



Seniors of the European Public Service

Seniors de la Fonction Publique Européenne

# VADE – MECUM

## 4<sup>ème</sup> Partie

## **Formulaires du RCAM**

Edition Mai 2020

CA/SC/09031

*Document destiné à renseigner des tiers quant à vos désirs et volontés en cas d'incapacité de les exprimer.*

- *1<sup>ère</sup> partie : Exposé de renseignements utiles, procédures et règlements (en cas de maladie, accident ou décès) pour vous ou pour qui prendra soin de vous.*
- *2<sup>ème</sup> partie : Formulaires à remplir*
- *3<sup>ème</sup> partie : Adresses utiles*
- *4<sup>ème</sup> partie : Formulaires 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 formulaires RCAM sont, en majorité, issus de « My IntraComm » :

[www.myintracomm-ext.ec.europa.eu](http://www.myintracomm-ext.ec.europa.eu)

**SFPE – SEPS**

175 rue de la Loi, Bureau JL 02 40 CG39, BE-1048 Bruxelles  
105, avenue des Nerviens, N105 bureau N105 00/010, be-1049 Bruxelles  
Tel: +32(0)475 472470 v

**Email:** [info@sfpe-seps](mailto:info@sfpe-seps) **Web :** [www.sfpe-seps.be](http://www.sfpe-seps.be)

**ASBL** N° Entreprise: 806 839 565

## **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 M2.1. Idem suite à non remboursement
- Annexe M3. Exemple de fiche de remboursement envoyée par le RCAM dans le cas d'une prise en charge par la Commission
- Annexe M4. Formulaire de demande d'autorisation préalable
- Annexe M4.1. Annexe : déclaration relative à l'éventuelle assurance complémentaire
- Annexe M6. Formulaire unique pour soins dentaires
- Annexe M9. Comment déclarer un accident
- Annexe M10. Déclaration d'accident (et certificat médical)
- Annexe M10.1. Certificat médical après un accident (suivi)
- Annexe M10.2. Demande de réouverture du dossier accident
- Annexe M11. Formulaire de demande de prise en charge
- Annexe M12. Formulaire de demande de traitement prioritaire (encore utile ???)
- 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. Reconnaissance d'un partenariat enregistré non matrimonial
- Annexe M16.1. Demande de reconnaissance partielle
- Annexe M17. Déclaration confidentielle : couverture du conjoint et des enfants à charge (formulaire de demande d'affiliation)
- Annexe M18. Formulaire de reconnaissance de maladie grave (ou prolongation)
- Annexe M18.1. Comment demander la reconnaissance de maladie grave
- Annexe M19. Programme de dépistage N° 2 (femmes)
- Annexe M20. Programme de dépistage N° 4 (hommes)
- Annexe M22.1. Comment bénéficier du programme de médecine préventive
- Annexe M22.2. Questionnaire préalable
- Annexe M22.3. Formulaire d'examen complet
- Annexe M22.4. Formulaire de synthèse de l'examen
- Annexe M23. Centres de dépistage agréés
- Annexe M24. Tableau des traitements médicaux divers
- Annexe M25. Formulaire de demande de remboursement spécial (Article 72§3)
- Annexe M26. Conventions et accords établis par le RCAM
- Annexe M27. Attestation assure RCAM
- Annexe M28. Procédure à suivre pour une cure thermale

### **Remarques:**

Les règlements relatifs à toutes les prestations-type sont disponibles sur Intracomm (fiches "Remboursements" – plusieurs langues) et sur demande au secrétariat de la SFPE.

*Accident; analyses médicales (- radiologie - examens de labo et autres moyens de diagnostic); appareils auditifs; appareils médicaux (orthopédiques, prothèses, etc.); avis négatifs du Conseil médical; auxiliaires médicaux; consultations (et visites); cures de convalescence et post-*

*opératoires; cures thermales; dentisterie / orthodontie; examens de laboratoire (analyses médicales - radiologie et autres moyens de diagnostic); frais funéraires; garde-malade; hospitalisation; imagerie médicale (analyses médicales - radiologie - examens de labo et autres moyens de diagnostic); interventions chirurgicales; kinésithérapie (voir traitements divers); lentilles de contact; logopédie (voir traitements divers); lunettes et montures; maisons de repos et de soins et autres établissements assimilés; maladie grave; maladie professionnelle; médecine préventive (programmes de dépistage); médicaments; orthodontie / dentisterie; produits pharmaceutiques; programmes de dépistage (médecine préventive); psychothérapie (voir traitements divers); radiologie (analyses médicales - examens de labo et autres moyens de diagnostic); soins infirmiers; traitements divers (kiné, psy, logopédie, etc.); transport.*

**Les règlements et formulaires qui ont été retenus pour leur introduction dans le Vade-mecum de la SFPE sont ceux qui devraient intéresser la majorité des pensionnés. D'autres règlements et formulaires existent, sur IntraComm, souvent dans de nombreuses langues. Ils peuvent être fournis par le secrétariat de la SFPE.**

## **Adresse des trois bureaux liquidateurs**

### **Bruxelles**

Commission Européenne  
RCAM – Bruxelles  
MERO – Av. de Tervuren, 41  
B - 1049 Bruxelles

***Beaucoup de formulaires du RCAM donnent encore l'ancienne adresse de la rue de la Science !***

### **Luxembourg**

Commission européenne/Europäische Kommission  
PMO.5 - DRB B2/085  
L- 2920 LUXEMBOURG (G.D. Luxembourg)

### **Ispra**

CCR - Commissione Europea  
PMO.6 (TP 740)  
Via E. Fermi, 2749  
I-21027 Ispra (Varese/Italie)



Régime commun d'assurance-maladie

 Adresse bureau liquidateur :  Bruxelles - SC27 00/05  
 Ispra - TP 740  
 Luxembourg - DRB B1/061
N° PERSONNEL DE L’AFFILIE(E) : 

Adresse administrative (ou de résidence pour les pensionné(e)s) :

NOM ET PRENOMS DE L’AFFILIE(E) :

Téléphone e-mail 

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX

à introduire régulièrement dans la période de 18 mois qui suit la date de la prestation

Si vous avez déjà demandé votre remboursement en ligne, veuillez ne plus soumettre ces mêmes frais avec ce formulaire papier.

Veuillez utiliser un formulaire par devise.Type de demande :

- REMBOURSEMENT NORMAL
- REMBOURSEMENT pour "personnel affecté hors Union Européenne"
- REMBOURSEMENT pour MALADIE GRAVE reconnue par le RCAM réf. décision
- MALADIE PROFESSIONNELLE date de la maladie professionnelle
- ACCIDENT  de l'affilié  d'un assuré par le RCAM du chef de l'affilié(e) (uniquement s'il y a tiers responsable)  
 date de l'accident

Date des prestations	Nom et prénoms du bénéficiaire	Date de naissance du bénéficiaire	Nature des frais : Consultations, visites, médicaments, etc.	Montants des frais en(2):		Autres remboursements (3)	Montant perçu par assurance privée
				Pays (1)	Montants		

Montant total : **Veuillez ne pas effectuer de report sur un autre formulaire, chaque demande étant traitée séparément.**

Joignez les originaux des pièces justificatives et conservez en une copie.

Veuillez remplir une ligne par facture/reçu.

Veuillez ne pas laisser d'agrafe dans les documents annexés. Utilisez des trombones.

Pour vérifier l'état de tous vos dossiers, utilisez: <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>.

- (1) Veuillez indiquer l'abréviation du pays dans lequel la prestation a été effectuée (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK, UK). (A spécifier si différent)
- (2) Indiquez le montant dans la devise utilisée, la conversion sera faite par le bureau liquidateur (EUR, BGN, CHF, CZK, DKK, GBP, HRK, HUF, JPY, LTL, LVL, PLN, SEK, RON, USD). (A spécifier si différent)
- (3) Remboursements perçus d'un autre système d'assurance

Je, soussigné(e), certifie que la présente demande, appuyée des pièces justificatives en annexe, est conforme à la réalité et que les factures ont été acquittées.

.....  
(Signature de l'affilié(e))Fait à Date **Vous êtes pensionnés et vous voulez avoir accès à RCAM EN-LIGNE? Appelez le 0032 2 2976 888 / 9**



RÉGIME COMMUN D'ASSURANCE MALADIE  
DES INSTITUTIONS DE L'U.E.

Ref. Ares(2017)2076583 - 22/04/2017

Décompte n° 219 page 1 de 2

Serge CRUTZEN

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

du 02/04/2017

Votre demande de type **NORMAL**

Remboursement de type **NORMAL**

N° Personnel 149217

BUREAU LIQUIDATEUR DE BRUXELLES

Référence scanner 170405.103242

N° Liste 10007448 du 21/04/2017

Date des prestations	Nature des prestations	Nbre de prestations	Montant maximal remboursable en EUR	Pays des prestations	Montant payé en devise	Montant converti en EUR	Montant remboursé par le RCAM en EUR	Montant à charge de l'assuré en EUR	Exclus de l'Article 72§3	
Serge CRUTZEN										
09/03/2017	520-Produits pharmaceutiques	1		B	25,64 EUR	25,64	21,79	3,85	0,00	
21/03/2017	500-Consult./visite omnipraticien	1	35,00	B	29,00 EUR	29,00	24,65	4,35	0,00	
23/03/2017	520-Produits pharmaceutiques	1		B	40,88 EUR	40,88	34,75	6,13	0,00	
23/03/2017	900-Prestat./prod. non remboursables	1	0,00	B	62,29 EUR	62,29	0,00	62,29	62,29	
	<i>PNB L'autorisation préalable manque</i>									
23/03/2017	520-Produits pharmaceutiques	1		B	180,19 EUR	180,19	153,16	27,03	0,00	
						EUR	EUR	EUR		
						<b>Total</b>	<b>338,00</b>	<b>234,35</b>	<b>103,65</b>	

INFORMATIONS FINANCIÈRES

Total à charge du RCAM 234,35

À payer la somme de 234,35

Somme à convertir en EUR au taux de 1,00 au 01/04/2017

Montant à payer sur le compte n° BE29310021522164

INFORMATIONS GÉNÉRALES

QUI CONTACTER?

+32 (0)2 2997777 - <https://ec.europa.eu/pmo/contact/en/form/19>

AFIN D'OPTIMISER LE TRAITEMENT DE VOS DEMANDES, NOUS VOUS RAPPELONS QU'IL EST IMPORTANT DE RESPECTER LES CONSIGNES SUIVANTES:

- . NE PAS AGRAFER VOS DOCUMENTS. LES RELIER AVEC DES TROMBONES
- . ENVOYER UNE DEMANDE PAR ENVELOPPE OU GROUPEZ VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES PAR FORMULAIRE
- . MENTIONNER VOTRE NUMÉRO PERSONNEL SUR CHAQUE DOCUMENT ENVOYÉ
- . NUMÉROTÉER VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES
- . **SIGNER VOS DEMANDES**

Personnel de la Commission, Agences exécutives

[http://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)

Délégations; Office des Publications; Personnel à la retraite, détaché ou en CCP

[https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)

Autres Institutions de l'UE et autres Agences

[http://myintracomm.ec.testa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)

Si vous estimez qu'une erreur s'est glissée dans ce décompte, veuillez renvoyer vos observations sur une copie de celui-ci à votre bureau liquidateur.

Si, à la suite de ce contact, vous souhaitez néanmoins introduire une réclamation, votre attention est attirée sur les procédures à suivre et les délais impartis pour son introduction (art. 90 par.2 du Statut)

Serge CRUTZEN  
RUELLE MASSIN 97A  
4845 SART  
Belgique



RÉGIME COMMUN D'ASSURANCE MALADIE  
DES INSTITUTIONS DE L'U.E.

Ref. Ares(2017)285009 - 19/01/2017

Décompte n° 213 page 1 de 2

Serge CRUTZEN

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

du 09/01/2017

Votre demande de type **NORMAL**

Remboursement de type **NORMAL**

N° Personnel 149217

BUREAU LIQUIDATEUR DE BRUXELLES

Référence scanner 170109.100516

N° Liste 10007272 du 18/01/2017

Date des prestations	Nature des prestations	Nbre de prestations	Montant maximal remboursable en EUR	Pays des prestations	Montant payé en devise	Montant converti en EUR	Montant remboursé par le RCAM en EUR	Montant à charge de l'assuré en EUR	Exclus de l'Article 72§3	
Serge CRUTZEN										
09/12/2016	902-Prestat./produits non prescrits	3	0,00	B	135,00 EUR	135,00	0,00	135,00	135,00	
<i>PNB Prescription medicale datee de plus de 6 mois avant le 1er jour de traitement</i>										
						EUR	EUR	EUR		
						<b>Total</b>	<b>135,00</b>	<b>0,00</b>	<b>135,00</b>	

INFORMATIONS FINANCIÈRES

Total à charge du RCAM 0,00

À payer la somme de 0,00

Somme à convertir en EUR au taux de N/A au N/A

Montant à payer sur le compte n° N/A

INFORMATIONS GÉNÉRALES

QUI CONTACTER?

+32 (0)2 2997777 - <https://ec.europa.eu/pmo/contact/en/form/19>

AFIN D'OPTIMISER LE TRAITEMENT DE VOS DEMANDES, NOUS VOUS RAPPELONS QU'IL EST IMPORTANT DE RESPECTER LES CONSIGNES SUIVANTES:

- . NE PAS AGRAFER VOS DOCUMENTS. LES RELIER AVEC DES TROMBONES
- . ENVOYER UNE DEMANDE PAR ENVELOPPE OU GROUPEZ VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES PAR FORMULAIRE
- . MENTIONNER VOTRE NUMÉRO PERSONNEL SUR CHAQUE DOCUMENT ENVOYÉ
- . NUMÉROTÉER VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES
- . **SIGNER VOS DEMANDES**

Personnel de la Commission, Agences exécutives

[http://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)

Délégations; Office des Publications; Personnel à la retraite, détaché ou en CCP

[https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)

Autres Institutions de l'UE et autres Agences

[http://myintracomm.ec.testa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.testa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)

Si vous estimez qu'une erreur s'est glissée dans ce décompte, veuillez renvoyer vos observations sur une copie de celui-ci à votre bureau liquidateur.

Si, à la suite de ce contact, vous souhaitez néanmoins introduire une réclamation, votre attention est attirée sur les procédures à suivre et les délais impartis pour son introduction (art. 90 par.2 du Statut)

Serge CRUTZEN  
RUELLE MASSIN 97A  
4845 SART  
Belgique



RÉGIME COMMUN D'ASSURANCE MALADIE  
DES INSTITUTIONS DE L'U.E.

Ref. Ares(2020)815047 - 08/02/2020

Décompte n° 276 page 1 de 2

Serge CRUTZEN

DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
du 14/01/2020

Votre demande de type **NORMAL**  
Remboursement de type **NORMAL**

N° Personnel 149217  
BUREAU LIQUIDATEUR DE BRUXELLES

Référence scanner 200114.303805  
N° Liste 10009492 du 07/02/2020

Date des prestations	Nature des prestations	Nbre de prestations	Montant maximal remboursable en EUR	Pays des prestations	Montant payé en devise	Montant converti en EUR	Montant remboursé par le RCAM en EUR	Montant à charge de l'assuré en EUR	Exclus de l'Article 72§3
Serge CRUTZEN									
17/10/2019	220-Séjour hospitalier et soins	1		B	1 920,28 EUR	1 920,28	1 632,24	288,04	0,00
						EUR	EUR	EUR	
					<b>Total</b>	<b>1 920,28</b>	<b>1 632,24</b>	<b>288,04</b>	

**INFORMATIONS FINANCIÈRES**

Total à charge du RCAM	1 632,24 EUR
Solde des avances avant récupération du décompte	1 920,28
Solde des avances récupérées	0,00
Solde du montant à payer	0,00
Solde des avances après récupération	288,04
À payer la somme de	0,00 EUR
Montant à payer sur le compte n° BE29310021522164	

Si le solde des avances après récupération est positif, il vous est possible d'effectuer un paiement volontaire au RCAM afin de l'apurer. Pour ce faire, veuillez effectuer un versement sur le compte de la Commission européenne à la BNP PARIBAS FORTIS - code IBAN BE70 0016 7694 8225 - code BIC/SWIFT GEBABEBB avec comme référence "RCAM/AVA/" et votre numéro de personnel.

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

**QUI CONTACTER?**

+32 (0)2 2997777 - <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/>

AFIN D'OPTIMISER LE TRAITEMENT DE VOS DEMANDES, NOUS VOUS RAPPELONS QU'IL EST IMPORTANT DE RESPECTER LES CONSIGNES SUIVANTES:

- . NE PAS AGRAFER VOS DOCUMENTS. LES RELIER AVEC DES TROMBONES
- . ENVOYER UNE DEMANDE PAR ENVELOPPE OU GROUPEZ VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES PAR FORMULAIRE
- . MENTIONNER VOTRE NUMÉRO PERSONNEL SUR CHAQUE DOCUMENT ENVOYÉ
- . NUMÉROTÉ VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES
- . **SIGNER VOS DEMANDES**

**Personnel de la Commission, Agences exécutives**

<http://myintracomm.ec.europa.eu/staff/fr/health/Pages/index.aspx>

Délégations; Office des Publications; Personnel à la retraite, détaché ou en CCP

<https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/staff/fr/health/Pages/index.aspx>

Autres Institutions de l'UE et autres Agences

<http://myintracomm.ec.testa.eu/staff/fr/health/Pages/index.aspx>

Si vous estimez qu'une erreur s'est glissée dans ce décompte, veuillez renvoyer vos observations sur une copie de celui-ci à votre bureau liquidateur.

Si, à la suite de ce contact, vous souhaitez néanmoins introduire une réclamation, votre attention est attirée sur les procédures à suivre et les délais impartis pour son introduction (art. 90 par.2 du Statut)

**Serge CRUTZEN**  
**RUELE MASSIN 97A**  
**4845 SART**  
**Belgique**



## DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE OU DE PROLONGATION D'AUTORISATION PREALABLE

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) :  
voir dernière page

Nom et prénom de l'affilié(e) : .....

N° pers. /pension:.....

Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:.....

Tél : .....

Adresse privée pour les pensionné(e)s / e-mail:  
.....  
.....

Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:..... (Pour agents temporaires/agents contractuels)

Demande d'une **AUTORISATION PREALABLE** pour <sup>1</sup> :

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

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

Demande d'une **PROLONGATION** de l'autorisation préalable pour <sup>1</sup> :

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

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

Référence décision de l'AP antérieure: ..... Date fin validité:.....

Demande d'autorisation préalable pour des traitements **DEPASSANT** le nombre maximal prévu par an sans autorisation préalable (spécifier le type de traitement) <sup>(4)</sup>:  
.....

**Sur prescription / rapport médical détaillé (à joindre sous pli fermé à l'attention du médecin conseil) <sup>2</sup>**

du Dr ..... en date du .....

