du paiement des frais funéraires : en cas de décès de l'affilié.

Le montant de l'indemnité forfaitaire pour frais funéraires s'élève à 2.350 €.

16.2. Conditions

- Pour l'affilié (en cas de décès d'une personne affiliée de son chef ou d'un enfant mort-né) : envoyer une copie de l'acte de décès au bureau liquidateur de l'affilié. Pour les ayants-droit : envoyer une copie de l'acte de décès au bureau liquidateur de l'affilié.
- Pour les tiers : envoyer la preuve du paiement des frais funéraires au bureau liquidateur de l'affilié.

17. Voyages à l'étranger

Il vous est suggéré de :

- Imprimer un certificat (attestation) de couverture par notre assurance maladie pour vous et votre famille (via RCAM en ligne ou PMO Contact Online)
- Imprimer également une demande de prise en charge (My Intracomm-Ext)
- Imprimer une déclaration d'accident (My Intracomm-Ext)

Vous pouvez demander ces documents par l'intermédiaire de la SEPS-SFPE.

Attention

Certains hôpitaux n'acceptent pas la prise en charge et exigent un paiement immédiat. C'est pourquoi, nous vous conseillons de souscrire une assurance assistance auprès d'une compagnie d'assurance privée. Celle-ci couvrira également les coûts qui ne sont pas pris en charge par notre assurance maladie tels que les frais de transport ou de rapatriement vers le domicile. Une assurance complémentaire au RCAM (voir ci-dessous) pourra rembourser la partie des frais qui pourrait rester à votre charge, notamment dans des pays à médecine chère.

18. Remboursement spécial au titre de l'article 72§3 du Statut

18.1. Définition

Les conditions et les modalités de calcul du remboursement spécial prévu à l'article 72 § 3 du statut sont fixées à l'article 24 de la réglementation commune.

Ce remboursement complémentaire intervient lorsque les frais exposés par l'affilié qui ne sont pas exclus par les DGE du champ d'application de cet article et qui n'ont pas été remboursés, dépassent au cours d'une période de 12 mois la moitié de la moyenne des revenus mensuels de base d'origine statutaire perçus pendant cette période.

18.2. Taux de remboursement

La partie non remboursée des frais qui dépasse la moitié de la moyenne de ces revenus est remboursée à 90 % à l'affilié sans personne assurée de son chef et à 100 % dans les autres cas.

Le calcul du remboursement spécial s'effectue sur base de la date des prestations et non sur celle de la date des décomptes.

18.3. Comment se faire rembourser

Une note d'information établie à partir des montants exposés au maximum pendant les 36 derniers mois écoulés, est adressée à sa demande, à l'affilié susceptible de bénéficier du remboursement spécial. Elle tient compte de la revalorisation des rémunérations prévue à l'article 65 du Statut.

Pour plus de certitude, une demande directe peut être faite à l'aide du formulaire en Annexe M25/4^{ème} Partie du Vade-mecum.

19. Couverture du conjoint et des enfants à charge

19.1. Revenu d'origine professionnelle

Est considéré comme d'origine professionnelle le revenu perçu en raison d'une activité professionnelle actuelle ou passée ou d'une pension perçue en raison d'une précédente activité

professionnelle. Les montants de pension versés en raison d'autres contributions que celles d'origine professionnelle ne sont pas considérés comme revenu d'origine professionnelle (p.ex. plan d'économie pension). De même les pensions versées exclusivement en raison de contributions autres que celles d'origine professionnelle sont exclues intégralement.

19.2. Couverture primaire

Les membres de la famille sans aucun revenu (ou très faible revenu) peuvent être couverts à titre primaire :

Les époux(épouses)/partenaires reconnu(e)s, les enfants à charge et les personnes assimilées aux enfants à charge peuvent bénéficier de la couverture "assurance maladie" selon les conditions détaillées ci-dessus.

Exceptionnellement, le conjoint/partenaire reconnu peut être couvert à titre primaire par le RCAM s'il remplit une des conditions suivantes:

- si ses revenus annuels imposables d'origine professionnelle sont inférieurs à 20 % du plafond publié annuellement. (Voir la DGE Titre III, Chapitre 3). Par exemple 7.264,90 € pour la Belgique et le Luxembourg) **et** s'il prouve qu'il lui est impossible de s'assurer à un régime légal ou réglementaire, ou
- si le montant des primes pour souscrire une assurance-maladie s'élève à au moins 20 % des revenus imposables d'origine professionnelle, ou
- si le régime de sécurité sociale exige une période probatoire (pendant la durée d'une telle période).

Ne bénéficient pas de la couverture "accident et maladie professionnelle" selon l'article 73 du Statut. Toutefois, tous les frais médicaux (même ceux encourus suite à un accident) sont éligibles au remboursement par le Régime Commun d'Assurance Maladie.

Les taux de remboursement s'élèvent entre 80 et 85%, dans les limites établies par la Réglementation.

19.3. La couverture à titre complémentaire, par le RCAM, peut être octroyée à condition que le revenu annuel imposable du conjoint ou de la personne considérée ne dépasse pas le plafond publié annuellement. Voir la DGE Titre III, Chapitre 3. Par exemple, pour la Belgique, en 2015, un revenu brut de 36.324,48 €, déduction faite des frais professionnels et des charges sociales), il n'a pas droit à bénéficier de la couverture RCAM.

Dans ce cas, il est tenu de s'adresser préalablement à son régime légal ou réglementaire d'assurance-maladie primaire.

Exceptionnellement, le conjoint/partenaire reconnu peut être couvert à titre primaire par le RCAM s'il remplit une des conditions suivantes:

- si ses revenus annuels imposables d'origine professionnelle sont inférieurs à 20 % du plafond publié annuellement. (Voir la DGE Titre III, Chapitre 3). Par exemple 7.264,90 € pour la Belgique et le Luxembourg) **et** s'il prouve qu'il lui est impossible de s'assurer à un régime légal ou réglementaire, ou
- si le montant des primes pour souscrire une assurance-maladie s'élève à au moins 20 % des revenus imposables d'origine professionnelle, ou

- si le régime de sécurité sociale exige une période probatoire (pendant la durée d'une telle période).

Formulaire de demande d'affiliation en Annexe M17/4^{ème} Partie.

Note.

Les informations de ce chapitre I. sont données à titre indicatif.

Le détail des règles applicables figure dans les DGE. (Les DGE complètes sont disponibles au secrétariat de la SFPE).

II. Les obligations liées à votre pension

Pour continuer à recevoir votre pension, vous devez informer l'unité «pensions», renvoyer la déclaration, fournir la preuve de votre lieu de résidence, faire preuve d'intégrité et préserver le caractère confidentiel des informations.

1. Continuer à recevoir votre pension

Une fois que vous avez pris votre retraite, vous devez informer l'unité Pensions (PMO/04) de tout changement dans votre situation personnelle. Vous devez également informer cette unité de tout changement dans votre situation personnelle susceptible d'avoir une incidence sur vos droits à pension, comme **par exemple**:

- l'octroi d'allocations familiales nationales
- tout changement dans la situation scolaire de vos enfants
- tout changement d'adresse.
- ...

En l'absence de communication de ces informations, le PMO se réserve le droit de suspendre le paiement de votre pension et de toute autre allocation.

De plus, si vous recevez une pension, vous-même et les personnes à votre charge devez **fournir toutes les preuves écrites** demandées par l'unité Pensions.

2. Déclarer les revenus du conjoint

Si vous bénéficiez de l'allocation de foyer ou de la couverture complémentaire de l'assurance maladie sur base des revenus de votre conjoint, ceci vous concerne...