S'agit-il d'une demande en relation avec :

**MALADIE GRAVE: référence décision** ..... **Date fin validité** .....

**ACCIDENT:**  Affilié(e) principal(e): **date de l'accident** .....

d'un assuré par le RCAM du chef de l'affilié(e) (uniquement s'il ya tiers responsable)

**MALADIE PROFESSIONNELLE (ACC) : date** .....

**J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur et m'engage à les respecter:**

Date .....

Signature du demandeur

Affilié(e)<sup>1</sup>

Autre personne qui représente le demandeur :

Nom, prénom:.....

Traitement conforme au Règlement 45/2001 - [https://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/sources/Pages/index.aspx](https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx)

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

<sup>2</sup> Certains traitements sont soumis à des conditions particulières pour la prescription médicale (p.ex. psychothérapie prescrite par un médecin psychiatre/neuropsychiatre/neurologue): prière de consulter ces conditions par type de traitement au Titre II des DGE.

## AUTORISATION PREALABLE DEMANDEE POUR<sup>3</sup>:

TRAITEMENTS DIVERS		Remarque	Code RCAM
Nombre de séances prescrites: .....			
<input type="checkbox"/>	Drainage lymphatique	1	401
<input type="checkbox"/>	Ergothérapie	1	402
<input type="checkbox"/>	Revalidation pluridisciplinaire ambulatoire en service hospitalier	1	403
<input type="checkbox"/>	Revalidation école de dos / MDX / DBC	1	404
<input type="checkbox"/>	Chiropraxie/ostéopathie pour enfants âgés de moins de 12 ans	1 + 2	405
<input type="checkbox"/>	Mésothérapie	1	407
<input type="checkbox"/>	Rayons ultra-violets	1	408
<input type="checkbox"/>	Ondes de choc (rhumatologie)	1	409
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie par psychologue/psychothérapeute : séance individuelle	1	420
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie par psychologue/psychothérapeute : séance familiale	1	421
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie par psychologue/psychothérapeute : séance groupe	1	422
<input type="checkbox"/>	Bilan neuro-psychologique pluridisciplinaire	1	424
<input type="checkbox"/>	Logopédie/orthophonie pour personnes âgées de plus de 12 ans	1	426/427
<input type="checkbox"/>	Orthoptie	1	429
<input type="checkbox"/>	Endermologie visée non esthétique	1 + 2	431
<input type="checkbox"/>	Épilation cas peu étendus	1 + 2	432
<input type="checkbox"/>	Épilation cas étendus	1 + 2	433
<input type="checkbox"/>	Laser, photothérapie (dermatologie)	1 + 2	434
<input type="checkbox"/>	Laserthérapie par médecin généraliste	1 + 2	441
<input type="checkbox"/>	Caisson Hyperbare	1	440
<input type="checkbox"/>	Autre traitement: non repris aux DGE - titre II, chapitre 8, point 2	1 + 2	441 / 950
<input type="checkbox"/>	<b>Pour des traitements dépassant le nombre maximal prévu par an sans autorisation préalable (spécifier le type de traitement)<sup>4</sup></b> .....	1 + 2	

AUXILIAIRES MEDICAUX		Remarque	Code RCAM
<input type="checkbox"/>	Prestations personnel infirmier <b>si complémentaire à garde-malade</b>	1	560

GARDE-MALADE			
<input type="checkbox"/>	Garde-malade temporaire à domicile (maximum 60 jours)	1 + 3	760
<input type="checkbox"/>	Garde-malade de longue durée à domicile	1 + 3	761/762
<input type="checkbox"/>	Garde-malade milieu hospitalier	1	763

SEJOURS CONTINUS ETABLISSEMENTS PARAMEDICAUX			
<input type="checkbox"/>	Séjour/soins dans maisons de repos et de soins ou établissements assimilés	1 + 3	701 à 704 / 720 / 721
<input type="checkbox"/>	Séjour/soins dans centre de jour	1 + 3	711 à 714 / 720 / 722
<input type="checkbox"/>	Séjour/soins dans centre de désintoxication	1	730 à 732

### REMARQUES: informations complémentaires à fournir:

Veuillez compléter votre demande d'autorisation préalable en tenant compte des remarques indiquées par type de traitement ci-dessus:

- Remarque 1:**  
**Nom du prestataire / de l'établissement:** .....  
**Qualification du prestataire / type d'établissement:**.....  
**Adresse (+ no. Tél. / Fax si possible):** .....  
 .....
- Remarque 2: préciser le type d'intervention / traitement / appareil / produit / autre (voir prescription médicale)**  
 .....  
 .....
- Remarque 3: formulaire d'évaluation de l'état de dépendance (échelle de dépendance) à faire compléter par le médecin traitant (voir DGE, Titre II, chapitre 3)**

<sup>3</sup> Cochez la case correspondante svp

<sup>4</sup> **Nombre de séances sans AP par an:** kinésithérapie, physiothérapie et traitements assimilables(60); chiropraxie/ostéopathie pour personnes âgées de 12 ans ou plus (24); acupuncture (30); aérosolthérapie (30); consultation diététique (10); psychothérapie par psychiatre (30); logopédie/orthophonie jusqu'à 12 ans (180 sur plusieurs années); psychomotricité/graphomotricité (60); pédicure médicale (12)

<b>ANALYSES ET EXAMENS</b>		<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Analyses/examens spécifiques soumis à autorisation préalable	2	545

<b>PRODUITS PHARMACEUTIQUES</b>		<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Produits pharmaceutiques spécifiques soumis à autorisation préalable	2	521 / 523/ 525
<input type="checkbox"/>	Produits diététiques	2	522

<b>HOSPITALISATIONS, INTERVENTIONS CHIRURGICALES, TRAITEMENT F.I.V.</b>		<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Séjour hospitalier et soins spécifiques soumis à autorisation préalable	1 + 2	221
<input type="checkbox"/>	Intervention chirurgicale plastique correctrice ou réparatrice	1 + 2	201 à 209
<input type="checkbox"/>	Traitement de fécondation in vitro (F.I.V.)	2	260/261

<b>CURES</b>		<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Séjour / soins cure de convalescence	1	490 / 491
<input type="checkbox"/>	Soins cure thermale	1 + 2	492 à 498
<input type="checkbox"/>	Soins cure thermale en cas de maladie grave	1 + 2	499

<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>			<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Frais de transport non urgent soumis à AP moyen de transport : ..... <b>Fréquence (nombre voyages A/R):</b> ..... <b>Km A/R:</b> .....		291
<input type="checkbox"/>	Frais de transport de la tierce personne accompagnante moyen de transport: ..... <b>Fréquence (nombre voyages A/R):</b> ..... <b>Km A/R:</b> ..... <b>Nom de la personne accompagnante:</b> .....		291

<b>FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT</b>		<b>Remarque</b>	<b>Code RCAM</b>
<input type="checkbox"/>	Frais d'accompagnement par jour en milieu hospitalier <b>Nombre de jours:</b> ..... <b>Nom de la personne accompagnante:</b> .....	1	222
<input type="checkbox"/>	Frais d'accompagnement (pendant cure d'un enfant de moins de 14 ans) <b>Nombre de jours:</b> ..... <b>Nom de la personne accompagnante:</b> .....	1	222

**REMARQUES: informations complémentaires à fournir:**

Veillez compléter votre demande d'autorisation préalable en tenant compte des remarques indiquées par type de traitement ci-dessus:

- Remarque 1:  
**Nom du prestataire / de l'établissement:** .....  
**Qualification du prestataire / type d'établissement:**.....  
**Adresse (+ no. Tél. / Fax si possible):** .....  
 .....  
 .....
- Remarque 2: **préciser le type d'intervention / traitement / appareil / produit / autre (voir prescription médicale)**  
 .....  
 .....

PROTHESES, APPAREILS ORTHOPEDIQUES		Remarque	Code RCAM
Prix à indiquer: .....			
<input type="checkbox"/>	Appareil auditif: cas spéciaux - DGE - titre II, chapitre 11, point 2.4 (Enfants <<< 18 ans / maladie grave de sphère auditive)	2	821
<input type="checkbox"/>	Matériel pour diabète traité par insuline	2	842
<input type="checkbox"/>	Matériel pour diabète non insuliné	2	843
<input type="checkbox"/>	Glucomètre/diabète		875
<input type="checkbox"/>	Matériel pour incontinence		844
<input type="checkbox"/>	Chaussures orthopédiques correctrices sur mesure	2	855 / 856
<input type="checkbox"/>	Prothèse capillaire/perruque		861
<input type="checkbox"/>	Membres, segments: achat /réparation	2	862
<input type="checkbox"/>	CPAP (apnées/sommeil):achat		865
<input type="checkbox"/>	CPAP (apnées/sommeil):location de plus de 3 mois		866
<input type="checkbox"/>	CPAP: accessoires/entretien (hors de l'année d'achat du CPAP)		867
<input type="checkbox"/>	Tensiomètre		870
<input type="checkbox"/>	Aérosol : achat		871
<input type="checkbox"/>	Aérosol : location de plus de 3 mois		872
<input type="checkbox"/>	Système vacuum/traitement impuissance		876
<input type="checkbox"/>	Appareil de mesure du temps de coagulation (en cas d'anti-coagulation à vie)		877
<input type="checkbox"/>	Cadre de marche: achat		881
<input type="checkbox"/>	Cadre de marche: location de plus de 3 mois		882
<input type="checkbox"/>	Chaise percée/de douche : achat		883
<input type="checkbox"/>	Chaise percée/de douche : location de plus de 3 mois		884
<input type="checkbox"/>	Lit d'hôpital (à domicile) : achat		885
<input type="checkbox"/>	Lit d'hôpital (à domicile) : location de plus de 3 mois		886
<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarres: achat		887
<input type="checkbox"/>	Matelas anti-escarres: location de plus de 3 mois		888
<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant: achat	2	890
<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant: location	2	891
<input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant: réparation	2	892
<input type="checkbox"/>	Autre matériel + matériel dont le coût dépasse 2000 € <b>(2 devis détaillés comparatifs indispensables)</b>	2	895
<input type="checkbox"/>	Autre matériel divers: location	2	896

**REMARQUES:** informations complémentaires à fournir:

Veuillez compléter votre demande d'autorisation préalable en tenant compte des remarques indiquées par type de traitement ci-dessus:

- Remarque 2: préciser le type d'intervention / traitement / appareil / produit / autre (voir prescription médicale)  
 .....  
 .....

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

<b>Médecin Conseil du Bureau liquidateur de Bruxelles</b> <b>Commission européenne</b> SC27 00/05 B-1049 Bruxelles	<b>Bureau liquidateur d'Ispra</b> <b>Commission européenne</b> PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va)	<b>Bureau liquidateur de Luxembourg</b> <b>Commission européenne</b> DRB - B1/061 L-2920 Luxembourg
---	--	--

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>

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



ANNEXE

**DECLARATION**

Numéro personnel :.....

Nom et prénom: .....

Afin de compléter la documentation requise pour obtenir l'autorisation préalable, nous vous saurions gré de bien vouloir nous communiquer si vous recevez une aide financière complémentaire de la part d'un système d'assurance légale et/ou obligatoire ou privée. Si tel est le cas, veuillez indiquer ci-dessous le montant perçu et nous renvoyer la présente lettre, dûment complétée.

**Nous vous informons qu'en absence de la réception de ce formulaire dûment rempli et signé votre demande d'autorisation préalable ne sera pas traitée et vous sera renvoyée.**

Aide financière complémentaire

BENEFICIAIRE – nom et prénom : .....

-  Garde-malade

-  Etablissement de repos ou de soins

-  Autres : .....

- organisme :.....

- montant perçu ..... Pays ..... Devise .....

Pas d'aide financière complémentaire

Date : .....

Signature : .....

➤ **A transmettre à votre Bureau Liquidateur**

Personnel de la Commission, Agences exécutives:

[http://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/sources/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx)

Pour délégations, Office des Publications, Personnel à la retraite, détaché ou en CCP :

[https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](https://myintracomm-ext.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx)

Autres institutions de l'EU et autres agences : [http://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/Pages/index.aspx](http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx).



**RCAM/JSIS – FORMULAIRE UNIQUE DENTISTERIE**

**A REMPLIR PAR L’AFFILIE(E)**

Nom de l’affilié(e): ..... N° personnel/pension: .....

Note d’honoraires/devis pour :  affilié(e) principal(e)  conjoint/partenaire reconnu  enfant à charge ou assimilé

- Pour introduire **une demande d’autorisation préalable**, veuillez envoyer ce formulaire avec la **partie "devis"** complétée et les annexes demandées au bureau liquidateur.
- Pour introduire une **demande de remboursement**, veuillez joindre ce formulaire avec la **partie "honoraires"** complétée, la facture/reçu/attestation de soins et les annexes demandées. En cas de couverture au titre de la complémentarité, joindre également le décompte ou la lettre de refus de la caisse primaire.

**Le RCAM ne s’engage au remboursement que si toutes les dispositions réglementaires sont respectées:**  
plus d’informations sur: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/FR/health>

**A REMPLIR PAR LE PRATICIEN TRAITANT**

- Devis estimatif\***  
**OU**  
 **Note d’honoraires\*** pour : Nom, Prénom: .....  
Date de naissance: .....

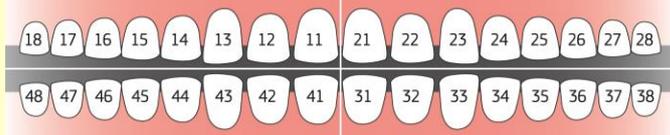
\* Choisir une case

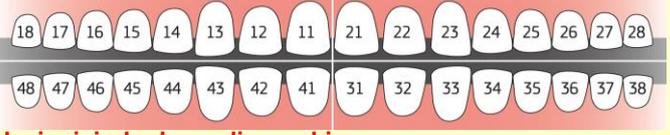
SOINS ET TRAITEMENTS PREVENTIFS		Utiliser la colonne concernée uniquement		
<p>▼ <b>Schéma: cocher les dents concernées pour l’ensemble des soins</b></p>		Numéro(s) de dent(s) par traitement	<b>DEVIS</b>  <i>Ne compléter que pour les soins en lien avec prothèses ou implantologie</i>	<b>HONORAIRES</b>
Consultation ..... / ..... Radiographie endobuccale ..... / ..... Radiographie panoramique, téléradiographie, CBCT ..... / ..... Application de Fluor, Scellement des puits et fissures ..... Détartrage..... Obturation coronaire ..... Reconstitution directe, faux moignon (vis ou tenon), inlays et facettes en résine..... Dévitalisation et obturation radiculaire ..... Extraction normale, incision d’abcès, esquillectomie ..... Extraction chirurgicale, dent incluse, apectomie, amputation radiculaire, frénectomie ..... Divers (à préciser) .....				

PARODONTIE		Utiliser la colonne concernée uniquement		
<p>▼ <b>Schéma: cocher les quadrants concernés pour l’ensemble des soins</b></p> <p>▲ <b>Pour un devis: joindre une note décrivant le plan de traitement</b></p>		Quadrant(s)	<b>DEVIS</b>	<b>HONORAIRES</b>
Bilan parodontal (DPSI) ..... / ..... Surfaçage radiculaire ..... Traitement chirurgical ..... Contention parodontale coulée .....				

OCCLUSODONTIE		Utiliser la colonne concernée uniquement	
<p>▲ <b>Pour un devis: joindre une note décrivant le plan de traitement</b></p>		<b>DEVIS</b>	<b>HONORAIRES</b>
Gouttière occlusale ..... Dispositif d’avancement mandibulaire pour OSAS .....			

SUITE au VERSO →

PROTHESES		Utiliser la colonne concernée uniquement	
<p>▼ <b>Schéma: cocher les dents concernées pour l'ensemble des soins</b></p>  <p>▲ <b>Pour un devis: joindre les radiographies</b></p>	Numéro(s) de dent(s) par traitement	DEVIS	HONORAIRES
<p>• <b>PROTHESES FIXES</b></p> <p>Faux moignon coulé, inlay-core, inlay or, céramique ou résine (indirecte) .....</p> <p>Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique ou résine (indirecte) .....</p> <p>Attachement (à préciser) .....</p> <p>Couronne ou pontique provisoire (y compris pose et dépose) .....</p> <p>Dépose ou repose d'éléments fixes, par élément .....</p> <p>Réparation de couronnes ou d'éléments de bridge, par élément .....</p> <p>• <b>PROTHESES AMOVIBLES</b></p> <p>Plaque base résine .....</p> <p>Dent ou crochet sur base résine .....</p> <p>Prothèse complète supérieure ou inférieure .....</p> <p>Plaque base résine PROVISoire .....</p> <p>Dent ou crochet PROVISoire sur base résine .....</p> <p>Plaque métallique coulée (crochets compris) .....</p> <p>Dent sur plaque métallique coulée .....</p> <p>Réparation d'une base résine, adjonction (remplacement) d'une dent ou d'un crochet sur base résine ou métallique .....</p> <p>Rebasage (partiel ou complet / plaque résine ou métallique) .....</p>			

IMPLANTOLOGIE		Utiliser la colonne concernée uniquement	
<p>▼ <b>Schéma: cocher les dents concernées pour l'ensemble des soins</b></p>  <p>▲ <b>Pour un devis: joindre les radiographies</b></p>	Sites implantaires	DEVIS	HONORAIRES
<p>Greffe d'os autogène .....</p> <p><b>Pose d'implant</b> y compris étude préalable, implant, abutment, os synthétique, membrane, matériel stérile jetable, anesthésies locales, acte chirurgical, mise à nu tête d'implant, chirurgie gingivale pré-prothétique .....</p> <p>Divers (à préciser) .....</p>			

ORTHODONTIE		Utiliser la colonne concernée uniquement	
<p>▲ <b>Pour un devis : joindre une note explicative décrivant les anomalies constatées, la durée et le plan de traitement</b></p>		DEVIS	HONORAIRES
<p>Etude préalable/modèles d'études <i>pour l'établissement d'un diagnostic/plan de traitement</i> .....</p> <p>Radiographies/analyses céphalométriques <i>pour établissement d'un diagnostic/plan de traitement</i> .....</p> <p><b>Honoraires pour le traitement</b> y compris visites de contrôle, appareils et attelles de contention inférieures/supérieures, plaquettes, analyses céphalométriques/modèles d'études <i>complémentaires</i> .....</p>	/	/	

<p><b>Cachet du praticien traitant avec n° téléphone et pays</b> (obligatoire)</p> <p>Date : .....</p> <p>Signature du praticien : .....</p>	<p>Total devis : ..... (préciser devise et pays)</p>
	<p>Total des honoraires : ..... (préciser devise et pays)</p> <p><input type="checkbox"/> Je certifie avoir effectué du ..... au ..... les soins/traitements indiqués ci-dessus et en avoir reçu les honoraires correspondants*.</p> <p><input type="checkbox"/> Je joins l'attestation de soin/le reçu/la facture délivré(e) conformément à la législation nationale*.</p> <p><b>* déclaration obligatoire</b></p>

# Déclarer un accident

**Vous êtes victime d'un accident? Voici la marche à suivre bénéficiaire de la couverture d'assurance qui couvre les frais médicaux liés aux accidents.**

Si vous êtes fonctionnaire, agent contractuel ou temporaire, vous êtes couvert 24h/24 dans le monde entier pour tout accident (voir les [exclusions](#) ) qui relève de la vie privée ou professionnelle. Attention : cette page ne concerne que la déclaration d'accident à la caisse d'assurance. N'oubliez pas de prévenir aussi votre [service médical](#) si vous êtes absent au travail.