Si l'allocation de foyer et/ou la couverture complémentaire de l'assurance maladie vous sont accordées en fonction du montant des revenus de votre conjoint ou partenaire reconnu, vous devez transmettre chaque année au PMO une déclaration d'activité ou de revenu professionnel le concernant.

La couverture complémentaire du RCAM pour votre conjoint s'arrête le 30 juin de chaque année. Introduisez dès que possible cette déclaration de revenu de votre conjoint afin que votre demande de remboursement de frais médicaux le concernant ne soit pas rejetée.

Autre précision, étant donné que tout changement dans la situation professionnelle de votre conjoint peut avoir un impact sur vos droits, vous êtes tenu de le signaler au PMO.

Vous pouvez déclarer les revenus de votre conjoint soit :

- via PMO Contact en ligne
- par écrit à l'adresse : PMO RCAM, Service du Droit, SC27 03/22, rue de la Science, 27, BE-1049 Bruxelles

3. Montants indûment versés

Le PMO cherchera à récupérer tout montant indûment versé dès qu'il en aura connaissance, qu'il soit le résultat d'une fausse déclaration, d'informations incorrectes ou d'une omission.

4. Déclaration (bis) annuelle

Une fois que vous aurez pris votre retraite, le PMO vérifiera votre situation personnelle tous les 2 ans, afin de s'assurer que vous remplissez toujours toutes les conditions liées à l'octroi de votre pension d'ancienneté, de votre allocation d'invalidité, de vos allocations familiales ou de votre coefficient correcteur.

Vous recevrez des formulaires à compléter tous les 2 ans (un certificat de vie vous concernant en votre qualité de pensionné et concernant les personnes à votre charge). Ces formulaires devront être renvoyés dans un délai d'1 mois à compter de la date de votre anniversaire. Si votre numéro de pension se termine par un nombre pair, vous recevrez ces formulaires les années paires. S'il se termine par un nombre impair, vous les recevrez les années impaires.

Toutefois, si vous avez plus de 80 ans, si vous avez pris votre retraite au titre des mesures de dégageement (2002/2004), si vous êtes bénéficiaire d'une indemnité article 50 ou si vous êtes un membre de la Commission à la retraite, ces formulaires vous seront envoyés chaque année.

Si vous constatez que les informations figurant dans votre dossier ne sont plus à jour, veuillez en informer l'unité Pensions le plus rapidement possible, afin de nous permettre d'y apporter les changements nécessaires.

5. Fournir la preuve de votre lieu de résidence

Un coefficient correcteur sera appliqué à votre pension en fonction de votre résidence principale, à savoir le pays dans lequel vous avez fixé votre centre d'intérêt stable et durable. Si vous êtes parti à la retraite après 2004, votre lieu de résidence doit être votre lieu d'origine ou votre dernier lieu d'affectation.

La notion de centre d'intérêt recouvre toute une série d'aspects (attaches familiales et sociales, domicile fiscal, intérêts patrimoniaux, activité professionnelle, présence stable et durable, paiement des factures de prestations de services publics - eau, électricité, téléphonie fixe, etc.) qui ne correspondent pas toujours au même lieu.

Vous pouvez apporter la preuve de votre lieu de résidence par tous les moyens que vous jugerez utiles, mais le PMO peut réclamer les preuves supplémentaires qu'il estime nécessaires (sans toutefois violer votre droit au respect de la vie privée). En l'absence de preuves satisfaisantes, aucun coefficient correcteur ne sera octroyé.

6. Faire preuve d'intégrité et préserver le caractère confidentiel des informations

En votre qualité d'ancien fonctionnaire ou agent temporaire/contractuel, certaines obligations auxquelles vous étiez soumis lorsque vous étiez en service restent d'application, en particulier les devoirs d'honnêteté et de discrétion.

Vous êtes tenu de vous abstenir de toute divulgation non autorisée d'informations portées à votre connaissance dans l'exercice de vos fonctions, à moins que ces informations ne soient déjà accessibles au public. Cela signifie que vous ne pouvez pas accepter de fonctions qui seraient incompatibles avec les intérêts de l'UE une fois que vous avez quitté vos fonctions.

III. Volontés exprimées

1. Ma volonté concernant mon environnement

Si je ne peux plus subvenir à mes besoins, soit pour cause de maladie soit à cause de l'âge, je veux que soient respectés les désirs exprimés par l'Annexe D1 de la 2^{ème} Partie du Vade-mecum

2. Ma volonté concernant ma maladie

Si je suis gravement malade, je désire que soient respectées les volontés exprimées par l'Annexe D2 de la 2^{ème} Partie du Vade-mecum

IV. Assurances complémentaires au RCAM

Tout affilié au RCAM peut souscrire, pour lui-même et les membres de sa famille, une assurance santé complémentaire qui lui assurera un remboursement complémentaire à celui du RCAM pour obtenir, au total, plus ou moins 100% de remboursement en fonction des soins.

La SFPE a établi un dossier relatif aux assurances santé complémentaires et accidents. Il est disponible sur demande au secrétariat.

Liste des assurances santé complémentaires au RCAM

1. Couverture complémentaire au RCAM limitée aux cas d'hospitalisation

Une opération chirurgicale importante, suivie de revalidation de longue durée et soins variés, par exemple, peut coûter cher : plusieurs dizaines de milliers d'euros. Dans ces conditions un complément d'assurance santé peut s'avérer intéressant si cette assurance est bon marché (par exemple 100 à 200 € par an) :

- pour couvrir le risque que laisse le RCAM (un demi-salaire mensuel de base ou une demi-pension mensuelle par an – Art. 72§3)
- pour s'affranchir de certains plafonds du RCAM (offert par certaines assurances)
- pour éviter les règles administratives qui retardent le remboursement spécial de plus d'un an : l'Art. 72§3 porte sur une année.

Deux assurances collectives et quatre assurances individuelles sont spécifiquement offertes aux « expatriés » (agents des Institutions européennes) à la date du 01.01.2015 :

1.1. HOSPI SAFE de Allianz BE / Vanbreda Int devenu Cigna (BCVR 8672) négociée par Afiliatys.

Doit être souscrite 6 mois au moins avant le retraite. Questionnaire médical. Remboursement à 100% effectif. Prime annuelle de l'ordre de 200€ à 65 ans

1.2. EUROSANTE Option Tranquillité, de Worldwide Care Allianz DE / Concordia/ introduite par l'US.

Peut être souscrite jusqu'à 67 ans mais sera renégociée à 68 ans. Questionnaire médical. Remboursement à 100% effectif. Prime annuelle de l'ordre de 200 € à 65 ans.

1.3. GROS RISQUES de Allianz BE / Vanbreda Int devenu Cigna (BCVR 8673) négociée par AIACE.

Spécifique pour les retraités. Peut être souscrite jusqu'à 68 ans. Questionnaire médical. Remboursement à 100 % mais limité au maximum remboursé par le RCAM. Prime annuelle de l'ordre de 200 €.

1.4. EUROHOSPI de Santalia / EAS, proposée par R&D ;

Peut être souscrite jusqu'à 65 ans. Pas de questionnaire médical mais période de stage de 3 mois. Remboursement des 20 ou 15% non remboursés par le RCAM. Prime annuelle de l'ordre de 200 € à 65 ans

1.5. EUCARE HOSPI de Santalia / Wyr, proposée par la FFPE.

Idem EUROHOSPI. Assurance assistance comprise. Ordre de grandeur de la prime annuelle à 65 ans : 250 €.

1.6. Europat Local PLUS GOLD EU – option 1, de Expat & Co / Wyr, proposée par la FFPE
Peut être souscrite jusqu'à 70 ans. Pas de questionnaire médical. Stage de 3mois.
Remboursement complémentaire à 100% effectif plus avantages.
Prime annuelle à la souscription, ne variant plus en fonction de l'âge : 600 € à 60 ans mais 275 € à 40 ans.

2. Couverture complémentaire au RCAM relativement complète

(Hospitalisation / opération chirurgicale / visites médicales / médicaments prescrits / certains frais ambulatoires / soins dentaires / optiques)

Six polices d'assurances, complémentaires au RCAM, sont disponibles une collective, quatre individuelles :

2.1. HOSPI SAFE PLUS de Allianz BE / Cigna (ex Vanbreda) (BCVR 8672) négociée par Affiliatys.

Doit être souscrite 6 mois avant la retraite. Questionnaire médical.

Outre les hospitalisations (1.1.1.) rembourse 80% de la différence entre la facture et le remboursement RCAM (même s'il y a des plafonds).

Concerne nombreux soins ambulatoires (kiné, ...) visites médicales et médicaments, soins dentaires, optiques, auditifs, prothèses, ... certaines limitations.

Prime annuelle à 65 ans de l'ordre de 1.400 €

2.2. EUROSANTE Option Optimum de Worldwide Care Allianz DE / Concordia/ introduite par l'US

Doit être souscrite avant 68 ans. Renégociation à 68 ans. Questionnaire médical. Outre les hospitalisations (1.1.2.) rembourse 80% de la différence entre la facture et le remboursement RCAM (même s'il y a des plafonds). Certaines limitations.

Concerne nombreux soins ambulatoires (kiné, ...), soins dentaires, optiques, auditifs, prothèses, ... Prime annuelle à 65 ans de l'ordre de 1.400 €

2.3. DKV EU Plus de DKV Luxembourg / Wry, introduite par la FFPE

Doit être souscrite avant 70 ans. Questionnaire médical. Stages d'attente.

Rembourse de 20 à 15% pour compléter les remboursements RCAM. Hospitalisation, visites, médicaments, soins ambulatoires, soins dentaires optiques, audition, ... Limitations

Prime annuelle à la souscription à 65 ans de l'ordre de 1400€ mais de 800 à 40 ans. Invariable en fonction du temps

2.4. EUROSANTE+ de Santalia / EAS, introduite par R&D

Doit être souscrite avant 75 ans. Questionnaire médical. Stages d'attente.

Rembourse de 20 à 15% pour compléter les remboursements RCAM. Hospitalisation (voir 1.1.4.), visites, médicaments, soins ambulatoires, soins dentaires optiques, audition, prothèses. Limitations ;

Prime annuelle à 65 ans : 950 € ; 1450 € à 71 ans.

2.5. EUCARE+ de Santalia / Wry, introduite par la FFPE

Doit être souscrite avant 75 ans. Questionnaire médical. Stages d'attente.

Rembourse de 20 à 15% pour compléter les remboursements RCAM. Hospitalisation (voir 1.1.5.), visites, médicaments, soins ambulatoires, soins dentaires optiques, audition, prothèses. Limitations ;

Prime annuelle à 65 ans : 1.000 € ; 1.500 € à 71 ans.

2.6. Europat Local Plus GOLD EU de Expat & Co / Wry SCRL introduite par la FFPE

Module 1, options '1 (1.1.6.),

Option 2_: Soins ambulatoires : visites médicales habituelles, médicaments prescrits, soins ambulatoires indépendants de toute hospitalisation (kiné, physio; équipements

Option 3 : couverture complémentaire des soins dentaires et optiques à 100% mais avec limitations

Peut être souscrite jusqu'à 70 ans – stage de 3 mois – pas de questionnaire médical.

Prime annuelle de l'ordre de 1.400 € à la souscription mais de 625 à l'âge de 40 ans. (Ne varie plus en fonction de l'âge).

Remarques.

Complémentaire au RCAM implique qu'il n'y a remboursement complémentaire que pour les actes médicaux donnant lieu à un remboursement RCAM !

Ce qui est dit ci-dessus pour les pensionnés est valable pour leur conjoint et enfants affiliés au RCAM (les primes sont plus basses pour les enfants).

Les polices d'assurance considérées s'appliquent en général sans limitation pour tout l'Espace Economique Européen (EEE).

La SFPE a établi un dossier relatif aux assurances santé complémentaires et accidents. Il est disponible sur demande au secrétariat.

V. Décès

1. Mesures préventives

- Remplir les formulaires fournis dans les Annexes DP (données personnelles) et D (désirs et volontés) - 2^{ème} Partie
- Dresser une liste des personnes à prévenir, instances, sociétés, ... (au minimum, l'Annexe DP 8/2^{ème} Partie).
- Rédiger un testament

2. Mesures à prendre par les héritiers / famille / qui de droit

- Faire dresser un acte de décès par un médecin, l'hôpital... (date, heure et cause du décès). Le cas échéant: acte de décès international. Cet acte ou certificat sera nécessaire pour les déclarations administratives (Administration communale, PMO, ...)
- Demander les services d'un entrepreneur de pompes funèbres qui organisera ce qu'il convient de faire et demandera les autorisations nécessaires: autorisation d'inhumer, autorisation de transport du corps, organisation du transport ...
- En fonction de l'Etat membre, passer à la banque pour bloquer les comptes (et coffre) / ouvrir un nouveau compte au nom des ayants droit / clôturer les comptes / ...Les comptes bancaires aux deux noms: "Monsieur OU Madame", facilitent le procédé en cas de décès d'un conjoint.
- Prendre contact avec la Commission, services du PMO, Assurance Maladie Accident et Pensions (adresses complètes à l'Annexe PMO/3^{ème} Partie) :

PMO CONTACT: Accueil et Informations - Tél: +32 2 29.97777 (du lundi au vendredi: de 9h00 à 13h00; pendant tout le mois d'août: de 10h00 à 12h00)
e-mail: PMO-CONTACT@ec.europa.eu

- Transmettre un acte de décès au PMO 4 (Unité Pension et Transferts).
- Transmettre au PMO.4 les coordonnées bancaires du conjoint ou des ayants-droit.
- Transmettre au PMO.4 les coordonnées du notaire qui sera chargé de la liquidation de la succession.
- Informer les autorités concernées (Commune – Consulat).
- Prévenir la SFPE :

Téléphone mobile de la SFPE: +32 (0)475 47 24 70

info@sfpe-seps.be ou sfpe.seps@numericable.be

- Prévenir l'assurance décès (voir chapitre I, Annexe AMA/2^{ème} Partie).
- Prévenir l'assurance accident si le décès est lié à un accident (Ass. Van Breda ou autres voir Chapitres I et III, Annexe AMA/2^{ème} Partie) certaines assurances remboursent les frais et paient un capital aux ayants droit.
- Suivre la volonté du défunt exprimée par l'Annexe D3/2^{ème} Partie et par son testament.

3. Aspects financiers pour les ayants droit

3.1. Frais funéraires

Le RCAM rembourse les frais funéraires d'un affilié dans la limite maximale de **2.350 €**, sur base de facture acquittée. Les coordonnées du compte bancaire des ayants droit doivent être fournies au RCAM (adresse ci-dessus et en Annexe PMO/3^{ème} Partie):

- Pour l'affilié: envoyer une copie de l'acte de décès au bureau liquidateur de l'affilié
- Pour les ayants-droit: envoyer copie de l'acte de décès au bureau liquidateur de l'affilié
- Pour les tiers: envoyer la preuve du paiement des frais funéraires au bureau liquidateur de l'affilié.