## Etape 1 : compléter le formulaire

Vous devez remplir le formulaire de [déclaration d'accident](#) . La partie **certificat médical** doit obligatoirement être remplie par un médecin.

En cas d'accident suivi de décès, ainsi que dans tous les cas d'impossibilité pour l'assuré ou ses ayants droit de déclarer l'accident, cette déclaration peut être faite par tout membre de sa famille ou toute autre personne en ayant eu connaissance.

Attention! Si l'accident implique la responsabilité d'un tiers, vous devez remplir la partie "tiers responsable" (voir plus bas) de la déclaration d'accident.

**Signez et datez** votre déclaration d'accident pour qu'elle soit valable!

## Etape 2 : joindre les pièces justificatives

Vous devez joindre à votre déclaration tous **les documents médicaux** (radiologie, IRM, rapport d'hospitalisation, etc.) Ne joignez pas les clichés, mais conservez les vous-même soigneusement.

## Etape 3 : envoyer au bureau liquidateur

**Ne traînez pas!** Vous disposez de 10 jours à partir de la date de l'accident pour envoyer votre déclaration (sauf cas de force majeure)!

Vous envoyez le tout dans une enveloppe à l'adresse qui correspond à votre affectation administrative (elle est indiquée sur le formulaire). Si nécessaire, n'oubliez pas d'envoyer une copie à votre [service médical](#).

## Etape 4 : demander un remboursement

Vous pouvez sans attendre demander le [remboursement de vos frais médicaux](#). Dans un premier temps, vous serez remboursé(e) dans la tranche habituelle (80 à 85%). Dès que votre

déclaration d'accident aura été acceptée, le complément vous sera versé à concurrence de 100% des frais exposés.

Pour cela, il suffit de [compléter le formulaire](#) de demande de remboursement sans oublier d'y indiquer **la date de l'accident et de cocher la case "ACCIDENT (ACC)"**. Attention, pour être valable, le formulaire doit être **complet et signé**. Nous mettons à votre disposition un [tutoriel](#) avec des astuces pour vous aider.

Envoyez ce formulaire à votre [bureau liquidateur](#).

## Etape 5 : passer un examen médical

Vous recevrez une convocation pour un examen médical auprès d'un médecin du service "Accidents", en vue d'évaluer votre état de santé suite à l'accident ainsi que des éventuelles séquelles. Le médecin rédigera alors son rapport.

S'il reste des séquelles, un capital d'invalidité, calculé conformément à l'article 73 du Statut,

vous sera proposé. Votre dossier est alors clôturé (il est possible de [réouvrir le dossier](#) ). En cas de décès, d'invalidité permanente totale ou d'invalidité permanente partielle, le paiement d'une indemnité est prévu.

## Le tiers responsable

Lorsqu'un accident implique la responsabilité d'une autre personne (un tiers responsable), il est important de fournir les informations suivantes afin que les services du PMO puissent récupérer les frais médicaux auprès de sa compagnie d'assurance :

- le nom et l'adresse de ce tiers
- le nom et l'adresse de la compagnie d'assurances du tiers responsable
- les preuves dont vous disposez (afin de permettre à l'institution d'exercer un recours contre le tiers)
- l'existence et l'évolution des procédures amiables ou judiciaires engagées à titre privé à l'encontre de ce tiers responsable.

Si vous signez un éventuel règlement à l'amiable ou d'une transaction avec le tiers responsable, il faut obligatoirement mentionner, au-dessus de votre signature, *"sous réserve du respect des articles 8 de la réglementation commune assurance accidents et maladies professionnelles et 85bis du Statut des fonctionnaires des Communautés européennes"*, et envoyer une copie de ce document avec votre déclaration d'accident.

Attention : même si les pensionnés et les autres membres de la famille affiliés au régime d'assurance maladie ne bénéficient pas de l'assurance accidents, il y a lieu, dans le cas d'un accident avec un tiers responsable identifié, d'introduire une déclaration d'accident.

## Frais non remboursables

Les frais de rapatriement, en cas de maladie ou d'accident, ne sont jamais remboursables par l'assurance maladie. Ce type de frais est généralement couvert par l'assurance éventuellement souscrite auprès de votre voyageur et/ou par certaines cartes de crédit si vous avez réglé votre voyage par ce moyen



# DECLARATION D'ACCIDENT\*

**IMPORTANT (à lire très attentivement) :**

1. La déclaration d'accident dûment complétée et signée est à renvoyer, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de l'accident, à l'adresse au point 7. Le **certificat médical** à faire remplir par un médecin doit **impérativement** compléter la déclaration.
2. Tout document médical ultérieur en rapport avec l'accident (protocoles radiologiques, IRM, rapport d'hospitalisation,...) doit être remis au médecin lors de la convocation ou envoyé d'office à l'adresse au point 7 (**ne pas transmettre les clichés**, vous devez toutefois impérativement les conserver).
3. Les justificatifs d'absences sont à transmettre **endéans les 5 jours** au Service médical ou Service Gestion des Absences médicales dont vous dépendez.
4. Les frais médicaux relatifs à cet accident peuvent être introduits auprès de **votre bureau liquidateur / RCAM en ligne** (pour la Cour de Justice, à l'Unité droits statutaires, bureau TA03/0032), conformément aux règles en vigueur, au moyen d'une demande de remboursement distincte sur laquelle la **date de l'accident** doit être mentionnée. Le médecin traitant doit faire figurer la date de l'accident sur les notes d'honoraires et sur tous les documents médicaux établis (prescriptions médicales, demandes d'examens spécialisés, rapports médicaux). Le remboursement complémentaire prévu à l'article 73§3 du Statut suivra celui accordé par le RCAM **après l'acceptation de l'accident**.

**1. INSTITUTION**

- CONSEIL    PARLEMENT    COMMISSION    COUR DE JUSTICE    CES    SEAE  
 COUR DES COMPTES    COMITE DES REGIONS    MEDiateur    AUTRE: .....

**2. VICTIME**

- FONCTIONNAIRE    AGENT TEMPORAIRE    AGENT CONTRACTUEL  
 AUTRE BENEFICIAIRE, précisez (pensionné, conjoint, enfant,...): .....  
 Celui-ci n'est **pas couvert par l'article 73** du Statut et ne bénéficiera pas des remboursements complémentaires, mais sa déclaration permettra à l'institution de récupérer les frais médicaux payés au titre de l'article 72 auprès de l'assurance du tiers responsable):

- 2.1. Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de jeune fille : .....
- 2.2. Date de naissance : ..... Sexe :  M    F
- 2.3 Adresse privée : ..... Tél. privé:.....  
 .....
- 2.4. N° Personnel de l'affilié : ..... Classement actuel (Grade/Echelon) : .....  
 Lieu d'affectation : ..... Adresse bureau: ..... Tel bureau : .....

**3. ACCIDENT**

- 3.1. Date : ..... Heure : .....
- 3.2. Lieu précis : .....
- 3.3. Circonstances détaillées : .....  
 .....  
 .....  
 .....
- 3.4. : S'agit-il d'un accident :    de travail    sur le chemin du travail    privé
- 3.5. Y a-t-il eu intervention des services de l'ordre (procès-verbal) ?    OUI    NON  
 Si oui, lesquels (adresse complète) : .....  
 Si un procès verbal a été établi, annexer une copie ou indiquer le n°:.....
- 3.6. L'accident a-t-il causé une incapacité de travail ?    OUI    NON

\* Les données relatives à l'accident seront traitées conformément au règlement (UE) 2018/1725 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32018R1725> )

#### 4. TIERS RESPONSABLE (ARTICLE 85 BIS DU STATUT)

En cas d'accident impliquant la responsabilité d'un tiers, veuillez IMPERATIVEMENT compléter TRES PRECISEMENT cette partie, afin de permettre à l'Institution de récupérer auprès de l'assurance du tiers les dépenses qu'elle a encourues suite à l'accident.

4.1. Un constat d'accident a-t-il été dressé ?  OUI  NON

Si oui, veuillez en annexer une copie

4.2. Identité du tiers (nom, prénom) .....  
(adresse complète) .....

4.3 Identité du titulaire de l'assurance (nom, prénom).....  
(adresse complète).....

4.4. Sa compagnie d'assurances (nom) .....  
(adresse complète) .....

4.5. Le numéro de son contrat d'assurances .....

En cas de transaction avec le tiers ou son assureur, je m'engage à en informer préalablement mon institution, et à faire précéder ma signature de la mention: "sous réserve du respect de l'art. 8 de la Réglementation commune assurance accidents et maladies professionnelles et de l'art. 85 bis du Statut des fonctionnaires de l'Union européenne " .

Signature: .....

#### 5. OBSERVATIONS (ex: justification en cas de déclaration hors délai, art. 15.2)

#### 6. SINCERE ET CONFORME AUX FAITS

Fait à ..... le .....

(Signature)

#### 7. ENVOI DE LA DECLARATION (et des documents médicaux relatifs à l'accident)

<u>POUR LE CONSEIL</u>	<u>POUR LE PARLEMENT</u>	<u>POUR LA COMMISSION, LE SEAE, LA COUR DES COMPTES, LE CES, LE CDR, LES AGENCES, MEDIATEUR</u>	<u>POUR LA COUR DE JUSTICE</u>
Conseil de l'Union Européenne Service Assurance Accident Bureau: 00 40 GM 44 Rue de la Loi 175 B - 1048 Bruxelles  Fax: +32 2 281 64 92 Tel: +32 2 281 66 99 Email: <a href="mailto:Accident.insurance@consiliu.m.europa.eu">Accident.insurance@consiliu.m.europa.eu</a>  + Envoyer une copie au service « gestion des absences médicales » 0070LM31	Parlement Européen Unité des pensions et assurances sociales - Section Accident Bureau: GEO 03B038 L – 2929 Luxembourg  Fax: +352 43 49 69 Tel: +352 4300 22528 Email: <a href="mailto:SecteurAccidents@europarl.europa.eu">SecteurAccidents@europarl.europa.eu</a>	Commission Européenne Unité Assurance maladie et accidents Secteur Accidents B – 1049 Bruxelles  Tel: +32 2 29 97777 Envoyer la déclaration au PMO : <a href="#">My IntraComm &gt; Personnel &gt; Santé &gt; Evènements spécifiques &gt; Accident &gt; Contactez-nous</a>  + Envoyer une copie à l'unité qui coordonne les absences maladies	Cour de Justice de l'UE Unité Droits statutaires, affaires sociales & médicales, conditions de travail. L – 2925 Luxembourg  D. Karzel (TA03/0032) ou A. Michel (TA03/0012) ou H. Guerra (TA03/0019)  Fax: +352 43 03 27 10  Email: <a href="mailto:accidents@curia.europa.eu">accidents@curia.europa.eu</a>

# CERTIFICAT MEDICAL - PREMIER CONSTAT

A faire compléter et signer par un médecin ou remplacer par un rapport médical équivalent

## CONSULTATION

du Docteur : .....  
Adresse .....  
.....  
N° tél. ....

## VICTIME

Nom : .....  
Prénom : .....  
N° personnel : .....  
Date de naissance : .....

1. **Date de l'accident :** .....  
**Date des premiers soins :** .....  
Y-a-t-il un lien de cause à effet entre l'accident et les lésions ?  OUI  NON  PARTIELLEMENT

2. **Description des lésions (latéralité G/D le cas échéant):** .....  
.....  
.....  
.....  
a. Quel est le traitement prescrit ? .....  
.....  
.....  
b. Des examens complémentaires ont-ils été pratiqués (radiographies, scanner, RMN, ...) ? OUI  NON   
**Si oui, veuillez remettre copie des protocoles à la victime**  
c. Y a-t-il eu hospitalisation ?  OUI  NON

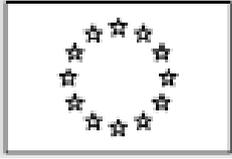
3. **Incapacités temporaires résultant de l'accident :**  
Totale : à partir du ..... durée probable : .....  
Partielle : à partir du ..... durée probable : .....  
Reprise du travail prévue le : .....

4. **Suites présumées de l'accident :**  
Guérison  Consolidation  date probable .....

5. **Les maladies ou infirmités préexistantes qui ont aggravé les conséquences de l'accident sont :**  
.....  
.....

6. **Observations :**  
.....  
.....  
.....

Fait à ..... le .....  
(Signature et cachet du médecin)



## UNION EUROPÉENNE

ASSURANCE ACCIDENTS & MALADIES PROFESSIONNELLES

### CERTIFICAT MEDICAL DE SUIVI

A envoyer de préférence par voie électronique via le bouton « nous contacter » disponible depuis la page thématique accident <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/FR/health/specific-events/Pages/accident.aspx?ln=fr>. Une copie est suffisante, il n'est pas nécessaire de nous envoyer l'original par courrier. Si vous préférez la voie papier, merci de l'adresser au contact suivant : Unité Assurance maladie et accidents - Secteur Accidents B- 1049 Bruxelles

Je, soussigné(e) Docteur

.....  
.....  
.....(nom et adresse du cabinet de consultation)

Déclare que M\* (n° de personnel \*) (D\*)  
Suite à l'accident du \* (n° de dossier \*)

- est encore en traitement et que son état de santé ne peut pas être considéré comme stabilisé.**
- Traitement en cours (à compléter obligatoirement):  
.....  
.....
  - Date probable de consolidation (si elle n'est pas encore prévisible, indiquer la date à laquelle s'achève le traitement en cours):  
.....

- n'est plus en traitement thérapeutique améliorant et que son état de santé est stabilisé (consolidé) avec les séquelles résiduelles suivantes (des feuillets supplémentaires numérotés peuvent être joints):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- est guéri(e) des séquelles de son accident.**

Date: .....

Cachet et signature  
(obligatoire)

## DEMANDE DE REOUVERTURE D'UN DOSSIER ACCIDENT

(Article 73 du Statut - Article 21 de la Réglementation commune relative à la couverture des risques d'accidents et de maladies professionnelles)

REFERENCES DOSSIER	COORDONNEES AFFILIE
Nom: .....	Adresse de correspondance: .....
N° Personnel: .....	.....
Date accident: .....	Tel de contact: .....
N° Dossier: .....	Email: .....

### MOTIF(S) DE LA DEMANDE DE REOUVERTURE

- Réévaluation du taux d'IPP (invalidité permanente partielle)
- Prise en charge de frais médicaux
- Autre: .....

Détaillez le motif de la demande :

.....  
.....  
.....

**Signature:** .....

**Date:** .....

### PARTIE A COMPLETER PAR VOTRE MEDECIN

- Les plaintes actuelles sont, à mon avis, liées à l'accident en références
- L'IPP devra être réévaluée
- Date du début de l'aggravation: .....
- Le traitement suivant a été prescrit:  
.....  
.....
- Commentaires:  
.....  
.....
- J'annexe: .....

**Signature et cachet:** .....

**Nom et Adresse du médecin:** .....

**Date:** .....

**FORMULAIRE A RENVOYER** (complété et signé par l'affilié et son médecin) de préférence par voie électronique via le bouton « nous contacter » disponible depuis la page thématique accident <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/FR/health/specific-events/Pages/accident.aspx>. Une copie est suffisante, il n'est pas nécessaire de nous envoyer l'original par courrier. Si vous préférez la voie papier, merci de l'adresser au contact suivant : Unité Assurance maladie et accidents- Secteur Accidents B- 1049 Bruxelles

Les données relatives à l'accident seront traitées conformément au règlement (UE) 2018/1725 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32018R1725>

### PARTIE A COMPLETER PAR L'ADMINISTRATION

Situation au moment de la clôture:

- Il s'agissait d'une clôture administrative + date (approximative) de la clôture: .....
- Il s'agissait d'une clôture médicale (= après évaluation du médecin AIPN) :  
- date de consolidation: ..... - taux d'IPP attribué: ..... %
- Dossier SUB

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DE FRAIS MEDICAUX ELEVES**

Pour les bénéficiaires d'une intervention à titre primaire du RCAM (\* voir verso)  
Conformément aux dispositions du Chapitre 4 du Titre III des DGE

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) **Voir adresse au verso** U

Nom et prénom de l'affilié(e) : ..... N° pers. /pension:.....  
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:.....Tél : .....  
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....  
Adresse E-mail : .....  
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)

**Demande d'une prise en charge pour <sup>1</sup> :**

Affilié(e) principal(e)  conjoint ou partenaire reconnu  enfant  personne assimilée à enfant à charge.  
Nom, Prénom : ..... Date de naissance:.....

**HOSPITALISATION <sup>1</sup>**

**Date d'entrée prévue:** .....

**Nature de l'hospitalisation:**

- Hospitalisation pour traitement ou intervention chirurgicale;  
 Revalidation ou rééducation suite à une affection médicale ou intervention chirurgicale invalidante;  
 Traitement d'affections psychiatriques;  
 Soins palliatifs (y inclus à domicile);

**S'agit-il d'une hospitalisation liée à:**

- Accident** Date de l'accident <sup>2</sup> : .....  
 **Accouchement** voir excessivité et accouchement au verso  
 **Maladie grave reconnue** N° de réf. décision <sup>2</sup>: .....  
 **Chirurgie plastique** N° de réf. autorisation préalable <sup>2</sup>: .....  
 **Pose d'implants dentaires** N° de réf. devis dentaire <sup>2</sup>: .....

**Brève description de l'intervention :** .....<sup>2</sup>

**Coût de l'hospitalisation:**

**Prix journalier de la chambre <sup>4</sup> :** .....  
Nous vous informons que le remboursement des frais relatifs à la chambre se limite au prix de la chambre particulière la moins onéreuse de l'hôpital. La partie des coûts qui dépasse ce prix sera considérée comme excessive et restera à charge de l'affilié.

**Estimation du coût global :** .....

**Remarque:** Toutes les factures principales émanant de l'hôpital liées à votre hospitalisation sont réglées par votre Bureau Liquidateur; si vous recevez une telle facture, veuillez la transmettre à votre Bureau Liquidateur.

**Prix non disponible :** j'assume l'entière responsabilité pour toute excessivité ou dépassement du plafond de remboursement

**TRAITEMENT AMBULATOIRE LOURD <sup>1</sup>**

**Maladie grave reconnue** N° de réf. décision <sup>2</sup>: .....

**FRAIS MEDICAUX ELEVES ET/OU REPETES <sup>1</sup>**

**Uniquement si le coût mensuel dépasse 20% de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e) :**

- Achat répétitif de produits pharmaceutiques onéreux <sup>3</sup>**  
 **Utilisation itérative d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger**  
Uniquement si le coût mensuel dépasse 20% de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e)  
N° de réf. autorisation préalable <sup>2</sup>: .....