3.2. Pension du défunt

La **pension du mois du décès est versée** sur le compte du défunt (même si bloqué).

Pendant les **trois mois suivants, la pension complète sera versée** sur le compte des ayants droit. Les coordonnées de ce compte doivent être fournies à l'Unité pension (voir adresse ci-dessus et dans la 3^{ème} Partie/Annexes PMO).

3.3. Pension de survie et allocations

La pension de survie est accordée au conjoint si le mariage légal (ou équivalent) a été contracté

- au moins un an avant la cessation de l'activité ou,
- au moins 5 ans après la cessation de l'activité.

La pension de survie est accordée au conjoint survivant si ce dernier pourvoit ou avait pourvu aux besoins des enfants du défunt, issus d'un mariage contracté antérieurement.

La pension de survie est accordée au conjoint divorcé qui bénéficie légalement d'une pension alimentaire du conjoint défunt.

La pension de survie est accordée aux enfants du défunt qui sont à sa charge au moment du décès.

La pension de survie est partagée au cas où plusieurs conjoints sont des ayants droit (Voir Statut, Annexe VIII, Chapitre 4, art 22).

La pension de survie est cumulable avec d'autres revenus

La pension de survie du conjoint prend fin en cas de remariage

Un calcul provisoire de la pension de survie peut être obtenu auprès de l'Unité "Pensions": PMO 4 (adresse ci-dessus et dans la 3^{ème} Partie/Annexes PMO).

Les allocations familiales pour enfants à charge sont maintenues en faveur du conjoint. L'allocation est doublée pour les orphelins.

3.4. Pension de survie et couverture RCAM des ayants droit

Voir aussi I.19 ci-dessus.

En règle générale, une couverture RCAM est possible en complément du système national pour les ayants droit.

Si ces ayants droit ne peuvent pas prétendre à un système national de sécurité sociale, ils sont pris en charge par le RCAM.

La cotisation au RCAM est calculée sur la base de la pension de survie.

3.5. Règlement relatif aux successions

Le règlement européen 650/2012 relatif aux successions internationales a été définitivement adopté. Une loi unique régit l'ensemble de la succession tant pour les biens meubles que les immeubles même situés à l'étranger. Cette loi unique concerne uniquement le volet civil des successions, à savoir « qui hérite de quoi ». Le volet fiscal est fixé selon les règles en vigueur dans chaque Etat membre ce qui signifie que des droits de succession peuvent être perçus par plusieurs pays.

Le règlement prévoit que le ressortissant européen pourra choisir par testament la loi de sa nationalité pour sa succession (sans pouvoir modifier la loi fiscale applicable à sa succession). A défaut : la loi de l'Etat dans lequel le défunt aura sa résidence habituelle au moment de son décès, sera appliquée, même s'il s'agit de la loi d'un Etat non-membre de l'Union européenne.

3.6. Fiscalité de la pension de survie des ayants droit

En ce qui concerne la pension de survie, l'impôt communautaire sera retenu à la source. Cette pension étant versée par la Commission et étant soumise à l'impôt communautaire, elle est exempte de l'impôt national dans les Etats Membres.

4. Rédaction d'un testament

Un testament vous permet d'éviter des disputes entre vos héritiers en identifiant les biens légués à chacun (en respectant la loi de l'Etat Membre considéré, par exemple: parts à peu près égales), il vous permet de favoriser un héritier par rapport aux autres (dans les limites de la loi de l'Etat Membre considéré), il vous permet d'introduire un héritier que la loi ne considérerait pas sans votre testament.

Le testament peut être écrit par vous-même, sans témoin, à condition qu'il soit autographe (écrit à la main). Si ce **testament** dit **olographe** est fait en plusieurs exemplaires, il faut qu'ils soient tous autographes également! Il faudra faire en sorte que ce testament soit mis en évidence lors de votre décès. Une bonne solution est de le confier à un notaire qui le mentionnera dans le registre central des dispositions et dernières volontés (Belgique – coût très réduit). Un testament manuscrit peut toujours être mis en cause ou éliminé par un héritier mécontent. Des exemplaires à différents "endroits" et une copie chez le notaire sont de bonnes précautions.

En Belgique, le testament peut être fait devant un notaire accompagné de 2 témoins: ce sera un **testament** dit **authentique**. Cette formule est plus certaine en ce qui concerne les formulations, surtout si vos volontés sont conditionnées par des événements extérieurs possibles (par exemple la mort d'un des héritiers). Mais ce testament risque d'être moins secret ! Le testament devant notaire est enregistré au registre central.

Une convention a été signée entre plusieurs pays pour accepter le **testament "international"** qui ne doit pas être écrit de la main du testateur mais doit être signé devant plusieurs témoins. Il a l'avantage d'être facilement mis en œuvre dans les pays signataires de la convention.

Un testament peut être modifié à tout moment. Pour éviter des confusions, il convient de déclarer que tout testament antérieur est annulé et de réécrire toutes vos volontés.

Il convient de numéroter et signer chaque feuillet de votre testament autographe.

Aucune formule n'est consacrée pour la rédaction d'un testament; il faut simplement que vos déclarations soient claires et sans équivoque. Il faut que votre identité soit indiquée, il faut dater

et signer votre testament. Il faut indiquer le nombre d'exemplaires rédigés. Les héritiers doivent être identifiés correctement: nom, prénom et adresse.

5. Ma volonté en cas de décès

Remplir le questionnaire en Annexe D3/2^{ème} Partie du Vade-mecum.

Note: Afin d'éviter toute équivoque, il est souhaitable de joindre un certificat médical attestant votre état de santé d'esprit au moment de la rédaction de ce document de l'annexe D3/2^{ème} Partie.

VI. Organisation des services du PMO

PMO: Office de gestion et de liquidation des droits individuels "Paymaster's Office"

(Voir Annexes PMO – DG HR&S/3^{ème} Partie)

Qui sommes-nous?

PMO CONTACT est le service d'accueil et d'information du PMO. Chaque jour, une équipe de conseillers est à votre service pour répondre à vos appels téléphoniques et courriers électroniques. Les locaux de PMO CONTACT ne sont quant à eux **pas accessibles aux visiteurs**.

Qui peut nous contacter?

- Le personnel de la Commission
- Les affiliés au Régime Commun d'Assurance Maladie des institutions européennes
- Les pensionnés des institutions européennes

Pour quels renseignements?

PMO CONTACT fournit des informations administratives générales et des conseils pratiques sur les domaines d'activités du PMO, tels que:

- Les droits salariaux
- La couverture sociale
- Les pensions
- Le remboursement des frais de mission

Pour les questions plus complexes ou à caractère juridique, PMO CONTACT transmet votre demande au service responsable, apte à vous répondre de manière individuelle et spécifique.

Notre engagement

Le PMO Contact s'engage:

- à répondre directement à votre question;
- ou, pour les questions spécifiques qui concernent la gestion d'un dossier:
 - à vous communiquer les coordonnées de la personne ou du service compétent;
 - à vous orienter vers une adresse ou une personne extérieure au PMO, compétente pour répondre à votre question (DG HR par exemple).

Quand et comment nous joindre?

Notre service est accessible :

- du lundi au jeudi, de 9h00 à 13h00

Par téléphone :

- **+32 (0)2 29 97777**

Les conseillers vous répondent quand la ligne est disponible et dans la plage horaire déterminée.

Si la ligne est occupée ou en dehors des plages horaires d'ouverture, PMO Contact vous offre la possibilité de laisser un message vocal avec vos coordonnées.