**Examens onéreux <sup>3</sup>**  
Uniquement si le coût mensuel dépasse 20% de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e)  
N° de réf. autorisation préalable <sup>2</sup> si requise: .....  
Période du ..... au ..... Coût mensuel: .....

**NOM et ADRESSE DU PRESTATAIRE (Hôpital/ Clinique/ Pharmacie/ etc.):**

Nom: .....  
Adresse: ..... Pays/ Ville: .....  
N° Tél. .... N° Fax: ..... Adresse E-mail: .....

J'ai bien pris note que le bénéficiaire est tenu de déclarer les remboursements de frais perçus ou auxquels il peut prétendre au titre d'une autre assurance-maladie, légale ou réglementaire, pour lui-même ou pour l'une des personnes couvertes de son chef (cf. Article 72§4 du Statut) <sup>1+2</sup>

**J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur (voir au verso) et m'engage à les respecter:**

Date .....  
Signature du demandeur

Affilié(e) <sup>1</sup>  
 Représentant légal <sup>1</sup> :  
Nom, prénom:.....

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

<sup>2</sup> Information obligatoire sinon la prise en charge ne sera pas accordée

<sup>3</sup> Prière de joindre obligatoirement copie de la prescription médicale précisant le type de produits pharmaceutiques/examens et la durée.

<sup>4</sup> Information obligatoire pour les hôpitaux non conventionnés

## Règles de Prise en charge

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

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

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

#### Prises en charge

Sauf cas d'urgence ou de force majeure, la prise en charge doit être demandée au préalable par l'affilié.

La prise en charge est accordée dans les cas suivants:

- En cas d'hospitalisation, la prise en charge couvre les factures principales et celles du chirurgien. En cas de facturation séparée, les factures du médecin anesthésiste et de l'assistant peuvent également faire l'objet d'une prise en charge.

La durée de validité de ce type de prise en charge est fixée à 60 jours. Pour les hospitalisations d'une durée supérieure, il y a lieu d'introduire auprès du médecin conseil une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical justifiant cette prolongation.

- En cas de traitements ambulatoires lourds, dans le cadre d'une maladie grave, par exemple radiothérapie, chimiothérapie, dialyse.

- En cas d'achats répétitifs de médicaments coûteux comme, par exemple, les hormones de croissance, d'utilisation itérative d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger (VSL) ou d'exams coûteux, si le coût mensuel dépasse 20 % de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e).

**Dans le cadre d'une prise en charge, la partie des frais restant à charge de l'affilié(e) après tarification est retenue en principe sur les remboursements ultérieurs, éventuellement sur sa rémunération, sa pension ou sur toute autre somme qui lui est due par son Institution. Sur demande du Bureau Liquidateur, le solde peut être remboursé par virement sur le compte bancaire du RCAM. La régularisation de l'avance doit intervenir en principe au plus tard trois ans après la date de l'octroi de l'avance (Réglementation art. 30).**

#### Excessivité (REGLEMENTATION COMMUNE, Article 20§2)

Pour les prestations pour lesquelles aucun plafond de remboursement n'est fixé, la partie des frais considérés comme excessifs au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés ne donne pas lieu à remboursement. La partie des frais considérés comme excessifs est déterminée au cas par cas par le Bureau liquidateur après avis du médecin conseil.

#### Accouchement : voir website :

[https://myintracomm.ec.europa.eu/hr\\_admin/fr/sickness\\_insurance/treatments-AZ/Pages/pregnancy.aspx](https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/treatments-AZ/Pages/pregnancy.aspx)

#### **(\*) Modalités particulières pour les bénéficiaires de la complémentarité**

##### **(Chapitre 3 du Titre III des DGE)**

Les bénéficiaires de la complémentarité doivent d'abord avoir recours à leur régime primaire national de sécurité sociale et demander le remboursement de leurs frais médicaux auprès de celui-ci, le RCAM n'intervenant que comme régime complémentaire.

Toutefois, les frais relatifs aux prestations pour lesquelles le régime primaire n'accorde pas de remboursement peuvent faire l'objet d'un remboursement du RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier. Dans ce cas, l'intervention du RCAM est comparable à celle accordée à titre primaire.

Si, en raison de l'exercice du libre choix du prestataire, notamment pour les frais découlant de prestations dispensées à l'étranger, aucun remboursement par le régime primaire n'est possible, le RCAM peut également intervenir pour les prestations dont il assure le remboursement à condition qu'il soit établi au moyen de documents probants que toutes les procédures et règles du régime primaire ont été préalablement respectées. Le RCAM se substitue alors au régime primaire qu'à l'égard des prestations concernées.

Les bénéficiaires de la complémentarité qui dépendent d'un système à prestations directes ne peuvent se faire rembourser des frais exposés dans le secteur privé – pour les prestations dont la liste suit – que s'il est prouvé que le système public présente des carences manifestes (par exemple, délais d'attente, traitements inexistantes):

- Hospitalisations et interventions chirurgicales,
- Traitements et examens en milieu hospitalier,
- Maisons de repos et de soins,
- Garde-malades,
- Cures thermales et de convalescence

Une autorisation préalable est requise.

Les prestations autres que celles figurant sur la liste ci-dessus peuvent faire l'objet d'un remboursement par le RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier.

**Les restrictions en matière de libre choix ne s'appliquent ni à l'affilié ni aux enfants à charge couverts en complémentarité.**

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

<b>Bureau liquidateur de Bruxelles</b> <b>Commission européenne</b> Bureau SC27 3/04 B-1049 Bruxelles Tél.: +32-2-295.98.56 Fax: +32-2-295.97.01	<b>Bureau liquidateur d'Ispra</b> PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra Tél.: +39-0332-789966 Fax: +39-0332-789423	<b>Bureau liquidateur de Luxembourg</b> DRB - B1/073 L-2920 Luxembourg Tél.: +352-4301.36103/36406 Fax: +352-4301.36019
---	--	---

**PMO-CONTACT - <https://ec.europa.eu/pmo/contact/> - Tél. : + 32 (0)2 29 97777**

**J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur et m'engage à les respecter.**

Date .....

Signature du demandeur

Affilié(e)<sup>1</sup>

Représentant légal<sup>1</sup> :

Nom, prénom:.....



## DEMANDE DE TRAITEMENT PRIORITAIRE D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX

Peuvent introduire une telle demande les affiliés à titre primaire du RCAM ayant eu à faire face à des frais médicaux de plus de 600 € dans un délai de 15 jours qui précèdent l'envoi de la demande de remboursement.

**Formulaire à placer en couverture de la demande de remboursement concernée**  
afin qu'elle soit traitée en priorité par votre bureau liquidateur

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) **Voir adresse ci-dessous**

Nom et prénom de l'affilié(e) : ..... N° pers. /pension:.....  
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:.....Tél : .....  
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....  
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)

### **Demande relative à :**

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

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

Cochez la case correspondante svp

### **Date à laquelle les frais ont été exposés:**

**Date d'envoi de la demande de remboursement au PMO (délai maximal de 15 jours après que les frais aient été encourus) :**

**Montant exposé (+ de 600 €) :**

**J'ai pris connaissance des conditions et des règles en vigueur pour l'application du traitement prioritaire de demandes de remboursement et m'engage à les respecter**

Date .....

Signature .....

**Renvoyer à**

<b>Bureau liquidateur de Bruxelles</b> <b>Commission européenne</b> SC27 0/05 B-1049 Bruxelles	<b>Bureau liquidateur d'Ispra</b> <b>Commission européenne</b> PMO/06 - TP 740 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va)	<b>Bureau liquidateur de Luxembourg</b> <b>Commission européenne</b> DRB - B1/061 L-2920 Luxembourg
---	--	--

**<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>**

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



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

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

Conformément aux dispositions du Chapitre 4 du Titre III des DGE

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) – **Voir adresse au verso** U

Nom et prénom de l'affilié(e) :.....	N° pers. /pension:.....
Institution et Lieu d'affectation:.....	Adresse de bureau:.....Tél : .....
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....	
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)	

<b>Demande d'une avance pour frais médicaux coûteux pour <sup>1</sup> :</b>	
<input type="checkbox"/> Affilié(e) principal(e)	<input type="checkbox"/> conjoint ou partenaire reconnu
<input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> personne assimilée à enfant à charge.
Nom, Prénom : .....	Date de naissance:.....

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

<b>Détermination du montant de l'avance</b>
Le montant de l'avance est fixé :
- à 80% du plafond du remboursement prévu pour la prestation concernée ou 80% du montant prévu si inférieur au plafond
- à 80 % du montant prévu pour les prestations non-soumises à un plafond de remboursement
En ce qui concerne l'avance versée au titre de frais de garde-malade, celle-ci est versée une seule fois et fait l'objet d'un recouvrement uniquement au cours du dernier mois de validité de l'autorisation préalable.

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

Date .....

Signature .....

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

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

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

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

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

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

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

### **Avances**

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

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

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

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

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

<b>Bureau liquidateur de Bruxelles Commission européenne</b> SC27 0/05 B-1049 Bruxelles	<b>Bureau liquidateur d'Ispra Commission européenne</b> PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va)	<b>Bureau liquidateur de Luxembourg Commission européenne</b> DRB - B1/061 L-2920 Luxembourg
<a href="https://ec.europa.eu/pmo/contact/">https://ec.europa.eu/pmo/contact/</a> <b>+ 32 (0)2 29 97777</b>		



## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS RELATIFS AUX SOINS EN MAISON DE REPOS et DE SOINS ou ETABLISSEMENT ASSIMILE

Pour les bénéficiaires d'une intervention à titre primaire du RCAM (\*)  
Conformément aux dispositions du Chapitre 4 du Titre III des DGE

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) – **Voir adresse au verso** U

Nom et prénom de l'affilié(e) : ..... N° pers. /pension:.....  
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:.....Tél : .....  
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....  
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)

### **Demande d'une prise en charge pour <sup>1</sup> :**

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

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

### **Résident en maison de repos et de soins ou assimilé <sup>1</sup> :**

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

Date de début: .....

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

### **NOM et ADRESSE DE LA MAISON DE REPOS ET DE SOINS OU ASSIMILE :**

Nom: .....

Adresse: .....

Pays/ Ville: .....

N° Tél.: ..... N° Fax: .....

Adresse E-mail: .....

### **Je soussigné déclare sur l'honneur que : <sup>1+3</sup>**

- Je ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire donnant lieu à d'autres remboursements.  
 Je percevrai un remboursement de ..... EUR au titre d'une assurance complémentaire ou je communiquerai le montant perçu dès que celui-ci sera connu.

### **Remarque:**

**Une nouvelle demande de prise en charge doit être introduite en cas de changement d'établissement ou de type d'établissement.**

### **J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur (voir au verso) et m'engage à les respecter:**

Date .....

Signature du demandeur

Affilié(e)<sup>1</sup>

Représentant légal<sup>1</sup> :

Nom, prénom:.....

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

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

<sup>3</sup> Information obligatoire sinon la prise en charge ne sera pas accordée.

## Modalités de remboursement – Etablissements de repos et de soins – (Chapitre 3 du Titre II des Dispositions Générales d'Exécution - DGE)

La demande d'autorisation préalable est accompagnée d'un rapport médical justifiant de la nécessité du séjour dans l'établissement et précisant la nature des soins nécessités par le patient ainsi que des 2 formulaires (annexes au chap. 3) dûment complétés par le médecin traitant.

L'autorisation est accordée pour une période n'excédant pas 12 mois. Elle est renouvelable.

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

En cas de facturation globale ne permettant pas de distinguer les frais relatifs aux soins de ceux relatifs au séjour, une répartition forfaitaire est effectuée selon le degré de dépendance repris dans le tableau suivant:

Degré de dépendance	Frais relatifs aux soins	Frais relatifs au séjour
4	30 %	70 %
3	50 %	50 %
2	60 %	40 %
1	70 %	30 %

Dans ce cas, les frais relatifs au séjour sont assujettis au même plafond de 36 € par jour.

### Prise en charge

En cas d'une facturation séparée des soins et du séjour, la prise en charge correspondra au montant relatif aux frais de "soins", la facture qui vous est adressée par la maison de repos correspondra aux frais de séjour.

En cas de facturation globale, la prise en charge correspondra au % relatif aux soins conformément au tableau ci-dessus, la facture qui vous est adressée par la maison de repos doit mentionner le prix total et en déduction le montant de la prise en charge, la différence correspondra au % relatif aux frais de séjour.

Notre prise en charge comprend également tous les frais médicaux non repris dans le forfait journalier relatif aux soins, tels que les consultations d'un médecin, les produits pharmaceutiques, les analyses et examens, les frais d'ambulance (sur base de pièces justificatives jointes à la facture). La régularisation de l'avance doit intervenir en principe **au plus tard** trois ans après la date de l'octroi de l'avance (Réglementation art. 30).

### Excessivité (REGLEMENTATION COMMUNE, Article 20§2)

Pour les prestations pour lesquelles aucun plafond de remboursement n'est fixé, la partie des frais considérés comme excessifs au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés ne donne pas lieu à remboursement. La partie des frais considérés comme excessifs est déterminée au cas par cas par le Bureau liquidateur après avis du médecin conseil.

### (\*) Modalités particulières pour les bénéficiaires de la complémentarité (Chapitre 3 du Titre III des DGE)

Les bénéficiaires de la complémentarité doivent d'abord avoir recours à leur régime primaire national de sécurité sociale et demander le remboursement de leurs frais médicaux auprès de celui-ci, le RCAM n'intervenant que comme régime complémentaire.

Toutefois, les frais relatifs aux prestations pour lesquelles le régime primaire n'accorde pas de remboursement peuvent faire l'objet d'un remboursement du RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier. Dans ce cas, l'intervention du RCAM est comparable à celle accordée à titre primaire.

Si, en raison de l'exercice du libre choix du prestataire, notamment pour les frais découlant de prestations dispensées à l'étranger, aucun remboursement par le régime primaire n'est possible, le RCAM peut également intervenir pour les prestations dont il assure le remboursement à condition qu'il soit établi au moyen de documents probants que toutes les procédures et règles du régime primaire ont été préalablement respectées. Le RCAM se substitue alors au régime primaire qu'à l'égard des prestations concernées.

Les bénéficiaires de la complémentarité qui dépendent d'un système à prestations directes ne peuvent se faire rembourser des frais exposés dans le secteur privé – pour les prestations dont la liste suit – que s'il est prouvé que le système public présente des carences manifestes (par exemple, délais d'attente, traitements inexistantes):

- Hospitalisations et interventions chirurgicales,
- Traitements et examens en milieu hospitalier,
- Maisons de repos et de soins,
- Garde-malades,
- Cures thermales et de convalescence

Une autorisation préalable est requise.

Les prestations autres que celles figurant sur la liste ci-dessus peuvent faire l'objet d'un remboursement par le RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier.

**Les restrictions en matière de libre choix ne s'appliquent ni à l'affilié ni aux enfants à charge couverts en complémentarité.**

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

<b>Bureau liquidateur de Bruxelles Commission européenne</b> Bureau SC27 3/04 B-1049 Bruxelles Tél.: +32-2-295.98.56 Fax: +32-2-295.97.01	<b>Bureau liquidateur d'Ispra</b> PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra Tél.: +39-0332-789966 Fax: +39-0332-789423	<b>Bureau liquidateur de Luxembourg</b> DRB - B1/073 L-2920 Luxembourg Tél.: +352-4301.36103/36406 Fax: +352-4301.36019
---	--	---

**PMO-CONTACT - <https://ec.europa.eu/pmo/contact/fr> - Tél. : + 32 (0)2 29 97777**

**J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur et m'engage à les respecter.**

Date .....

Signature du demandeur

Affilié(e)<sup>1</sup>

Représentant légal<sup>1</sup> :

Nom, prénom:.....

Concerne M./Mme ..... N° personnel .....

**I. EVALUATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE**

RUBRIQUES	DESCRIPTION	INDICE
<b>ALIMENTATION</b>	- Indépendant(e), capable de se servir des couverts, mange en un temps raisonnable - A besoin d'aide, par exemple pour couper les aliments - Incapable de se nourrir	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>BAIN</b>	- Prend un bain sans aide - Incapable de prendre un bain	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>TOILETTE PERSONNELLE</b>	- Lave son visage, peigne ses cheveux, brosse ses dents, se rase (branche la prise du rasoir) - Incapable d'effectuer ces actes	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>HABILLEMENT</b>	- Indépendant(e). Noue les lacets de ses chaussures, attache ses agrafes, met ses bretelles - A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié du travail en un temps raisonnable - Incapable d'effectuer ces actes	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>CONTROLE INTESTINAL</b>	- Pas de problème. Capable d'utiliser des lavements / suppositoires, si nécessaire - Problèmes occasionnels. A besoin d'aide pour les lavements ou les suppositoires - Incapable d'utiliser des lavements ou des suppositoires	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>CONTROLE VESICAL</b>	- Pas de problème. Capable le cas échéant de prendre soin du matériel de recueil des urines - Problèmes occasionnels et a besoin d'aide pour l'utilisation du matériel de recueil - Incapable d'utiliser ce matériel	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERT AUX TOILETTES</b>	- Indépendant(e) pour aller aux toilettes ou se servir du bassin. Tient ses vêtements, s'essuie, tire la chasse ou nettoie le bassin - A besoin d'aide pour l'équilibre, pour tenir ses vêtements ou le papier hygiénique - Incapable d'effectuer ces actes	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>TRANSFERTS AU LIT, AU FAUTEUIL ET A LA CHAISE</b>	- Indépendant(e), y compris pour bloquer le fauteuil roulant et abattre le marchepied - A besoin d'une aide minime ou d'une simple surveillance - Capable de s'asseoir mais a besoin d'une aide maximale pour le transfert - Totalement dépendant(e)	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>MARCHE</b>	- Indépendant(e) sur 50 mètres. Peut utiliser des cannes mais ne se sert pas de matériel roulant - Fait 50 mètres avec aide - Indépendant(e) avec un fauteuil sur 50 mètres, seulement si incapable de marcher - Incapable de marcher	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
<b>MONTEE D'UN ESCALIER</b>	- Indépendant(e). Peut utiliser des cannes - A besoin d'aide ou d'une simple surveillance - Incapable de monter un escalier	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>

TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES

../100

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement cocher une case.

*Tournez S. V. P. et complétez le verso*

## II. EVALUATION SPATIO-TEMPORELLE

RUBRIQUES	EVALUATION DES DIFFICULTES RENCONTREES		INDICE
<b>1. DIFFICULTES D'EXPRESSION</b> Pour se faire comprendre par la parole et/ou par gestes	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>2. DERANGEMENT VERBAL</b> Crier sans raison et/ou déranger les autres en criant et/ou en hurlant	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>3. PERTE DES NOTIONS DE BIENSEANCE</b> Comportement inadapté devant le couvert et la nourriture, se dévêtir intempestivement, uriner en dehors des commodités, cracher...	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>4. ORIENTATION DANS LE TEMPS</b>	- tout à fait désorienté		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps		5 <input type="checkbox"/>
	- pas de difficulté		10 <input type="checkbox"/>
<b>5. COMPORTEMENT AGITE</b> Difficulté relationnelle et caractérielle, et/ou auto agressif et/ou agité psychomoteur (déambulation, fugue...)	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>6. COMPORTEMENT NOCTURNE</b> Errer, déranger les autres, confondre jour/nuit	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>7. ORIENTATION DANS L'ESPACE DE VIE</b>	- tout à fait désorienté		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps		5 <input type="checkbox"/>
	- pas de difficulté		10 <input type="checkbox"/>
<b>8. COMPORTEMENT DESTRUCTEUR</b> Violent à l'égard du matériel, des objets de l'environnement : habits, mobilier, périodiques... et/ou agressif à l'égard d'autrui	- continuellement		0 <input type="checkbox"/>
	- de temps en temps, rarement		5 <input type="checkbox"/>
	- jamais		10 <input type="checkbox"/>
<b>9. PERTE DE LA MEMOIRE...</b>	a) - récente :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - ancienne :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<b>10. RECONNAISSANCE DE L'ENTOURAGE</b> Perte de l'aptitude à reconnaître...	a) - la famille proche (enfants, conjoint) :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	b) - les amis, connaissances, autres :	OUI NON	0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TOUTES LES RUBRIQUES		.../100	

Pour chacune des rubriques, le médecin doit impérativement cocher une case.

.....

Date

.....

Signature et tampon du médecin

# Partenariats enregistrés

**Les fonctionnaires, agents et pensionnés concernés peuvent, sur demande, faire reconnaître par l'administration leur partenariat enregistré.**

## Pourquoi demander la reconnaissance des partenariats enregistrés?

Les fonctionnaires, autres agents et pensionnés peuvent avoir, sans être mariés, conclu un partenariat enregistré, hétérosexuel ou homosexuel, reconnu par les autorités compétentes d'un Etat membre. Sur demande, ils peuvent faire reconnaître leur partenariat enregistré par l'administration.

Bien que le partenariat enregistré soit distinct du mariage, sa reconnaissance permet aux personnes concernées de bénéficier, selon le cas:

- soit de certains droits statutaires ouverts aux fonctionnaires et agents mariés (assimilation partielle du partenaire au conjoint),
- soit de la totalité de ces droits (assimilation complète).

Les conditions auxquelles est soumise l'assimilation partielle ou complète du partenaire au conjoint sont énumérées à l'[article 1er, paragraphe 2, point c\) de l'annexe VII du statut](#). Si le demandeur remplit seulement les 3 premières de ces conditions, il peut bénéficier de l'assimilation partielle. Seuls les couples qui remplissent également la quatrième condition (ne pas avoir accès au mariage) pourront bénéficier de l'assimilation complète.

### Assimilation partielle du partenaire au conjoint

Cette reconnaissance permettra l'assimilation partielle de votre partenaire au conjoint. Cela signifie concrètement que vous pourrez bénéficier au titre de votre partenaire, dans les mêmes conditions et limites que s'il s'agissait de votre conjoint, des droits suivants:

- couverture éventuelle du partenaire par le RCAM ([article 72, paragraphe 1, alinéa 2](#) du statut)
- congés spéciaux statutaires ([article 6, alinéa 3 de l'annexe V](#) du statut).

### Quelles conditions devez-vous remplir?

1. Le couple doit **fournir un document officiel** reconnu comme tel par un Etat membre ou par toute autorité compétente d'un Etat membre, attestant leur statut de partenaires non matrimoniaux. Veuillez noter que:

- ne peuvent être pris en compte que les partenariats conclus conformément à la législation d'un Etat membre, enregistrés auprès des autorités publiques de cet Etat et attestés par un document officiel. Ainsi, les actes sous seing privé et contrats conclus entre le fonctionnaire et une autre personne ne seront pris en considération qu'à la stricte condition d'avoir été conclus en conformité avec la législation nationale reconnaissant spécifiquement le partenariat et d'avoir fait l'objet d'un enregistrement officiel conformément à ladite législation;
- la Commission n'a pas compétence pour dresser des actes d'état civil, cette tâche incombant exclusivement aux autorités nationales. Par conséquent, les certificats de communauté de vie délivrés par la Commission et reconnaissant la situation de concubinage constituent des documents internes et ne sont pas considérés comme attestant l'existence d'un partenariat enregistré;
- de manière générale, les fonctionnaires et agents qui vivent en concubinage hétérosexuel ou homosexuel mais n'ont conclu aucun partenariat enregistré se trouvent dans une situation de fait à laquelle le nouveau statut ne confère pas d'effets juridiques. Les intéressés ne bénéficient d'aucun droit pécuniaire spécifique au titre de cette situation de concubinage.

2. Aucun des partenaires **ne doit être marié ni engagé** dans un autre partenariat non matrimonial.

3. Les partenaires **ne doivent pas avoir l'un des liens de parenté** suivants: parents, parents et enfants, grands-parents et petits-enfants, frères et sœurs, tantes, oncles, neveux, nièces, gendres et belles-filles.

Si vous remplissez les 3 conditions ci-dessus, vous pouvez solliciter la reconnaissance par le régime commun d'assurance maladie (RCAM) de votre partenariat enregistré (voir procédure de demande).

## Procédure de demande

Vous pouvez suivre 2 procédures différentes:

- déclarer le partenariat via [SYSPER](#): 'Mon dossier > Droits et privilèges > Déclarations (scolarité, famille, ...) > Mes déclarations > Mariage/Partenariat'  
ou
- remplir le formulaire de demande de couverture du partenaire au RCAM et le renvoyer dûment signé à l'Equipe Affiliation RCAM de votre Bureau liquidateur.

## Si le partenariat enregistré prend fin?

Vous devez informer le RCAM immédiatement et par écrit en joignant la preuve de dissolution du partenariat (le certificat délivré par la commune, par le consulat ou par une autre autorité compétente selon le pays concerné). Par ailleurs, le RCAM pourra procéder à tout moment à la vérification et à la mise à jour de ses informations concernant les bénéficiaires de la reconnaissance partielle du partenariat.

## Assimilation complète du partenaire (de même sexe) au conjoint

Cette reconnaissance permettra l'assimilation complète de votre partenaire au conjoint. Vous pourrez donc bénéficier, au titre de votre partenaire, de l'ensemble des droits statutaires ouverts aux personnes mariées ([article 1er, paragraphe 1, paragraphe 2.c du statut](#)), dans les mêmes conditions et dans les mêmes limites.

## Quelles conditions devez-vous remplir?

1. Le couple doit **fournir un document officiel** reconnu comme tel par un Etat membre ou par toute autorité compétente d'un Etat membre, attestant leur statut de partenaires non matrimoniaux. Veuillez noter que:

- ne peuvent être pris en compte que les partenariats conclus conformément à la législation d'un Etat membre, enregistrés auprès des autorités publiques de cet Etat et attestés par un document officiel. Ainsi, les actes sous seing privé et contrats conclus entre le fonctionnaire et une autre personne ne seront pris en considération qu'à la stricte condition d'avoir été conclus en conformité avec la législation nationale reconnaissant spécifiquement le partenariat et d'avoir fait l'objet d'un enregistrement officiel conformément à ladite législation;
- la Commission n'a pas compétence pour dresser des actes d'état civil, cette tâche incombant exclusivement aux autorités nationales. Par conséquent, les certificats de communauté de vie délivrés par la Commission et reconnaissant la situation de concubinage constituent des documents internes et ne sont pas considérés comme attestant l'existence d'un partenariat enregistré;
- de manière générale, les fonctionnaires et agents qui vivent en concubinage hétérosexuel ou homosexuel mais n'ont conclu aucun partenariat enregistré se trouvent dans une situation de fait à laquelle le nouveau statut ne confère pas d'effets juridiques. Les intéressés ne bénéficient d'aucun droit pécuniaire spécifique au titre de cette situation de concubinage.

2. Aucun des partenaires **ne doit être marié ni engagé** dans un autre partenariat non matrimonial.

3. Les partenaires **ne doivent pas avoir l'un des liens de parenté** suivants: parents, parents et enfants, grands-parents et petits-enfants, frères et sœurs, tantes, oncles, neveux, nièces, gendres et belles-filles.

4. Le couple **ne doit pas avoir accès au mariage civil** dans un Etat membre: un couple est considéré comme ayant accès au mariage civil uniquement dans les cas où les membres du couple remplissent l'ensemble des conditions fixées par la législation d'un Etat membre autorisant le mariage d'un tel couple. Veuillez noter que:

- Etant donné que l'institution du mariage entre personnes de sexe différent existe dans tous les Etats membres, la conclusion d'un partenariat enregistré hétérosexuel n'est jamais dictée par l'impossibilité juridique de contracter un mariage: il s'agit d'un choix de vie effectué librement par deux personnes qui, pour quelque raison que ce soit, ne souhaitent pas se marier. Dans la mesure où les couples hétérosexuels ont toujours accès au mariage dans un Etat membre, leur partenariat ne pourra pas être assimilé au mariage. Ainsi, il résulte du texte même des dispositions statutaires que l'assimilation complète du partenaire au conjoint ne peut être accordée qu'en cas de partenariat enregistré entre personnes de même sexe;
- Le mariage entre personnes de même sexe est actuellement possible dans différents pays. Parmi les Etats membres, il est possible en Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grande-Bretagne, Irlande, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Portugal, Suède (en Autriche à partir du 01/01/2019). Les couples qui peuvent contracter mariage selon la législation d'un Etat ouvrant le mariage aux personnes de même sexe, sont considérés comme ayant accès au mariage. Dans ce cas, les conditions de l'assimilation complète du partenaire au conjoint ne sont pas remplies;
- La législation belge ouvre le droit au mariage à tous résidents de la Belgique, quelque soit leur nationalité. Les agents et fonctionnaires affectés et/ou résidant en Belgique sont dès lors considérés comme ayant toujours accès au mariage. Si vous aviez cependant contracté un partenariat avant votre entrée en service à la Commission, vous êtes prié(e) de prendre contact avec [les services du PMO](#), qui examineront votre cas plus en détail.

Si vous remplissez les quatre conditions ci-dessus, vous pouvez solliciter la reconnaissance par l'Administration de votre partenariat enregistré (voir procédure de demande).

## Procédure de demande

Vous pouvez suivre 2 procédures différentes:

- déclarer le partenariat via [SYSPER](#): Mon dossier > Droits et privilèges > Déclarations (scolarité, famille, ...) > Mes déclarations > Mariage/Partenariat, ou
- remplir le [formulaire de demande de reconnaissance du partenariat enregistré](#) .

Vous devez joindre à votre demande le document officiel original, reconnu comme tel par un Etat membre de l'Union européenne ou par toute autorité compétente d'un Etat membre, attestant le statut de partenaires non matrimoniaux.

## Si le partenariat enregistré prend fin?

Vous devez informer votre administration immédiatement par écrit: adressez vous à l'unité compétente de PMO. Par ailleurs, l'administration pourra procéder à tout moment à la vérification et à la mise à jour de ses informations concernant les bénéficiaires de la reconnaissance complète du partenariat.

## Qui contacter?

### **Personnel en activité**

Staff Contact

### **Pensionnés**

Veillez-vous adresser au [gestionnaire attitré de votre dossier](#)



## DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UN PARTENARIAT NON MATRIMONIAL

Je soussigné/e NOM: ..... PRÉNOM: .....

N° PERS/PENS.: ..... SEXE: ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE PRIVÉE: .....

sollicite par la présente la reconnaissance de mon partenariat non matrimonial avec

NOM : ..... PRÉNOM : .....

N° PERS. (LE CAS ECHÉANT) : ..... SEXE: ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE PRIVÉE: .....

Le partenariat est attesté par le document officiel suivant : .....

Délivré par : .....(nom de l'autorité publique)

le: .....(date)

à: .....(lieu, pays)

**Veillez joindre à ce formulaire une copie du document justificatif de votre partenariat, copie de la carte d'identité/passeport de votre partenaire ; preuve de son état civil ; la preuve de vous et votre partenaire ne sont pas apparentés; ainsi que la déclaration confidentielle pour la couverture assurance maladie de votre partenaire, le cas échéant.**

Je déclare que je remplis les conditions suivantes énumérées à l'article 1, paragraphe 2c de l'annexe VII du Statut (veuillez cocher les cases appropriées) :

- ⇒ Je dispose d'un document officiel (que je joins à ma demande) reconnu comme tel par un Etat membre ou par toute autorité compétente d'un Etat membre, attestant notre statut de partenaires non matrimoniaux;
- ⇒ Je déclare ne pas être marié ou engagé dans un autre partenariat non matrimonial;
- ⇒ Je déclare n'avoir aucun des liens de parenté suivants avec mon/ma partenaire: parents, parents et enfants, grands-parents et petits-enfants, frères et soeurs, tantes, oncles, neveux, nièces, gendres et belles-filles.

**Je m'engage à informer l'Administration immédiatement et par écrit si le partenariat prend fin.**

SIGNATURE: ..... DATE ET LIEU: .....

## Demande de reconnaissance partielle

La reconnaissance partielle, à titre de l'article 72§1 du Statut, donne droit à votre partenaire d'être considéré comme un conjoint dans les deux domaines suivants :

- a) couverture assurance maladie par le RCAM
- b) congés spéciaux

Afin que votre partenariat puisse être reconnu, il y a lieu de présenter les documents suivants à l'équipe "Droits d'affiliation" de votre bureau liquidateur :

- Le formulaire de demande de reconnaissance d'un partenariat non matrimonial complété et signé ;
- Tout document apportant la preuve de votre partenariat enregistré
- une preuve de l'état civil de votre partenaire (que ce soit célibataire/divorcé/veuf) ;
- une preuve qu'il n'y a pas de lien de parenté entre vous et votre partenaire ;
- une copie recto-verso de sa carte d'identité ou de son passeport.

Si vous sollicitez la couverture assurance maladie du RCAM :

- la "déclaration confidentielle" (disponible sur notre site) ;
- la preuve des revenus professionnels annuels imposables de votre partenaire. Nous n'acceptons que le dernier document fiscal émanant du Ministère compétente.

Pour toute question, veuillez nous contacter via le lien suivant :

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/fr>



**DECLARATION CONFIDENTIELLE**

En vue de l'application de l'article 72 du Statut et notamment du paragraphe 4, ainsi que des articles 12-17 et 22 de la Réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes.

<input type="checkbox"/> NOUVEL AFFILIE	<input type="checkbox"/> CHANGEMENT	A dater du:
---	-------------------------------------	-------------

Institution/Agence/Ecole: ..... N° personnel/ou de pension:.....

Nom:..... Prénom:.....

Date de naissance:..... Genre: M  F

Nationalité:..... Langue maternelle:.....

Lien statutaire:..... Catégorie:..... Grade:.....

Date d'entrée en service (ou d'admission à la pension)/début du détachement:.....

Adresse administrative: .....

Adresse privée: .....

E-mail privé / n° de téléphone mobile : .....

Fin de contrat/ détachement: .....

Contacts après la fin du service/fin du détachement:.....

.....  
 .....

Etat civil:    célibataire                                     marié(e)                                     partenariat reconnu   
                   veuf(ve)     divorcé(e)                                     séparé(e) légalement

Date du mariage/divorce ou début/fin du partenariat: .....

<b>INFORMATIONS CONCERNANT LE CONJOINT / PARTENAIRE RECONNU* / AUTRE PARENT SI        CELIBATAIRE AVEC ENFANT(S)</b>					
--	--	--	--	--	--

Nom	Prénom officiel	Date de naissance	Nationalité	Genre	Lieu de résidence

\* A noter, dans ce document le terme "conjoint" inclut aussi le "partenaire reconnu", comme défini dans l'article 72 du Statut

Votre conjoint est-il/elle employé de l'UE?  
Si oui, n° de personnel du conjoint:.....

Si non, exerce-t-il/elle une activité professionnelle ?  
OUI  Depuis quelle date ? .....

NON  Depuis quelle date?.....

Salarié(e)  Indépendant(e)  autre  (à préciser)

Nom et adresse de l'employeur actuel:.....  
.....

Votre conjoint, perçoit-il/elle une pension ou tout autre revenu provenant d'une activité professionnelle antérieure?  
Par exemple : Pension d'ancienneté, de survie, d'invalidité, allocation de chômage, indemnité maternité, congé parental, longue maladie, handicap, ou autre (prière de préciser) .....

OUI  NON

Si vous avez répondu "OUI" à une des deux questions précédentes:

- Quel est le montant de ses revenus annuels, d'origine professionnelle, avant déduction de l'impôt, à l'exclusion des allocations, indemnités pour frais et cotisations sociales <sup>(1)</sup>:.....
- **Si votre conjoint désire bénéficier du régime complémentaire RCAM, veuillez svp inclure une copie complète de la plus récente déclaration d'impôts officielle pour les revenus d'origine professionnelle ou, en l'absence de ce certificat, une déclaration de revenus détaillée de l'année précédente délivrée par l'employeur.**

Le conjoint peut-il être couvert contre les risques de maladie par un régime légal ou réglementaire autre que celui des C.E.?

OUI  NON

Si oui, nom et adresse de l'organisme: .....

<b>ENFANTS A CHARGE</b> au sens de l'article 2, paragraphes 1, 2, 3 et 5, de l'annexe VII du statut.
---

Nom	Prénom officiel	Date de naissance	Nationalité	Genre	Lieu de résidence

Cet/ces enfant(s) peut-il/peuvent-ils être couvert(s) par un régime d'assurance-maladie autre que RCAM ?

OUI  NON

Si non, veuillez svp fournir une déclaration du régime d'assurance, confirmant la raison du refus de couverture et la période.

Si oui, veuillez indiquer le nom et adresse du régime d'assurance.....

.....

Cette couverture primaire peut-elle se faire sans versement de cotisations supplémentaires ? OUI  NON

Si non, prière de joindre une attestation de l'organisme justifiant ces contributions supplémentaires

**PERSONNES ASSIMILEES AUX ENFANTS A CHARGE**  
au sens de l'article 2, paragraphe 4, de l'annexe VII du statut. (svp joindre copie de la décision de l'A.I.P.N.)