Adresses, Tél, Fax, Email des bureaux: voir Annexes PMO.

VII. Les services sociaux de la DG HR¹⁰ – C1

Le **Service Social de la Commission** est à votre disposition pour les questions relatives à la Commission.

Soyez conscient que vous pouvez avoir **certains droits** en tant que pensionné, là où vous résidez, le Service Social ayant des possibilités limitées à l'égard des pensionnés. Vous n'êtes peut-être pas encore concerné, mais le jour où vous aurez besoin d'une aide supplémentaire pour le shopping, le nettoyage ou d'autres corvées quotidiennes, les services sociaux peuvent vous procurer cette aide.

Néanmoins, si vous vous trouvez dans une situation particulièrement difficile, n'hésitez pas à nous contacter en vue de trouver une solution.

Assistance sociale et psychologique pour pensionnés – Bruxelles et Luxembourg

Qui sommes-nous?

Nous sommes une équipe multiculturelle et multilingue d'assistants sociaux au service du personnel, de leur famille et des pensionnés.

Les assistants sociaux s'occupent des questions concernant les pensionnés et de l'intervention en cas de décès des membres du personnel en activité.

Que faisons-nous ?

Le rôle des assistants sociaux est d'apporter une aide sociale aux pensionnés en cas de difficultés personnelles, administratives ou financières, et de faciliter l'adaptation au changement.

Les pensionnés peuvent nous consulter en cas de difficultés liées à l'adaptation due au changement, suite au départ à la retraite, à des problèmes de santé, de maladie, de handicap, de deuil, ou encore financiers ou familiaux.

Le service social dispose de lignes budgétaires pour vous aider à faire face à certaines difficultés. L'aide financière peut revêtir la forme d'une participation dans les frais d'aide familiale, d'une aide sociale aux enfants handicapés à charge ou aux pensionnés, de l'octroi d'un prêt ou d'un secours.

Si vous désirez discuter de **votre projet de vie** après la retraite, les assistants sociaux sont à votre disposition pour vous accompagner et faciliter l'adaptation à cette nouvelle étape de votre vie. Ensemble, nous pouvons aborder les différents aspects de votre projet de vie et vous accompagner dans la mise en place des changements y afférents.

En cas de décès d'un membre du personnel, l'équipe d'assistants sociaux multilingues déploie ses compétences psychosociales au service du personnel de l'Institution et de leur famille et pour leur apporter un soutien dans leur deuil. Les assistants sociaux guideront votre famille, vers les services concernés au sein de l'Institution afin d'accomplir les formalités administratives. Les informations peuvent être également obtenues à titre préventif.

Enfin, nous pouvons vous apporter des informations utiles, ainsi qu'un soutien et un accompagnement professionnel. Nous vous offrons des entretiens d'aide pour la résolution de difficultés dans un cadre de confidentialité.

¹⁰ DG HR = Directorate-General for Human Resources / Direction Générale des Ressources Humaines

VIII. Plaintes et voies de recours

(Copie du contenu My Intracomm-Ext au sujet des plaintes, pour les pensionnés qui ne disposent pas d'Internet. Document adapté, tant soit peu, aux fonctionnaires post-actifs)

Il peut y avoir des situations dans votre vie professionnelle où vous pensez avoir été traité d'une façon injuste. Le statut offre plusieurs moyens de faire face à cette situation. Dans un premier temps, il est opportun de tenter de résoudre votre problème en prenant contact avec le service concerné pour discuter de votre problème et exposer votre point de vue.

Si ces démarches s'avèrent infructueuses, l'Unité 'Recours' (Annexe R2/3^{ème} Partie) est à votre disposition. Elle compte des juristes pratiquant le droit de la fonction publique, qui traitent notamment les demandes et réclamations au titre des articles 24 et 90 du statut. Cependant, nombre de fonctionnaires introduisent de telles demandes / réclamations car ils ne connaissent pas le droit applicable ou ne se considèrent pas satisfaits des renseignements obtenus auprès des services compétents.

Afin de rendre l'application des dispositions statutaires plus claire et transparente, l'unité 'Recours' a créé un service de renseignements téléphoniques ouvert à toute personne visée par le statut, de 9h00 à 12h30 et de 14h30 à 17h00, via le numéro de téléphone (+32-2-29) 66662.

Par email à l'adresse HR-MAIL-D2@ec.europa.eu

Par fax aux numéros (+32 2) 29 91132 ou (+32 2) 29 50039

Ce service est à disposition pour toute question de fond (juridique) ou de procédure, telles les modalités d'introduction d'une demande ou réclamation ou les services compétents pour certaines décisions.

Dans le cadre de ce service de renseignements téléphoniques, l'unité 'Recours' ne constituera pas de dossiers et n'acceptera pas d'examiner des documents, que l'appelant pourrait introduire dans le cadre d'une éventuelle demande ou réclamation au titre de l'article 90 du statut.

Dans cette section:

- les demandes d'assistance (article 24 donné en annexe R4/3^{ème} Partie)
- les demandes article 90 § 1 (article en annexe R4/3^{ème} Partie)
- les réclamations article 90 § 2 (article en annexe R4/3^{ème} Partie)
- recours devant le Tribunal de la Fonction publique de l'Union européenne (article 91 en annexe R4/3^{ème} Partie)

1. Demande d'assistance (article 24)

1.1. Notion

L'article 24 du statut se réfère au devoir d'assistance de la Commission vis-à-vis de son personnel notamment dans toute poursuite contre les auteurs d'atteintes à la personne ou aux biens visant un fonctionnaire ou agent - ou un membre de sa famille - **en raison de sa qualité et de ses fonctions** (passées ou présentes). Ainsi, liés à leur fonction passée ou leur position, les

fonctionnaires post-actifs peuvent être la cible de menaces, outrages, injures, diffamations ou attentats; ils peuvent également faire l'objet de harcèlement.

Cet article prévoit aussi que l'Institution peut réparer dans une mesure raisonnable le préjudice financier subi de ce fait par le fonctionnaire, pourvu que celui-ci ne se trouve pas, intentionnellement ou par négligence grave, à l'origine dudit préjudice, et qu'il n'ait pu obtenir réparation de l'auteur des dommages subis.

Il y a d'abord lieu de noter que l'obligation d'assistance vise la défense des fonctionnaires¹¹, par l'institution, contre des agissements de tiers et non contre les actes de l'institution même, dont le contrôle relève d'autres dispositions du statut.

Cette obligation de protéger les fonctionnaires y inclus lorsqu'ils sont victimes d'attaques émanant d'autres fonctionnaires, n'existe que pour autant que les faits en question sont établis. Ainsi, si l'administration doit, en présence d'un incident incompatible avec l'ordre et la sécurité du service, intervenir avec toute la diligence nécessaire en vue d'établir les faits et d'en tirer, en connaissance de cause, les conséquences appropriées, elle n'est pas tenue de prendre des mesures d'instruction sur les simples allégations d'un agent. Il appartient, en effet, au fonctionnaire qui réclame la protection à laquelle il a droit d'apporter, au moins, un **commencement de preuve** de la réalité des attaques dont il affirme être l'objet. Ce n'est qu'en présence de tels éléments qu'il appartient à l'institution en cause de prendre les mesures appropriées, notamment en faisant procéder à une enquête, afin d'établir les faits à l'origine de la demande, en collaboration avec l'auteur de celle-ci.