Nom	Prénom officiel	Date de naissance	Nationalité	Genre	Lieu de résidence

Cette/ces personne(s) peut-elle/peuvent-elles être couverte(s) contre les risques de maladie par un régime légal ou réglementaire au sens de l'article 17 de la Réglementation? OUI  NON

*Je m'engage à signaler immédiatement par écrit, tout changement dans les données des pages précédentes (changement d'état civil, composition de la famille, démission, chômage, reprise d'une activité professionnelle par le conjoint, majoration du revenu annuel du conjoint, etc.) et à présenter tout document attestant le changement déclaré.*

*Je confirme que mon conjoint/partenaire est d'accord sur l'usage qui sera fait par l'Equipe Droits d'Affiliation RCAM du document relatif à ses revenus, pour déterminer s'il remplit les conditions pour pouvoir bénéficier d'une couverture RCAM.*

*Je certifie sincère et véritable (article 34 "fraude" de la Réglementation Commune de l'assurance maladie).*

**Lieu:**.....**Date:**.....**Signature:**.....



## DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UNE MALADIE GRAVE Ou DEMANDE DE PROLONGATION DE LA RECONNAISSANCE

Conformément aux dispositions de l'article 20 § 6 de la Réglementation commune et du Chapitre 5 du Titre III des DGE

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) **Voir adresse au verso** ↴

Nom et prénom de l'affilié(e) : ..... N° pers. /pension:.....  
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:.....Tél : .....  
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....  
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)

**Demande de reconnaissance de maladie grave<sup>1</sup>**

**Demande de reconnaissance d'une nouvelle pathologie grave<sup>1</sup>**

**pour <sup>1</sup> :**

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

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

**Veillez joindre à votre demande un rapport médical détaillé – sous pli fermé adressé au Médecin Conseil - qui reprend les informations suivantes:**

- **Date du diagnostic**
- **Diagnostic précis**
- **Stade d'évolution et complications éventuelles**
- **Traitement nécessaire**

**Demande de prolongation de la reconnaissance de maladie grave<sup>1</sup>**

**pour<sup>1</sup> :**

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

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

**Veillez joindre à votre demande un rapport médical détaillé – sous pli fermé adressé au Médecin Conseil - qui reprend les informations suivantes:**

- **L'évolution de la maladie;**
- **Le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire.**

**Les dispositions régissant une reconnaissance de maladie grave se trouvent au verso du présent document.**

**J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur et m'engage à les respecter:**

Date .....

Affilié(e)<sup>1</sup>

Signature du demandeur

Autre personne<sup>1</sup> qui représente le demandeur :

Nom, prénom:.....

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

## Reconnaissance du statut de maladie grave - (Chapitre 5 du Titre III des Dispositions Générales d'Exécution (DGE))

Conformément à l'article 72 § 1 du Statut ainsi qu'à l'article 20 § 6 de la Réglementation commune, les frais sont remboursés à 100 % en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladies mentales et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis du médecin conseil du Bureau liquidateur.

Cet avis est émis sur la base des critères généraux fixé dans les dispositions générales d'exécution après consultation du Conseil médical.

Toutefois, dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du régime et dans le respect du principe de couverture sociale qui inspire l'article 72 du Statut, certaines prestations peuvent, à titre exceptionnel, faire l'objet de plafonds spéciaux de remboursement fixés dans les dispositions générales d'exécution.

Pour les prestations pour lesquelles aucun plafond de remboursement n'est fixé, la partie des frais considérés comme excessifs au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés ne donne pas lieu à remboursement. La partie des frais considérés comme excessifs est déterminée au cas par cas par le Bureau liquidateur après avis du médecin conseil.

### **Modalités de la reconnaissance du statut de maladie grave (Chapitre 5 du Titre III des DGE)**

#### 1. Définition

Sont reconnus notamment comme maladies graves, les cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'AIPN.

Ces dernières concernent des affections associant, à des degrés variables, les quatre critères suivants :

- Pronostic vital défavorable;
- Evolution chronique;
- Nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes;
- Présence ou risque de handicap grave.

#### 2. Périmètre de couverture

Le taux de remboursement à 100 % s'applique :

- Aux frais médicaux qui apparaissent, à la lumière des connaissances scientifiques, comme directement liés à la maladie grave, que ce soit pour le diagnostic, le traitement, le suivi de l'évolution de cette maladie ou de ses complications et conséquences éventuelles;
- Aux frais éligibles au remboursement qui seraient liés à une éventuelle dépendance entraînée par la maladie grave.

#### 3. Procédures

La demande de reconnaissance pour maladie grave doit être accompagnée d'un rapport médical détaillé, sous pli confidentiel adressé au médecin-conseil. Lors d'une première demande, ce rapport précise:

- La date du diagnostic;
- Le diagnostic précis;
- Le stade d'évolution et les complications éventuelles;
- Le traitement nécessaire.

La couverture à 100 % des frais occasionnés par la maladie grave est accordée avec une date de début (date du certificat médical) et une date d'échéance prévoyant une couverture à 100 % de 5 ans au maximum.

Le bureau liquidateur rappelle en temps utile à l'affilié l'échéance de la couverture afin de lui permettre de présenter une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical précisant:

- L'évolution de la maladie;
- Le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire

La décision de couverture à 100 % est examinée périodiquement sur base des informations actualisées sur l'état de santé de la personne et des avancées scientifiques, afin de réévaluer si nécessaire le périmètre de la couverture.

#### 4. Rétroactivité

En principe, la couverture à 100 % n'est accordée qu'à partir de la date du certificat médical appuyant la demande de reconnaissance de la maladie grave.

Toutefois, sur demande motivée de l'affilié indiquant les prestations concernées reprises sur ses décomptes de remboursement, une rétroactivité de la couverture à 100 % peut être accordée après avis du médecin conseil.

En aucun cas cette rétroactivité ne pourra dépasser la période de déchéance des frais prévue à l'article 32 de la Réglementation commune.

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

<b>Médecin Conseil du Bureau liquidateur de Bruxelles</b> <b>Commission européenne</b> SC27 00/05 B-1049 Bruxelles	<b>Bureau liquidateur d'Ispra</b> <b>Commission européenne</b> PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va)	<b>Bureau liquidateur de Luxembourg</b> <b>Commission européenne</b> DRB - B1/061 L-2920 Luxembourg
<a href="https://ec.europa.eu/pmo/contact/">https://ec.europa.eu/pmo/contact/</a> <b>+ 32 (0)2 29 97777</b>		

# Maladie grave

Les frais médicaux relatifs au traitement d'une maladie reconnue comme "grave" peuvent être remboursés à un taux plus élevé. Voici la marche à suivre pour obtenir cette reconnaissance.

**Attention:** cette page ne concerne que la caisse d'assurance. N'oubliez pas prévenir aussi votre Service médical si vous êtes absent au travail à cause de votre maladie.

## Reconnaissance de maladie grave

Vous pouvez demander la reconnaissance de maladie grave, sur avis de médecin conseil, si **votre maladie associe les 4 critères** suivants:

- pronostic vital défavorable
- évolution chronique
- nécessité de mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques lourdes
- présence ou risque de handicap grave.

## Etape 1: obtenir un rapport médical

Vous demandez à votre médecin **un rapport médical détaillé** comprenant les informations suivantes:

- le diagnostic précis
- la date du diagnostic
- le stade d'évolution
- les complications éventuelles
- le traitement nécessaire.

Vous scannez ce rapport médical dans votre ordinateur (formats autorisés: PDF, JPEG, TIFF, BMP, GIF).

## **Etape 2: demander la reconnaissance de maladie grave**

Vous faites la demande de reconnaissance de maladie grave via le logiciel RCAM en ligne , sur lequel vous vous connectez grâce à votre mot de passe ECAS.

Dans le logiciel, cliquez sur "Créer une nouvelle demande" et suivez les instructions à l'écran. Besoin d'aide? Lisez le guide d'utilisation "Comment demander la reconnaissance d'une maladie grave?"

Si vous n'avez pas accès au logiciel logiciel RCAM en ligne, suivez la méthode papier traditionnelle en remplissant le formulaire de reconnaissance de maladie grave . N'oubliez pas de joindre tous les documents justificatifs originaux nécessaires (gardez-en une copie chez vous). Vous envoyez le tout à votre bureau liquidateur (l'adresse se trouve sur le formulaire).

## **Etape 3: prolonger le dossier**

En cas de décision favorable, les frais médicaux occasionnés par la maladie grave sont couverts à un taux plus élevé (dans la limite des plafonds prévus).

Toute reconnaissance de maladie grave est limitée dans le temps (variable selon les cas). A la date d'échéance, vous pouvez **demander une prolongation**, avec un rapport médical précisant:

- l'évolution de la maladie
- le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire.

Vous introduisez cette demande de prolongation via RCAM en ligne (voir étape **2**). **Attention: toute nouvelle affection grave devra faire l'objet d'une demande de reconnaissance séparée.**

### Taux de remboursement

Les frais médicaux directement liés à la maladie grave sont remboursés à un taux plus élevé dans la limite des plafonds prévus et sur avis du médecin conseil.

Les plafonds étant directement liés aux différents types de traitements, nous vous invitons à consulter la page des traitements de A à Z.

A propos de la rétroactivité

En principe, la couverture à 100% n'est accordée qu'à partir de la date du certificat médical appuyant la demande de reconnaissance de la maladie grave.

Toutefois, sur demande motivée de l'affilié indiquant les prestations concernées reprises sur ses décomptes de remboursement, une rétroactivité de la couverture à 100 % peut être accordée après avis du médecin conseil.

En aucun cas cette rétroactivité ne pourra dépasser la période de déchéance des frais prévue à l'article 32 de la réglementation commune.



## ANNEXE 1

### Programme de dépistage 3 : femmes 60 ans et plus

**Périodicité : 2 ans**

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

#### **A compléter par le médecin lors de la consultation initiale**

##### **Examens "Standard"**

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

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

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

##### **Ajouts possibles**

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

##### **Examens refusés par le participant :**

.....

##### **Rapport final à envoyer à :**

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

Date :

Signature/cachet du médecin:

Signature du participant (pour accord) :

- Tout examen non prévu dans le cadre de ce programme doit faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable séparée par le participant.
- Ce document ainsi que l'annexe 2 - complétés et signés - doivent être joints à la facture (centre agréé) ou à la demande de remboursement des deux consultations initiale et de clôture (participant).



## ANNEXE 1

### Programme de dépistage 6 : hommes 60 ans et plus

**Périodicité : 2 ans**

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

#### **A compléter par le médecin lors de la consultation initiale**

##### **Examens "Standard"**

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

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

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

##### **Ajouts possibles**

- Hépatite B –Hépatite C - Syphilis (sérologie)
- Chlamydia et gonocoques par PCR
- PSA (jusqu'à 69 ans)
- Examen du colon (jusqu'à 75 ans) :
  - o test immunochimique fécal sur un seul prélèvement et
  - o coloscopie optique TOUS LES 10 ans
  - o ou coloscopie virtuelle TOUS les 10 ans
- Echographie abdominale pour dépistage anévrisme aortique (une seule fois)

##### **Examens refusés par le participant :**

.....

##### **Rapport final à envoyer à :**

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

Date :

Signature/cachet du médecin:

Signature du participant (pour accord) :

- Tout examen non prévu dans le cadre de ce programme doit faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable séparée par le participant.
- Ce document ainsi que l'annexe 2 - complétés et signés -doivent être joints à la facture (centre agréé) ou à la demande de remboursement des deux consultations initiale et de clôture (participant).

# Comment bénéficier d'un programme de dépistage?

## Etape 1: réunir les conditions

### 1. De couverture RCAM

- Vos droits d'affiliation au RCAM sont-ils en ordre ?
- Êtes-vous affilié au RCAM à titre primaire ?
- Ou affilié à titre complémentaire ?

### 2. D'âge

- Avoir au minimum 18 ans

### 3. De périodicité

- En fonction de votre sexe/âge

## Etape 2: Choisir parmi les options possibles

### 1. Dans un centre agréé (avec lequel le RCAM a conclu un accord)

- **Soit** vous effectuez le programme de dépistage, dans son entièreté, au sein d'un centre agréé : - La consultation initiale- Tous les examens prescrits dans le cadre du programme- La consultation de clôture.
- **Soit** vous vous adressez au médecin de votre choix pour les consultations initiale/de clôture **et** vous effectuez les examens prescrits dans le cadre de votre programme dans un centre agréé.

### 2. Dans un centre non agréé

- **Soit** parce qu'il est impossible de choisir un centre agréé (i.e. non disponible dans le pays d'affectation ou de résidence).
- **Soit** parce que vous préférez vous rendre dans un centre de votre choix.

## Etape 3: demander une lettre d'invitation

Même si vous avez utilisé antérieurement le système de médecine préventive, il est important que vous demandiez désormais une lettre d'invitation aux nouveaux programmes de dépistage :

- Si vous êtes en activité au sein des institutions et agences, vous pouvez demander la lettre d'invitation, pour vous-même et éventuellement pour votre conjoint et/ou pour vos enfants, via l'application RCAM en ligne ;
- Si vous êtes en post activité (e.g. pensionnés, ...), vous pouvez demander la lettre d'invitation, pour vous-même et éventuellement pour votre conjoint et/ou pour vos enfants:
  - via l'application RCAM en ligne ;
  - en cliquant sur le bouton « contact us » à droite sur cette page ;
  - par téléphone : +32 2 295 38 66 - du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30 ;
  - par courrier : Commission Européenne - RCAM Bruxelles – Dépistage - 1049 Bruxelles.

Vous recevrez les documents suivants:

1. La lettre d'invitation
2. Une note à remettre au médecin
3. Le programme de dépistage correspondant à votre sexe/âge ; à compléter et à signer par le médecin et par vous lors de la consultation initiale (annexe 1)
4. Une déclaration, à signer par vous, liée à votre participation au programme de dépistage (annexe 2)

## **A RETENIR**

- Lisez tous les documents que vous recevrez.
- La lettre d'invitation :
  - est valable 18 mois maximum,
  - ne mentionne pas le nom du centre de dépistage.
- Si au moment de l'exécution de votre programme de dépistage vous n'êtes plus couvert par le RCAM; votre lettre d'invitation perd sa validité, tous les frais seront à votre charge.
- **C'est la date du dernier examen effectué dans le cadre de votre programme de dépistage qui détermine la réouverture de votre droit et la périodicité pour le programme de dépistage suivant;**
- Si le délai de votre invitation a expiré (i.e. « valable jusqu'au" ) et que vous n'avez pas encore entamé votre programme de dépistage, il est possible d'en modifier la date de validité;
  - **Si vous êtes en activité:** demandez la modification de la date de validité, via le bouton « contactez-nous » à droite sur cette page
  - **Si vous n'êtes pas en activité,** demandez la modification de la date de validité: Soit en cliquant sur le bouton « contact us » à droite sur cette page, Soit en appelant : +32 2 295 38 66 (du lundi au vendredi de 9h30 à 12h30)

## **Etape 4 : PASSER LES EXAMENS**

**Les examens prévus dans le programme (annexe 1 de la lettre d'invitation) sont regroupés sous deux rubriques :**

1. « Examens standards »
2. « Ajouts possibles » sans ou avec autorisation préalable« Ajouts possibles » soumis à autorisations préalable - en raison de la périodicité non respectée. S'ils vous sont prescrits :

- vous devrez demander une autorisation préalable au RCAM : suivez la procédure habituelle de demande d'autorisation préalable mais joignez-y une copie de votre programme dûment complété par le médecin (annexe 1 de votre lettre d'invitation) et tout justificatif médical.
- ils vous seront facturés
- vous devrez les payer vous-même
- Si vous obtenez l'autorisation vous pourrez demander un remboursement à 100% via la procédure demande de remboursement de type « programmes de dépistage». Si pas, les frais seront remboursés au taux habituel en introduisant une demande standard de remboursement.

**Si des examens non listés dans le programme vous sont prescrits:**

- vous devrez demander une autorisation préalable au RCAM
- ils vous seront facturés
- vous devrez les payer vous-même

- si vous obtenez l'autorisation vous pourrez demander un remboursement à 100% via la procédure demande de remboursement de type « programmes de dépistage». Si pas, les règles normales de remboursement seront d'application.

### **Si vous n'honorez pas vos rendez-vous:**

- les prestataires pourront vous réclamer une indemnité
- cette indemnité ne sera pas remboursée par le RCAM.

**Attention:** Le principe d'excessivité sera d'application sur les frais de toutes les prestations réalisées en dehors des centres agréés et/ou d'examens non listés mais prescrits.

## **Obtenir un remboursement**

**Vous avez opté pour une lettre d'invitation avec facturation directe - centre agréé - et vous avez effectué TOUT votre programme dans le même centre agréé:**

- Les consultations initiale/de clôture
- Les examens standards
- Les éventuels ajouts qui ne nécessitent pas une autorisation préalable.

**Vous n'avez rien à faire:** tous les frais seront facturés au RCAM directement et pris en charge à 100% (= facturation directe).

**Pour les examens de la rubrique « ajouts possibles » soumis à autorisation préalable** ainsi que pour **tout autre examen « hors programme »** qui vous aurait été prescrit:

- Suivez la procédure habituelle de demande d'autorisation préalable mais joignez-y une copie de votre programme dûment complété par le médecin (annexe 1 de votre lettre d'invitation) et tout justificatif médical.
- Vous devrez payer ces examens :
- Si vous obtenez l'autorisation, vous pourrez demander un remboursement à 100%. Si pas, vous devrez demander un remboursement selon les règles normales de remboursement.

**Attention :** Pour les catégories de prestations non prévues dans les programmes (examens complémentaires), le remboursement (100% ou habituel) sera soumis au principe d'excessivité. N'oubliez pas de joindre les pièces suivantes à la demande de remboursement :

- factures
- copie de votre lettre d'invitation avec les annexes 1 et 2 complétées et signées
- éventuelle copie de l'autorisation préalable

Transmettez le tout et demandez le remboursement :

**Si vous êtes en activité,** via l'application RCAM en ligne (choisir le type "programmes de dépistage" et encodez vos frais). **Si vous n'êtes pas en activité:**

- Soit via l'application RCAM en ligne : choisir le type "programmes de dépistage" et encodez vos frais.
- Soit par la poste : avec le formulaire de demande de remboursement « Dépistage » dûment complété – [Une seule demande par programme et par type](#), à renvoyer à l'adresse suivante: Commission européenne RCAM – Dépistage 1049 Bruxelles

**Vous avez opté pour une lettre d'invitation avec facturation directe - centre agréé - et vous avez effectué les consultations initiale/de clôture chez le médecin de votre choix et vous avez effectué les examens de votre programme dans le même centre agréé**

- Vous devrez payer vous-même les honoraires des consultations initiale/de clôture puis demander le remboursement.
- Les frais des examens ne nécessitant pas d'autorisation préalables seront facturés par le centre agréé directement au RCAM.
- **Pour les examens de la rubrique « ajouts possibles » soumis à autorisation préalable** ainsi que pour tout autre **examen « hors programme »** soumis d'office à autorisation préalable:
  - Suivez la procédure habituelle de demande d'autorisation préalable mais joignez-y une copie de votre programme dûment complété par le médecin (annexe 1 de votre lettre d'invitation) et tout justificatif médical.
  - Vous devrez payer vous-même ces examens
  - Si vous obtenez l'autorisation, vous pourrez demander un remboursement à 100%. Si pas, vous devrez demander un remboursement selon les règles normales de remboursement, en introduisant une demande standard de remboursement.