1.2. Utilité d'une demande d'assistance

En présence d'accusations graves quant à l'honorabilité professionnelle d'un fonctionnaire (dans l'exercice de ses fonctions passées ou présentes), l'administration - qui dispose d'un pouvoir d'appréciation dans le choix des mesures et moyens à mettre en œuvre - prend toutes les mesures utiles pour vérifier si les accusations sont fondées. Lorsque tel n'est pas le cas elle les rejette et prend toutes les mesures nécessaires pour rétablir la réputation lésée.

Exemples:

- En cas de **diffamation** publique et personnelle à l'encontre d'un fonctionnaire, il appartient à l'administration de défendre publiquement et nommément son fonctionnaire, sans qu'elle puisse faire dépendre son action de ce que le fonctionnaire ait pris au préalable l'initiative de poursuivre lui-même l'auteur des attaques dirigées contre lui.
- en cas de **problème au sein d'un service** (RCAM, Service Pensions et Transferts, ...) de l'Institution, l'administration doit, en présence d'un incident incompatible avec l'ordre et la sérénité du service, intervenir avec toute l'énergie nécessaire et répondre avec la rapidité et la sollicitude requises par les circonstances en espèce, en vue d'établir les faits et d'en tirer, en connaissance de cause, les conséquences appropriées.
- en cas de **harcèlement**, le commencement de preuve doit porter sur une conduite abusive se manifestant de façon durable, répétitive ou systématique, par des comportements, des paroles, des actes, des gestes et des écrits qui sont intentionnels et qui portent atteinte à la personnalité, la dignité ou l'intégrité physique ou psychique de l'individu - pour que l'Institution puisse, le cas échéant, prendre les mesures appropriées, notamment en faisant procéder à

¹¹ Fonctionnaire = fonctionnaire actif et fonctionnaire post-actif.

une enquête. Toutefois, il n'y aura harcèlement moral que dans la mesure où le comportement du prétendu harceleur sera considéré comme présentant un caractère intentionnel, répétitif et ayant pour but de discréditer ou de rabaisser l'agent concerné.

1.3. Démarches pour introduire une demande d'assistance

Avant d'introduire une demande, il convient toujours de s'adresser d'abord aux supérieurs hiérarchiques du service concerné et/ou – dans des cas de harcèlement - à un membre du réseau de personnes de confiance.

Parfois, certaines mesures peuvent éviter d'introduire une demande qui comporte la mise en œuvre d'une procédure administrative avec un délai de réponse qui peut atteindre plusieurs mois.

Si les renseignements apportés ou les mesures prises par la Direction générale ou le service ne sont pas suffisants, le fonctionnaire a la possibilité de contacter l'unité "Recours" (Annexe R2/3^{ème} Partie) pour obtenir d'ultérieurs renseignements.

1.4. Procédure

L'unité "Recours" est chargée d'instruire les procédures relatives aux demandes d'assistance au titre de l'article 24 du statut. La demande doit mentionner les modalités d'assistance souhaitée par le demandeur.

Formulaire de couverture pour l'introduction d'une demande d'assistance (Annexe R1/3^{ème} Partie).

Lorsque le demandeur n'a pas reçu de décision formelle à sa demande d'assistance endéans les quatre mois à partir de l'introduction de celle-ci, il lui est loisible d'introduire une réclamation contre le rejet implicite de ladite demande. Toutefois, une telle réclamation est non fondée lorsque l'administration a pris les mesures appropriées, notamment en faisant procéder à une enquête, afin d'établir les faits à l'origine de la demande, en collaboration avec l'auteur de celle-ci.

2. Demande au sens de l'Article 90 §1.

2.1. Notion

Par la demande au titre de l'article 90 § 1 du statut, le fonctionnaire post actif (ou toute personne visée au statut) sollicite auprès de l'autorité compétente la prise d'une décision à son égard.

Son objet est donc d'obtenir une décision de l'autorité compétente. Celle-ci peut donner satisfaction à l'intéressé, ou bien, en cas de rejet, ouvrir la voie à une réclamation (Art 90 §2).

La demande ne peut avoir pour objet la révision d'une décision déjà arrêtée. Seule l'existence de faits nouveaux substantiels peut justifier la présentation d'une demande tendant au réexamen d'une telle décision.

2.2. Qui peut l'introduire

Non seulement les fonctionnaires et agents se trouvant en exercice, mais aussi d'autres catégories de personnes telles que les fonctionnaires stagiaires non encore titularisés, les

anciens fonctionnaires et agents, leurs ayants droit en cas de décès, les candidats à un concours.

2.3. Délai et formalités d'introduction

Une demande peut être introduite à tout moment. Toutefois, l'introduction d'une demande ayant le même objet qu'une demande ou une réclamation antérieure, restée sans réponse ou ayant reçu une réponse négative, n'est pas susceptible de rouvrir le délai prévu à l'article 90 § 2 du statut pour l'introduction d'une réclamation.

La réclamation doit être introduite auprès de l'unité "Recours" HR D2 en **un** seul exemplaire, par l'**un** des moyens suivants:

- par voie électronique, de préférence en format .PDF, à la boîte fonctionnelle hr-mail-d2@ec.europa.eu
- par fax au n° (32-2) 29.91132 ou 29.50039;
- par courrier, ou pli déposé, à l'adresse SC11 4/57 (de 9h à 12h et de 14h à 17h).

Afin de faciliter la procédure, l'intéressé joindra un formulaire (Annexe R1/3^{ème} Partie) pour introduire sa demande.

Le cachet d'enregistrement de l'unité "Recours" fera foi en ce qui concerne la date de l'introduction de la demande. Pour les demandes introduites par voie électronique, la date d'enregistrement sera la date de l'envoi ou le premier jour ouvrable après cette date, s'il s'agit d'un jour férié.

Pour les demandes qui ne sont pas introduites directement auprès de l'unité "Recours" sera prise comme date d'enregistrement la date à laquelle la demande a été portée à la connaissance de l'administration.

2.4. Forme et contenu

La forme, qui n'est par ailleurs soumise à aucune condition particulière, ne constitue pas le facteur déterminant pour qualifier une demande comme telle. Seul son contenu en détermine la nature. C'est ainsi qu'une requête, même présentée sous l'intitulé de "demande", invitant l'administration à réviser une décision antérieure, sera qualifiée par l'administration de réclamation.

En principe, la demande devrait indiquer qu'il s'agit d'une demande au titre de l'article 90 § 1 du statut, contenir les données identifiant l'intéressé, son objet ainsi que les moyens sur lesquels elle se fonde, le lieu, la date et la signature. Toute pièce permettant une bonne compréhension du problème posé devrait être annexée.

2.5. Traitement par l'administration

L'unité "Recours" transmettra à l'intéressé un accusé de réception de la demande. Cet accusé de réception contient des informations telles que le n° de la demande, la date de l'enregistrement et le délai prévu pour la réponse.

Le traitement de la demande ne suit pas une procédure particulière. Il suppose l'examen de l'objet de la demande par le service compétent pour prendre une décision et les vérifications nécessaires, le cas échéant, pour l'arrêter.

La décision arrêtée par l'autorité compétente devra être motivée et sera notifiée à l'intéressé, sans formalité particulière, dans un délai de quatre mois à partir de la date d'introduction de la

demande. Sera prise en considération pour le calcul des délais, la date d'enregistrement à l'unité "Recours".

En cas de rejet de la demande, l'intéressé pourra présenter une réclamation dans un délai de trois mois à partir de la notification de la décision.

L'absence de réponse à la demande lors de l'expiration du délai de quatre mois dont dispose l'AIPN pour arrêter sa décision vaut décision implicite de rejet. Une telle décision peut également faire l'objet d'une réclamation qui doit être introduite dans un délai de trois mois suivant la décision implicite de rejet. La réponse tardive de l'AIPN (au-delà du délai de quatre mois) ne fait pas courir à nouveau le délai de trois mois dont dispose l'intéressé pour introduire sa réclamation.