N'oubliez pas de joindre les pièces suivantes à la demande de remboursement :

- reçus/attestations de soins du médecin pour les consultations initiale/de clôture
- factures des examens
- copie de votre lettre d'invitation avec les annexes 1 et 2 complétées et signées
- copie de l'éventuelle autorisation préalable.

Transmettez le tout et demandez le remboursement:

- **Si vous êtes en activité:**  
Via l'application RCAM en ligne, choisir le type "programmes de dépistage" et encodez vos frais : consultations / frais optionnels / frais hors programme.
- **Si vous n'êtes pas en activité:**  
Soit via l'application RCAM en ligne: choisir le type « Programmes de dépistage » et encodez vos frais : consultations / frais optionnels / frais hors programme.  
Soit par la poste avec le formulaire de demande de remboursement « Dépistage » dûment complété - [une seule demande par programme et par type](#), à renvoyer à l'adresse suivante:  
Commission européenne  
RCAM – Dépistage  
1049 Bruxelles

**Attention:** Le remboursement à 100% des honoraires des consultations sera limité au double plafond d'une consultation effectuée par un médecin généraliste (en considérant le coefficient d'égalité du pays où la consultation s'est tenue). Pour les catégories de prestations non prévues dans les programmes (examens complémentaires), le remboursement (100% ou habituel) sera soumis au principe d'excessivité.

**Vous avez opté pour une lettre d'invitation sans facturation directe - centre non agréé**

- Soit parce que c'est votre choix personnel
- Soit parce que c'est la seule possibilité dans votre pays

La facturation directe ne sera pas possible! Vous devrez payer vous-même tous les frais (honoraires des consultations et factures des examens) puis demander le remboursement.

N'oubliez pas de joindre les pièces suivantes à la demande de remboursement :

- reçus/attestations de soins du médecin pour les consultations initiale/de clôture
- factures des examens
- copie de votre lettre d'invitation avec les annexes 1 et 2 complétées et signées
- copie de l'éventuelle autorisation préalable
- **si la complémentarité s'applique à vous:** la/les attestations des sommes perçues par ailleurs

Transmettez le tout et demandez le remboursement:

- **Si vous êtes en activité:** via l'application RCAM en ligne, une seule demande de remboursement par programme, choisir le type "Programmes de dépistage" et encodez vos frais : consultations / examens standards groupés / examens optionnels / examens non listés mais prescrits.
- **Si vous n'êtes pas en activité:** Soit via l'application RCAM en ligne, une seule demande de remboursement par programme, choisir le type « Programmes de dépistage » et encodez vos frais : consultations / examens standard groupés / examens optionnels / examens non listés mais prescrits. Soit par la poste, avec le formulaire de demande de remboursement « Dépistage » dûment complété – [une seule demande par programme et par type](#) à renvoyer à l'adresse suivante: Commission européenne RCAM – Dépistage 1049 Bruxelles

#### **Attention:**

- Le remboursement à 100% des honoraires des consultations sera limité au double plafond d'une consultation effectuée par un médecin généraliste (en considérant le coefficient d'égalité du pays où la consultation s'est tenue).
- Pour les catégories de prestations prévues dans les programmes, le remboursement à 100% se fera dans la limite des [seuils d'excessivité](#) fixés par le Bureau Central.
- Pour les catégories de prestations non prévues dans les programmes (examens complémentaires), le remboursement (100% ou habituel) sera soumis au principe d'excessivité.

## **Qu'est ce que le dépistage?**

Des programmes de dépistage sont offerts par le régime commun d'assurance maladie (RCAM) à ses affiliés. Ces programmes de dépistage remplacent les anciens examens de « médecine préventive ».

Ces programmes de dépistage sont différents de la visite médicale préventive annuelle, prévue par le Statut pour le personnel en activité, et qui relève du Service médical de votre employeur (institution ou agence UE).

## **Quels sont les principes des programmes de dépistage au RCAM?**

- Votre participation à un programme de dépistage se fait sur base volontaire.
- Les programmes de dépistage sont limités et ne peuvent se substituer aux traitements ou suivis dispensés par les prestataires de soins médicaux. Les résultats du dépistage sont préliminaires et ne peuvent en aucun cas être considérés comme concluants.
- Le dépistage est un outil de prévention. Certaines anomalies décelées ne peuvent être confirmées qu'en effectuant des examens plus approfondis. A l'inverse, certaines anomalies mises en évidence peuvent s'avérer normales à la suite de tests plus concluants.
- Le RCAM ne peut pas être tenu pour responsable des plaintes qui découleraient totalement ou partiellement de votre participation aux programmes de dépistage, notamment des plaintes associées aux résultats du dépistage. De même, le RCAM ne peut pas être tenu pour responsable d'éventuels problèmes et/ou dommages que vous pourriez subir à l'occasion ou à la suite de l'exécution des programmes de dépistage.
- Votre participation aux programmes de dépistage vaut accord implicite sur ces principes.

## **Pourquoi des programmes de dépistage?**

Le dépistage permet la détection précoce d'anomalies caractéristiques de certaines maladies et permet une meilleure prise en charge de celles-ci.

Le RCAM vous offre la possibilité de bénéficier de programmes de dépistage adaptés en fonction de l'âge et du sexe, dont les contenus – sur le plan médical – reposent sur les meilleures pratiques scientifiquement reconnues et avalisés par les instances médicales officielles des Institutions (Collège médical interinstitutionnel pour la visite médicale et Conseil médical du RCAM pour le dépistage).

## **A qui s'adressent les programmes de dépistage?**

Vous pouvez participer aux programmes de dépistage si vous êtes couvert par le RCAM à titre primaire ou à titre complémentaire.

Néanmoins, si vous êtes couvert en complémentarité et que celle-ci est inapplicable dans le contexte national spécifique au dépistage médical car vous résidez dans l'un des pays repris dans la liste ci-dessous, vous pouvez bénéficier d'une facturation directe (i.e. le centre agréé facture directement le RCAM). Pour ce faire, vous devrez effectuer votre programme de dépistage au sein d'un centre agréé :

- Danemark

- Espagne
- Finlande
- France
- Grèce
- Hongrie
- Irlande
- Italie
- Portugal
- Royaume Uni
- Suède
- Tchéquie

Par contre, si la complémentarité est applicable dans le contexte national spécifique au dépistage médical, vous pouvez utiliser les centres agréés afin de bénéficier des prix accordés. Vous devrez payer les factures et solliciter le remboursement du complément auprès des services du RCAM après l'intervention de votre caisse primaire. Ce remboursement complémentaire sera effectué sur la base de copies des documents originaux envoyés à la caisse primaire, accompagnés des preuves de remboursements par cette caisse.

## En quoi consiste concrètement le dépistage?

Il existe six programmes de dépistage organisés en fonction de votre sexe/âge. Chaque programme comprend des examens « standards » liés à votre profil. Ceux-ci peuvent être complétés par des examens optionnels (ajouts possibles) dont l'exécution est conseillée par le médecin lors de la consultation initiale.

### Pour les femmes

- de 18 à 44 ans (tous les 5 ans)  
programme 1: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) - [pt](#)
- de 18 à 44 ans (tous les 2 ans)  
programme 1 gynécologie: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) - [pt](#)
- de 45 à 59 ans (tous les 4 ans)  
programme 2: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) - [pt](#)
- de 45 à 59 ans (tous les 2 ans)  
programme 2 gynécologie: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) - [pt](#)
- à partir de 60 ans (tous les 2 ans)  
programme 3: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) - [pt](#)

Notez que le programme 1 et le programme 1 gynécologie peuvent être combinés lorsque les périodicités s'accordent. Par la suite, à chaque périodicité (i.e. deux ans) seuls les examens du programme 1 gynécologie auront lieu. Ceci s'applique aussi au programme 2 et programme 2 Gynécologie.

## Pour les hommes

- de 18 à 44 ans (tous les 5 ans)  
programme 4: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) - [pt](#)
- de 45 à 59 ans (tous les 4 ans)  
programme 5: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) - [pt](#)
- à partir de 60 (tous les 2 ans),  
programme 6: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) - [pt](#)

## Comment se déroule un programme de dépistage?

### 1. Une consultation initiale auprès d'un médecin

- Soit votre médecin traitant
- Soit le médecin du centre où s'effectuent les examens- Le médecin prescrira les examens qui vous sont recommandés parmi ceux proposés dans le programme et vous conseillera quant aux examens optionnels à effectuer en fonction des antécédents familiaux et d'autres facteurs de risque.- Si des examens complémentaires - non prévus dans le programme - sont proposés par le médecin prescripteur: vous devrez demander l'accord préalable auprès des services du RCAM afin de vérifier la pertinence et le taux de remboursement qui sera appliqué.

### 2. L'exécution des examens prescrits

- Soit au sein d'un centre agréé (avec lequel le RCAM a conclu un accord) – i.e. avec facturation directe au RCAM par le centre agréé.
- Soit au sein d'un centre non agréé – i.e. sans facturation directe ; vous payez les examens et vous introduisez une demande de remboursement.

### 3. Une consultation de clôture :

- Après du même médecin que pour la consultation initiale.
- Le médecin vous indiquera les mesures à prendre en fonction des anomalies éventuellement détectées. Cette consultation permettra de mettre en place un suivi personnalisé.

### Attention

- Pour les femmes en âge de bénéficier du programme 1 ou du programme 2, chaque programme peut être combiné avec le programme 1 GYNECOLOGIE ou le programme 2 GYNECOLOGIE lorsque les périodicités s'accordent.
- Par la suite, à chaque périodicité (i.e. deux ans), seuls les examens du programme « GYNECOLOGIE » devront être réalisés (voir au point 2 ci-dessus).

## La formule la plus simple

Si vous souhaitez bénéficier d'un programme de dépistage, sans trop de formalités administratives: optez pour une invitation dans un centre agréé et effectuez-y tout votre programme : la visite médicale initiale, les examens et la visite médicale de clôture!

Cette formule permettra au centre agréé de facturer tous les frais de votre programme directement au RCAM, sans que vous n'ayez à faire quoi que ce soit.

**Attention: Pour les examens de la rubrique « ajouts possibles » soumis à autorisation préalable** ainsi que pour **tout autre examen « hors programme »** soumis d'office à autorisation préalable :

- Suivez la procédure habituelle de demande d'autorisation préalable mais joignez-y une copie de votre programme dûment complété par le médecin (annexe 1 de votre lettre d'invitation) et tout justificatif médical.
- Vous devrez payer vous-même ces examens
- Si vous obtenez l'autorisation, vous pourrez demander un remboursement à 100% (voir la procédure au point 5.1 pour les détails).  
Si vous n'obtenez pas l'autorisation, vous devrez demander un remboursement selon les règles normales de remboursement, en introduisant une demande standard de remboursement.

Le RCAM poursuit ses efforts afin de signer un accord avec un maximum de centres, dans un maximum d'Etats membres.

### Mesure temporaire et exceptionnelle :

Si vous êtes affecté ou résidant au Royaume-Uni ou dans un pays scandinave, qu'il n'y a pas encore de centre agréé dans ce pays et qu'il s'avère difficile ou impossible de rencontrer un médecin ou d'exécuter des tests dans le contexte d'un programme de dépistage : vous pouvez toujours vous adresser à l'un des centres listés plus bas (spécialisé en la matière) et demander à effectuer votre programme dans son ensemble. Si l'exécution complète n'est pas possible, vous pouvez effectuer le maximum des examens listés dans votre programme ainsi que ceux de même nature/objectif qui vous seront proposés.

Vous devrez régler tous les frais puis demander leur remboursement via la procédure « formulaire papier ».

Dans ce cas de figure et si vos frais sont jugés raisonnables par le RCAM, il fera preuve de flexibilité et sollicitude quant à leur remboursement.

#### Centres spécialisés

- Danemark  
FALCK HEALTHCARE MEDICINSK TEST CENTER (1264 Copenhagen)  
FALCK HEALTHCARE MEDICINSK TEST CENTER (8000 Aarhus)  
ALERIS-HAMLET HOSPITALS (2860 Soborg)  
ALERIS-HAMLET HOSPITALS (9200 Aalborg)  
THYGESEN Health (2942 Skodsborg)
- Finlande  
TERVEYSTALO OY HELSINKI (Turku - Tampere)  
MEHILAEINEN (ALL LOCATIONS) (Helsinki - Turku - Tampere)
- Suède  
CARLANDERSKA (40545 Goeteborg)  
CITYAKUTEN I PRAKTIKERTJAENST (AB 11137 Stockholm)
- United Kingdom  
BUPA HEALTH CENTER (Divers sites à London Austin Friars, London-King's Cross, Bristol, Glasgow, Leeds, Manchester - Whalley Range, Reading, Solihull).  
ROODLANE MEDICAL LTD (Divers sites à Londres, New Broad street, Fleet Street, Tooley Street, Canary Wharf, Glasgow).

## Documents de référence

- [Liste des centres agréés](#)
- Exemples des documents qui vous seront adressés lorsque vous aurez fait une demande d'invitation :
  - Pour un centre agréé: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) - [pt](#)
  - Pour un centre non agréé: [de](#) – [en](#) – [es](#) – [fr](#) – [it](#) – [nl](#) – [pt](#)
- Formulaire de demande de remboursement «Programme de dépistage» uniquement pour le personnel post-actif: [en](#) – [fr](#)
- Tableaux des [seuils d'excessivité](#).

## Comment nous contacter

### Personnel en activité

#### Assistance et informations

Staff contact (Accès à droite de cet écran via le bouton « contactez-nous »)

### Introduire une demande

[RCAM en ligne](#)

### Personnel non actif

#### Assistance et informations

Staff contact (Accès à droite de cet écran via le bouton « contactez-nous »)

Tel: . +32 2 29 53866 de 9h30 à 12h30

### Introduire une demande

- [RCAM en ligne](#)
- Staff contact (Accès à droite de cet écran via le bouton « contactez-nous »)
- Tel: +32 2 29 53866 de 9h30 à 12h30
- Courrier postal  
Commission européenne  
RCAM - Dépistage  
1049 Bruxelles

Des programmes de dépistage sont offerts par le régime commun d'assurance maladie (RCAM) à ses affiliés.

[Avis Juridique - Clause de confidentialité](#)

Nom et prénom de l'affilié : .....

N° personnel ou n° pension : .....

Bénéficiaire du présent programme:.....

**Questionnaire préalable**

Pour rendre votre dépistage plus efficace, nous vous invitons à compléter très soigneusement ce questionnaire, **avec l'aide de votre médecin traitant.**

Il constituera une base importante pour déterminer les risques éventuels qui menacent votre santé.

Veillez entourer le oui ou le non à chaque question, et compléter les réponses aux autres questions.

**1. Votre mode de vie**

• Fumez-vous ? OUI NON  
Si oui, quoi ?.....combien par jour ?.....

• Pratiquer-vous un exercice physique au moins  
une fois par semaine ? OUI NON

Si oui lequel ?.....

A quelle fréquence par semaine ?.....

• Combien de fois par semaine en moyenne, consommez – vous :

- de la viande rouge .....

- du poisson.....

- des fruits et des légumes.....

- du beurre ou de la margarine.....

- des céréales ou des oléagineux.....

• Portez-vous régulièrement votre ceinture de sécurité ? OUI NON

• Consommez-vous des boissons alcoolisées ? OUI NON  
Si oui, combien de verres par semaine, toute boisson confondue ?.....

• Consommez-vous des drogues ? OUI NON

- Pensez-vous être exposé au risque de maladie sexuellement transmissible ? OUI NON
- Vous exposez-vous au soleil ou bancs solaires au point d'avoir des coups de soleil ou d'être bien bronzé ? OUI NON
- Voyagez-vous en régions tropicales ? OUI NON

## 2. Vos antécédents familiaux

- Connaissez-vous des cas de cancer dans votre famille proche ? (notamment cancer du sein, du côlon et de la peau) OUI NON

Si oui,

<u>Lien de parenté</u>	<u>Type de cancer</u>	<u>Age d'apparition</u>

- Connaissez-vous des cas de maladie cardiovasculaire dans votre famille ? (notamment attaque, infarctus, angine de poitrine, mort soudaine avant 55 ans, hypercholestérolémie familiale) OUI NON

Si oui,

<u>Lien de parenté</u>	<u>Type de maladie</u>	<u>Age d'apparition</u>

- Connaissez-vous des cas de diabète dans votre famille proche ? OUI NON

Si oui,

<u>Lien de parenté</u>	<u>Age d'apparition</u>

- Connaissez-vous d'autres types de maladies héréditaires graves dans votre famille proche ? OUI NON

Si oui,

<u>Lien de parenté</u>	<u>Type de maladie</u>

### **3. Vos antécédents personnels**

- Avez-vous déjà souffert ou été traité pour :

- |                                   |     |     |
|-----------------------------------|-----|-----|
| - Hypertension                    | OUI | NON |
| - Infarctus ou angine de poitrine | OUI | NON |
| - Accident vasculaire cérébral    | OUI | NON |
| - Artérite                        | OUI | NON |
| - Diabète                         | OUI | NON |
| - Hypercholestérolémie            | OUI | NON |
| - Cancer                          | OUI | NON |

- Autres, lesquels?

• Avez-vous déjà été opéré ?

OUI NON

Si oui,

<u>De quoi ?</u>	<u>A quel âge ?</u>

• Vous a-t-on

- fait une transfusion sanguine avant 1992 ?

OUI NON

• Veuillez noter la date de vos derniers vaccins :

- Tétanos : .....

- Diphtérie : .....

- Poliomyélite : .....

- Pneumocoque : .....

- Grippe : .....

- 2<sup>ème</sup> injection pour hépatite A : .....

- 3<sup>ème</sup> injection pour hépatite B : .....

• Avez-vous souffert d'autres maladies graves ou tropicales ? OUI NON

Si oui, lesquelles

<u>De quoi ?</u>	<u>A quel âge ?</u>


- Pour les femmes : - avez-vous déjà souffert de maladies gynécologiques OUI NON

Si oui, lesquelles

<u>De quoi ?</u>	<u>A quel âge ?</u>

- combien de grossesses avez-vous eues ? .....

Complications éventuelles :

<u>Lesquelles ?</u>	<u>Quelle grossesse ?</u>

#### 4. Vos traitements actuels

- Pilule contraceptive : .....
- Hormonothérapie de la ménopause : .....
- Traitement de l'ostéoporose : .....
- Autres médicaments prescrits :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

- Médicaments que vous achetez-vous-même :

.....  
 .....

.....  
.....  
.....

**5. Vos symptômes éventuels**

Avez-vous présenté les derniers mois l'une des plaintes suivantes ?