Formulaire de couverture pour l'introduction d'une demande: Annexe R1/3^{ème} Partie.

3. Réclamation au sens de l'article 90 §2.

3.1. Notion

En introduisant la réclamation au titre de l'article 90 § 2 du statut, le fonctionnaire conteste une décision de l'autorité compétente qui lui fait grief ; soit que l'autorité ait pris une décision explicite ou implicite de rejet, soit qu'elle se soit abstenue de prendre une mesure imposée par le statut.

Exemples :

- réclamation contre le refus de remboursement de frais médicaux;
- réclamation contre une décision de ne pas verser certaines indemnités.

A la différence de la demande, la réclamation suppose l'existence au préalable d'un acte administratif déjà pris par l'autorité compétente. Pour que cet acte puisse être contesté, il faut qu'il soit définitif (car les actes préparatoires ne sont pas attaquables) et qu'il fasse grief personnellement et individuellement (l'intéressé devant avoir un intérêt personnel, légitime, direct, né et actuel pour annuler ou modifier la décision).

Il est à souligner que la réclamation est le seul moyen prévu par le statut permettant au fonctionnaire post-actif de mettre en cause une décision de l'autorité compétente qui, à son avis, affecte ses droits statutaires et lui fait grief. Toute demande de révision ou de réexamen d'une telle décision est donc à considérer comme une réclamation, en vue du respect des délais mentionnés ci-après.

3.2. Qui peut l'introduire

Les personnes visées au statut: non seulement les fonctionnaires et agents se trouvant en exercice, mais aussi d'autres catégories de personnes telles que les fonctionnaires stagiaires non encore titularisés, les anciens fonctionnaires et agents, leurs ayants droit en cas de décès, les candidats à un concours.

3.3. Sur quoi peut-elle porter, en ce qui concerne les fonctionnaires post-actifs ou leurs ayants droit?

- Le régime commun d'assurance maladie
- Transfert de droits à pension acquis auprès de régimes belges

3.4. Délais et formalités d'introduction

La réclamation doit être introduite dans un délai de trois mois. Ce délai court:

- à compter du jour de la publication de l'acte s'il s'agit d'une mesure de caractère général;
- à compter du jour de la notification de la décision au destinataire et, en tout cas, au plus tard du jour où l'intéressé en a connaissance s'il s'agit d'une mesure de caractère individuel ; toutefois, si un acte de caractère individuel est de nature à faire grief à une personne autre que le destinataire, ce délai court à l'égard de ladite personne à partir du jour où elle en a connaissance et en tout cas au plus tard du jour de la publication;
- à compter de la date d'expiration du délai de réponse lorsque la réclamation porte sur une décision implicite de rejet d'une demande.

Les délais sont d'ordre public et ne sont pas à la disposition des parties. Le fait que, dans une réponse, l'autorité compétente entre dans le fond d'une réclamation tardive et donc irrecevable, n'a pas pour effet de déroger aux délais et de reconstituer un droit de recours autrement périmé.

La réclamation doit être introduite auprès de l'unité "Recours" HR D2 en **un** seul exemplaire, par **l'un** des moyens suivants:

- par voie électronique, de préférence en format .PDF, à la boîte fonctionnelle hr-mail-d2@ec.europa.eu
- par fax au n° (32-2) 29.91132 ou 29.50039;
- par courrier, ou pli déposé, à l'adresse SC11 4/57 (de 9h à 12h et de 14h à 17h).

Afin de faciliter la procédure, l'intéressé joindra un formulaire (Annexe R1/3^{ème} Partie) pour introduire sa réclamation.

Le cachet d'enregistrement de l'unité "Recours" fera foi en ce qui concerne la date de l'introduction de la réclamation à partir de laquelle les délais courent. Les délais d'acheminement tant par la poste ordinaire que par la voie interne ne seront pas pris en considération. Pour les réclamations introduites par voie électronique, la date d'enregistrement sera la date de l'envoi ou le premier jour ouvrable après cette date, s'il s'agit d'un jour férié.

Pour les réclamations qui ne sont pas introduites directement auprès de l'unité "Recours", sera prise comme date d'enregistrement la date à laquelle la réclamation a été portée à la connaissance de l'administration.

Les actes qui ne contiennent aucun élément nouveau par rapport à un acte décisionnel antérieur constituent des actes purement confirmatifs de celui-ci et ne sauraient de ce fait avoir pour effet d'ouvrir, en faveur du fonctionnaire/agent, un nouveau délai.

3.5. Forme et contenu

De même que pour la demande, la réclamation est qualifiée, non par la forme, mais par sa nature et son contenu.

La réclamation doit contenir en principe les éléments identifiant l'intéressé, l'acte attaqué et son objet ainsi que les moyens et arguments sur lesquels elle se fonde, le lieu, la date et la signature. Elle portera en annexe les pièces permettant une bonne appréciation des problèmes posés.

3.6. Traitement par l'administration

- Ouverture du dossier
- La réunion interservices
- Décision et délais

3.7. Ouverture du dossier

Les réclamations, dûment enregistrées, sont prises en charge et traitées par l'unité "Recours" en vue de l'adoption d'une réponse par l'AIPN.

L'unité "Recours" transmet à l'intéressé un accusé de réception de la réclamation (dans la mesure du possible par courrier électronique), sauf pour les réclamations concernant le même sujet introduites en grand nombre et traitées conjointement.

L'accusé de réception contient des informations telles que le numéro de la réclamation, la date de l'enregistrement et le nom du membre de l'unité chargé de l'instruction du dossier.

En même temps, l'unité "Recours" recueille, auprès des services qui ont pris ou qui sont intéressés par la décision contestée, toute information utile pour l'instruction du dossier.

Les réclamations concernant le régime commun d'assurance maladie sont également soumises, pour avis, au Comité de gestion de l'assurance maladie.

3.8. La réunion interservices

Si elle l'estime utile, l'unité "Recours" peut organiser une réunion interservices à laquelle le réclamant, les services responsables de la décision contestée, le Service de Médiation ainsi que des représentants du personnel désignés par le Comité central du personnel, sont invités. A cette réunion, le réclamant pourra présenter sa version des faits et présenter les arguments visés dans sa réclamation. Il peut être accompagné d'une personne de son choix ou d'un conseil (par exemple, un membre du CA de la SFPE). La réunion n'est pas une instance d'arbitrage ni de décision et elle se limite à permettre à toutes les parties concernées de s'exprimer.

Après la réunion précitée ou dès que le dossier est suffisamment instruit, un projet de réponse est préparé. Ce projet, après avoir reçu l'avis du Service juridique, est transmis pour décision à l'AIPN compétente. Les représentants du personnel désignés pour participer aux réunions interservices seront informés de la suite (positive ou négative) qui a été donnée aux réclamations.

3.9. Décision et délais

L'AIPN a un délai de quatre mois pour répondre à une réclamation à partir du jour de son introduction. A l'expiration de ce délai, l'absence de réponse vaut décision implicite de rejet. En cas de décision de rejet de la réclamation, tant explicite qu'implicite, l'intéressé pourra présenter un recours devant le Tribunal de la fonction publique de l'Union européenne dans un délai de trois mois qui court à partir du jour de la notification de la réponse à la réclamation ou du rejet implicite.

Lorsqu'une décision explicite de rejet d'une réclamation intervient après la décision implicite de rejet, mais dans le délai de trois mois pour l'introduction d'un recours (sans qu'il y ait de recours), elle fait à nouveau courir le délai de trois mois pour introduire un recours devant le Tribunal de la fonction publique.

Formulaire de couverture pour l'introduction d'une réclamation : Annexe R1/3^{ème} Partie.

4. Recours devant le Tribunal de la Fonction publique de l'Union européenne

La tradition de la défense à la Cour de Justice européenne, pour les Fonctionnaires européens, a changé en 2007: le Conseil et la Commission ont demandé à la Cour d'instaurer une TFPE:

Tribunal de la Fonction publique européenne pour "décharger" le TPI¹² et aussi induire les fonctionnaires à plus de prudence dans leur décision d'attaquer en justice les Institutions et la Commission en particulier. Le perdant sera chargé de frais d'avocat, d'expert et de procédure suivant le principe "le perdant paie les dépens". Le TFPE adopte cependant une approche souple, en fonction de la situation du requérant et du type de réclamation: juge unique pour la rapidité, conciliation, ...

L'article 91 (Annexe R3/3^{ème} Partie) règle l'accès à la Cour de Justice européenne.

Un recours à la Cour de justice des Communautés européennes n'est recevable que:

- si l'autorité investie du pouvoir de nomination a été préalablement saisie d'une réclamation au sens de l'article 90 paragraphe 2 et dans le délai y prévu et
- si cette réclamation a fait l'objet d'une décision explicite ou implicite de rejet.

Ce recours doit être formé dans un délai de trois mois.

5. Le Service de Médiation de la Commission

Le Service de Médiation de la Commission est à disposition de l'ensemble des membres du personnel. La Médiatrice est Madame Mercedes de Solá.

Contact:

Commission Européenne
Service de Médiation
BERL 06/412
1049 Bruxelles

Tél.: +32 (0) 29 56272

Le Médiateur vient périodiquement à Luxembourg. Voir Annexe R4/3^{ème} Partie.

¹² Le TFPE est une chambre juridictionnelle adjointe au Tribunal de Première Instance (TPI)

IX. Aide/Conseil juridique

Service avocats-conseils

Des avocats sont à votre disposition pour vous orienter, vous conseiller selon votre demande particulière, concernant tout problème juridique que vous pouvez rencontrer dans **votre vie privée** (par ex. litiges entre propriétaires et locataires, dispositions fiscales en vigueur en Belgique, adoptions, séparation entre conjoints, etc.).

Ce service de conseil juridique est gratuit et est à la disposition du personnel de la Commission et du Conseil, de sa famille proche et vivant sous le même toit, et des pensionnés.

A noter que le Conseiller juridique ne peut pas vous représenter en justice.

Veillez consulter les brochures juridiques avant de fixer un rendez-vous. Peut-être y trouverez-vous votre réponse.

Elles concernent : votre vie en Belgique, vos droits de consommateur, la fiscalité, la taxation et les successions, vos biens immobiliers

(Voir Annexe R4/3^{ème} Partie).

Pour Bruxelles :

Uniquement sur rendez-vous, fixé par téléphone : **(+32) 2 29 66600**. Par email à l'adresse suivante: hr-b1-conseils-jur@ec.europa.eu .

Pour Luxembourg :

Les consultations juridiques ont lieu le **jeudi matin**. Pour prendre rendez-vous, contactez le **(+352) 4301-35986**.

Vade-mecum – 2^{ème} Partie (Formulaires à compléter)

Document séparé

Annexe DP – Données personnelles

- Annexe DP1. Données du fonctionnaire post-actif
- Annexe DP2. Données du conjoint
- Annexe DP3. Donnée du conjoint précédent
- Annexe DP4. Données des enfants
- Annexe DP5. Dossiers – Documents importants
- Annexe DP6. Clefs - Codes
- Annexe DP7. Assurances
- Annexe DP8. Personnalités
- Annexe DP9. Crédoiteurs - Débiteurs

Annexes AMA – Données relatives aux contrats d'assurances maladies accidents

- Annexe AMA1. Données générales assurance RCAM
- Annexe AMA2. Assurance santé complémentaire
- Annexe AMA3. Assurance accidents AIACE / Van Breda
- Annexe AMA4. Autres assurances maladie / accident

Annexes D – Relative aux désirs – volontés particulières

- Annexe D1. Ma volonté concernant mon environnement
- Annexe D2. Ma volonté concernant ma maladie
- Annexe D3. Ma volonté en cas de décès
- Annexe D4. Eventuelle copie du testament
- Annexe D5. Copie éventuelle du faire-part funéraire type désiré.
- Annexe D6. Liste des personnes à prévenir en cas de décès.

Vade-mecum 3^{ème} partie (Adresses)

Document séparé

- Où déposer vos demandes de remboursement ?
- Permanence assurance maladie pensionnés
- " Espace seniors "
- Avis aux membres qui disposent d'un accès au site Internet « My IntraComm »

Annexes PMO et DG HR – Adresses utiles :

- Annexe BA.- Bureaux d'accueil à Bruxelles et à Luxembourg
- Annexe P1.- Localisation des Services du PMO à Bruxelles, Luxembourg, Ispra
- Annexe P2.- Bureaux liquidateurs, médecins conseils, prise en charge, ...
- Annexe P3.- Accidents, Maladies professionnelles
- Annexe P4.- Pensions et allocations
- Annexe P5.- Assurance dépendance de la Communauté flamande
- Annexe DG HR et Services sociaux - DG Ressources Humaines

Annexes ACA – Assurances complémentaires au RCAM et accidents

Annexes R – Réclamations :

- R1. Formulaire de couverture des demandes et des réclamations
- R2. Unité "Recours et suivi des cas"
- R3. Articles du Statut: 24, 90§1, 90§2, 91
- R4. Aide / Conseil juridique

Vade-mecum 4^{ème} partie (Formulaires)

Document séparé

Annexes M – Relatives au RCAM (formulaires)

- Annexe M1. Formulaire de demande de remboursement
- Annexe M2. Exemple de fiche de remboursement envoyée par le RCAM (cas habituel)
- Annexe M3. Exemple de fiche de remboursement envoyée par le RCA dans le cas d'une prise en charge par le PMO
- Annexe M4. Formulaire de demande d'autorisation préalable
- Annexe M5. Formulaire d'autorisation préalable pour soins dentaires
- Annexe M6. Formulaire « note d'honoraires » pour soins dentaires
- Annexe M7. Devis orthodontique – demande d'autorisation préalable
- Annexe M8. Certificat médical standard
- Annexe M9. Déclaration d'accident
- Annexe M10. Certificat médical après un accident (suivi)
- Annexe M11. Formulaire de demande de prise en charge
- Annexe M12. Formulaire de demande de traitement prioritaire
- Annexe M13. Formulaire de demande d'avance sur frais médicaux élevés
- Annexe M14. Demande de prise en charge de soins en maison de repos
- Annexe M15. Evaluation de l'autonomie personnelle
- Annexe M16. Demande de reconnaissance d'un partenariat enregistré non matrimonial et déclaration confidentielle
- Annexe M17. Couverture du conjoint et des enfants à charge : formulaire de demande d'affiliation
- Annexe M18. Formulaire de reconnaissance de maladies graves (ou prolongation)
- Annexe M19. Programme de dépistage N° 2 (femmes)
- Annexe M20. Programme de dépistage N° 4 (hommes)
- Annexe M21. Programme gynécologique
- Annexe M22. Programme de dépistage pour enfants
- Annexe M23. Centres de dépistage agréés
- Annexe M24. Tableau des traitements médicaux divers
- Annexe M25. Formulaire de demande de remboursement spécial (Article 72§3)