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - douleur thoracique oppressive                 | OUI | NON |
| - crampes au mollet en marchant                 | OUI | NON |
| - changement de vos habitudes intestinales      | OUI | NON |
| - sang dans les selles ou selles noires         | OUI | NON |
| - essoufflement anormal                         | OUI | NON |
| - toux depuis plus de 3 semaines                | OUI | NON |
| - sang dans les expectorations                  | OUI | NON |
| - gain ou perte de poids involontaire :         | OUI | NON |
| si oui, + .....kgs depuis.....                  |     |     |
| - .....kgs depuis .....                         |     |     |
| - modification d'une tache cutanée préexistante | OUI | NON |
| - modification persistante de votre voix        | OUI | NON |
| - difficultés d'audition                        | OUI | NON |
| - difficultés de vision                         | OUI | NON |
| si oui, lesquelles ?.....                       |     |     |
|   |     |     |
| - saignements gynécologiques anormaux           | OUI | NON |
| - autres symptômes inquiétants :                | OUI | NON |
| .....   |     |     |
| .....   |     |     |
| .....   |     |     |
| .....   |     |     |

**6. Examens pratiqués récemment**

Résultats annuels

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - analyse de sang datant de moins d'un an        | OUI | NON |
| - mammographie datant de moins d'un an           | OUI | NON |
| - colonoscopie                                   | OUI | NON |
| - densitomètre osseuse datant de moins de 2 ans  | OUI | NON |
| - électrocardiogramme à l'effort datant de ..... | OUI | NON |
| - examens de la vision                           | OUI | NON |

Si vous avez répondu oui, veuillez si possible joindre une copie du protocole des examens pratiqués.

Merci d'avoir complété ce questionnaire qui constituera un élément important du programme de dépistage. Veuillez apporter le présent questionnaire lors de votre examen.

UNION EUROPEENNE  
Régime commun d'Assurance maladie

## PROGRAMME DE DEPISTAGE

**Examen clinique général complet**

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Date de l'examen : ..... Nom du médecin examinateur : .....

Biométrie :

Taille : ..... m. Poids : ..... kg BMI (P/T<sup>2</sup>) = .....  
Tour de taille : ..... cm

Y a-t-il des anomalies dans la bouche et la gorge ? OUI NON

Si oui, lesquelles ? .....  
.....

Système cardio-vasculaire :

TA : ..... / ..... Mm Hg mesurée en position assise

TA : ..... / ..... Mm Hg mesurée en position assise après 5 minutes de repos, si première mesure  
supérieure à 140/90

Fréquence cardiaque : ..... / minute

Irrégularités ? ..... si oui, lesquelles ? .....  
.....

Anomalies à l'auscultation : .....

Oedèmes malléolaires bilatéraux : OUI NON

Pouls palpables : fémoraux : dr. OUI NON g. OUI NON

pédieux : dr. OUI NON g. OUI NON

jambiers post. : dr. OUI NON g. OUI NON

Système respiratoire :

Auscultation pulmonaire normale ? OUI NON

Si non, quelle anomalie ? .....  
.....

Abdomen :

Palpe-t-on une masse anormale ou un débord hépatique ou splénique ?

OUI NON

Si oui, quoi ? .....  
.....

Existe-t-il une hernie ou une éventration ? OUI NON

Si oui, où ? .....  
.....

Palpe-t-on des adénopathies ? OUI NON

Si oui, précisez : .....  
.....

Y a-t-il une anomalie testiculaire (hommes de moins de 40 ans) ?

OUI NON

Système ostéo-articulaire :

Y a-t-il une anomalie osseuse ou articulaire ? OUI NON

Si oui, laquelle ? .....  
.....

Peau :

Existe-t-il des lésions suspectes (en particulier en cas de risque détecté par l'interrogatoire) ?

OUI NON

Si oui, lesquelles ? .....  
.....

Divers :

Les résultats de l'interrogatoire et de l'examen clinique vous amènent-ils à la découverte d'autres anomalies cliniques significatives ?

OUI NON

Si oui, lesquelles : .....  
.....  
.....  
.....

.....  
**Synthèse des anomalies dépistées cliniquement:**

- 1 : .....
- 2 : .....
- 3 : .....
- 4 : .....
- 5 : .....
- 6 : .....

**Bilan synthétique**

**1- facteurs de risques ou anomalies relevées à l'interrogatoire :**

- mode de vie :
- antécédents personnels et familiaux :
- symptômes actuels :

**2- anomalies relevées à l'examen physique général :**

**3- anomalies relevées dans les examens pratiqués :**

**4- conclusions :**

- a- facteurs de risque :  
(Risque cardiovasculaire à quantifier selon les tables européennes de risque, en % à 10 ans selon "Score")
- b- mesures préventives conseillées :  
(y compris les vaccins)
- c- suivi conseillé :

LISTE DES CENTRES DE DÉPISTAGE AVEC LESQUELS LE RCAM A SIGNÉ UN ACCORD  
LIST OF HEALTH SCREENING CENTRES WITH WHICH THE JSIS SIGNED AN AGREEMENT

Une page par État membre (les mises à jour sont faites par page)  
One page per Member State (updates per page)

LISTE DES CENTRES DE DÉPISTAGE AVEC LESQUELS LE RCAM A SIGNÉ UN ACCORD  
LIST OF HEALTH SCREENING CENTRES WITH WHICH THE JSIS SIGNED AN AGREEMENT

Accord signé / signed Agreement

Signature en cours / Signature ongoing

<b>Belgique</b>			
<b>Organisme / Group</b>	<b>Etablissement / Provider (site web site)</b>	<b>Adresse / Address</b>	<b>Brochure/Leaflet</b>
Cliniques universitaires Saint-Luc	<a href="#">CUSL</a>	Avenue Hippocrate 10 à 1200 Bruxelles	<a href="#">Info_CUSL</a>
Polyclinique du Lothier U.L.B – Erasme-Discsa ASBL	<a href="#">Lothier</a>	Boulevard Baudouin, 27 à 1000 Bruxelles	<a href="#">Info_Lothier</a>
Universitair Ziekenhuis Brussel	<a href="#">UZB</a>	Laarbeeklaan 101 à 1090 Brussel	<a href="#">Info_UZB</a>

Les informations fournies sur cet intranet et donc dans ce document ne sont pas du domaine public et ne peuvent pas être diffusées à des tiers.

The information provided on this intranet and thus in this document cannot be considered to be in the public domain, and it shall not be disseminated to third parties.

**LISTE DES CENTRES DE DÉPISTAGE AVEC LESQUELS LE RCAM A SIGNÉ UN ACCORD**  
**LIST OF HEALTH SCREENING CENTRES WITH WHICH THE JSIS SIGNED AN AGREEMENT**

Accord signé / signed Agreement

Signature en cours / Signature ongoing

<b>España</b>			
<b>Organisme / Group</b>	<b>Etablissement / Provider</b>	<b>Adresse/Adress</b>	<b>Brochure/Leaflet</b>
Clinica Creu Blanca	Clínica Creu Blanca	Av. J.V. Foix 63, 08034 Barcelona	<a href="#">Info_CCB</a>
Hospital NISA VITHAS	Hospital Nisa Sevilla Aljarafe	Av. Plácido Fernández Viagas s/n, 41950 Castilleja de la Cuesta - Sevilla	Info_Vithas
	Gestion Sanitaria Gallega SLU	Rúa Vía Norte 48, 36206 Vigo	
	Vithas Sanidad Internacional SLU	Calle de Arturo Soria 107, 28043 Madrid	
	Vithas Alicante SL	Placa Dr. Gómez Ulla 15, 03013 Alacante	
	Vithas Sanidad Internacional SL	Av. de los Argonautas s/n, 29631 Benalmádena - Malaga	
CLÍNICA SANTA ELENA IRSJG-HCM	Clinica Santa Elena	C/ LA GRANJA Nº 8, 28003 MADRID	<a href="#">Info_HCM</a>



[Les informations fournies sur cet intranet et donc dans ce document ne sont pas du domaine public et ne peuvent pas être diffusées à des tiers.](#)

[The information provided on this intranet and thus in this document cannot be considered to be in the public domain, and it shall not be disseminated to third parties.](#)

**LISTE DES CENTRES DE DÉPISTAGE AVEC LESQUELS LE RCAM A SIGNÉ UN ACCORD**  
**LIST OF HEALTH SCREENING CENTRES WITH WHICH THE JSIS SIGNED AN AGREEMENT**

Accord signé / signed Agreement

Signature en cours / Signature ongoing

<b>France</b>			
<b>Organisme / Group</b>	<b>Etablissement / Provider</b>	<b>Adresse/Adress</b>	<b>Brochure/Leaflet</b>



[Les informations fournies sur cet intranet et donc dans ce document ne sont pas du domaine public et ne peuvent pas être diffusées à des tiers.](#)

[The information provided on this intranet and thus in this document cannot be considered to be in the public domain, and it shall not be disseminated to third parties.](#)

**LISTE DES CENTRES DE DÉPISTAGE AVEC LESQUELS LE RCAM A SIGNÉ UN ACCORD**  
**LIST OF HEALTH SCREENING CENTRES WITH WHICH THE JSIS SIGNED AN AGREEMENT**

Accord signé / signed Agreement

Signature en cours / Signature ongoing

<b>Ellada</b>			
<b>Organisme / Group</b>	<b>Etablissement / Provider</b>	<b>Adresse/Adress</b>	<b>Brochure/Leaflet</b>
Hellenic Health Care Group	Metropolitan S.A	Ethnarhou Makariou 9 & El. Venizelou 1, Piraeus	<a href="#">Info_PH</a>
	METROPOLITAN GENERAL SA	Mesogeion Avenue 264, Cholargos	<a href="#">Info_MG</a>
	Diagnostic & Therapeutic Center of Athens Hygeia SA	Erythroy Stavroy 4, Marousi	<a href="#">Info_Hygeia</a>
	MITERA SA	Erythroy Stavroy 6, Marousi	<a href="#">Info_Mitera</a>
	LETO MATERNITY HOSPITAL SA	Mouson 7-13 Athens	Info_Leto
	Creta InterClinic SA	Minoos 63, Heraklion Crete	<a href="#">Info_Creta</a>
Athens Medical Group	Athens Medical Center and Maternity & Obstetrics Dpt	5-7 Distomou Street 15125 Maroussi-Athens	<a href="#">Info_AMG</a>
	Athens Pediatric Clinic	5-7 Distomou Street 15125 Maroussi-Athens	
	Interbalkan European Medical Center	10 Asklipiou Street 57001 Pylea-Thessaloniki	
	Athens Medical Center - Clinic of Psychico	1 Andersen Street 11525 N. Psychico-Athens	
	Athens Medical Center - Clinic of P. Faliro	36 Areos Street 17562 Paleo Faliro-Athens	
	Athens Medical Center – Clinic of Peristeri	60 Ethnarchou Makariou Street 121 32 Peristeri- Athens	



Les informations fournies sur cet intranet et donc dans ce document ne sont pas du domaine public et ne peuvent pas être diffusées à des tiers.

The information provided on this intranet and thus in this document cannot be considered to be in the public domain, and it shall not be disseminated to third parties.

**LISTE DES CENTRES DE DÉPISTAGE AVEC LESQUELS LE RCAM A SIGNÉ UN ACCORD**  
**LIST OF HEALTH SCREENING CENTRES WITH WHICH THE JSIS SIGNED AN AGREEMENT**

Accord signé / signed Agreement

Signature en cours / Signature ongoing

<b>Italia</b>			
<b>Organisme / Group</b>	<b>Etablissement / Provider</b>	<b>Adresse / Adress</b>	<b>Brochure/Leaflet</b>
Istituto Auxologico Italiano - IRCCS	IRCCS	Via Mercalli 30 - 20122 Milano	<a href="#">Info_IRCCS</a>
Casa di cura fondazione Gaetano e Piera Borghi di Angelo Borghi & c Sas	<a href="#">Borghi</a>	Via Petrarca 33 - 21020 Brebbia	<a href="#">Info_Borghi</a>
Centro Diagnostico Pigafetta S.R.L.	Pigafetta	Via F.A. Pigafetta 1 - 00154 Roma	<a href="#">Info_Pigafetta</a>
Medical Point S.r.l.	Medical Point	Via Veratti 3 - 21100 VARESE	<a href="#">Info_VMP</a>
Unione Sanitaria Internazionale S.p.A	USI centro DOC 18	Virginio Orsini 18 - Roma	<a href="#">Info_USI</a>
	USI Piazza Vittorio	via Machiavelli 22 - Roma	
Casa di Cura Città di Parma		Piazzale Athos Maestri 5 - 43123 Parma	<a href="#">Info_CDP</a>
		via Rossi 5 - 43123 Parma	
Lifebrain Toscana S.r.l.	<a href="#">Lifebrain</a>	Poliambulatorio UMA - Viale Giuseppe Mazzini 16 - 50132 Firenze	Info_LifebrainT



Les informations fournies sur cet intranet et donc dans ce document ne sont pas du domaine public et ne peuvent pas être diffusées à des tiers.

The information provided on this intranet and thus in this document cannot be considered to be in the public domain, and it shall not be disseminated to third parties.

**LISTE DES CENTRES DE DÉPISTAGE AVEC LESQUELS LE RCAM A SIGNÉ UN ACCORD**  
**LIST OF HEALTH SCREENING CENTRES WITH WHICH THE JSIS SIGNED AN AGREEMENT**

Accord signé / signed Agreement

Signature en cours / Signature ongoing

## Luxembourg

Organisme / Group	Etablissement / Provider (site web site)	Adresse /Address	Brochure/Leaflet
Fondation Hôpitaux Robert Schuman	<a href="#">FHRS – GZ</a>	44 rue d'Anvers 1130 Luxembourg	<a href="#">Info FHRS GZ</a>

[Les informations fournies sur cet intranet et donc dans ce document ne sont pas du domaine public et ne peuvent pas être diffusées à des tiers.](#)

[The information provided on this intranet and thus in this document cannot be considered to be in the public domain, and it shall not be disseminated to third parties.](#)

LISTE DES CENTRES DE DÉPISTAGE AVEC LESQUELS LE RCAM A SIGNÉ UN ACCORD  
 LIST OF HEALTH SCREENING CENTRES WITH WHICH THE JSIS SIGNED AN AGREEMENT

Accord signé / signed Agreement

Signature en cours / Signature ongoing

<b>Portugal</b>			
<b>Organisme / Group</b>	<b>Etablissement / Provider</b>	<b>Adresse /Address</b>	<b>Brochure/Leaflet</b>
Luz Saùde S.A.	Hospital Da Luz Lisboa	Avenida Lusíada 100, 1500-650 Lisboa	Info_LUZ LISBOA
	Hospital Da Luz Oeiras	Rua Coro Santo Amaro de Oeiras 12, 2780-379 Oeiras	Info_LUZ OEIRAS
	Hospital Da Luz Aveiro	Rua do Brasil 21, 3800-009 Aveiro	Info_LUZ AVEIRO
	Hospital Da Luz Póvoa De Varzim	Rua Dom Manuel I 183, 4490-592 Póvoa de Varzim	Info_LUZ POVOA
	Hospital Da Luz Setúbal	Estrada Nacional 10 km 37, 2900-722 Setúbal	Info_LUZ SETUBAL
	Hospital Da Luz Vila Real	Praça Nossa Senhora da Conceição, Lote 4, 5000-436 Vila Real	Info_LUZ VILAREAL
	Hospital Da Luz Guimarães	Alameda dos Desportos, Santiago de Candoso, 4835-235 Guimarães	Info_LUZ GUIM
	Hospital Da Luz Coimbra	Praceta Prof. Robalo Cordeiro, Circular Externa de Coimbra, 3020-479 Coimbra	Info_LUZ COIMBRA



[Les informations fournies sur cet intranet et donc dans ce document ne sont pas du domaine public et ne peuvent pas être diffusées à des tiers.](#)

[The information provided on this intranet and thus in this document cannot be considered to be in the public domain, and it shall not be disseminated to third parties.](#)

## Tableau des traitements médicaux divers

- A: Traitements pour lesquels une prescription médicale (PM) est requise
- B: Traitements qui doivent être effectués par un médecin ou en milieu hospitalier
- C: Traitements pour lesquels une prescription médicale (PM) est requise et qui sont, dans certains cas soumis à autorisation préalable (AP)
- D: Traitements toujours soumis à autorisation préalable (AP)

### **A. TRAITEMENTS POUR LESQUELS UNE PRESCRIPTION MÉDICALE EST REQUISE**

	Nature traitement/prestations	PM	AP	Nombre maximum de séances par an / (12 mois)	Plafond 80% (€)	Remarques
A 1	<b>Aérosolthérapie</b>	x		30	--	
A 2	<b>Consultation d'un diététicien</b>	x		10	25	
A 3	<b>Kinésithérapie, physiothérapie et traitements assimilables<sup>[1]</sup></b>	x		60	25	
A4	<b>Pédicure médicale</b>	x		12	25	

### **B. TRAITEMENTS QUI DOIVENT ÊTRE EFFECTUÉS PAR UN MÉDECIN OU EN MILIEU HOSPITALIER**

	Nature traitement/prestations	PM	AP	Nombre maximum de séances par an / (12 mois)	Plafond 80% (€)	Remarques
B 1	<b>Acupuncture</b>	x		30	25	Effectué par un prestataire légalement autorisé à délivrer ce type d'acte
B 2	<b>Mésothérapie</b>	x	x	30	45	- Effectué par un médecin ou en milieu hospitalier (honoraires du médecin inclus dans le plafond de 45 € par séance)  - Un nombre supérieur de séances/an ne peut être accordé.
B 3	<b>Rayons ultra-violets</b>	x	x		35	

### **C. TRAITEMENTS POUR LESQUELS UNE PRESCRIPTION MÉDICALE EST REQUISE ET QUI SONT, DANS CERTAINS CAS ? SOUMIS A AUTORISATION PREALABLE**

	Nature traitement/prestations	PM	AP	Nombre maximum de séances par an / (12 mois)	Plafond 80% (€)	Remarques
C 1	<b>Bilan/examen psychologique complet effectué par un seul intervenant</b>	x			150	
C 2	<b>Chiropraxie/ostéopathie</b>	x		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
	<b>Personnes âgées de 12 ans ou plus</b>	x		24		
	<b>Enfants âgés de moins de 12 ans</b>	x	x	24		
C3	<b>Logopédie/orthophonie</b> (rapport médical établi par médecin ORL ou neurologue)				35	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enfants jusqu'à l'âge de 12 ans accomplis</b></li> <li>• <b>Enfants âgés de 13 ans à moins de 18 ans</b></li> <li>• <b>Personnes âgées de plus de 18 ans</b></li> </ul>	x		180 sur une ou plusieurs années		Troubles neurologiques importants : dépassement 180 séances sur autorisation préalable Concernes : - enfants atteints de surdité grave ou d'affection neurologique - adultes souffrant d'affections neurologiques ou laryngées
	<b>Bilan logopédique/orthophonique</b>	x	x	30 pour l'ensemble du traitement	40	
C 4	<b>Psychomotricité, graphomotricit�</b>	x		60	35	
C5	<b>Psychothérapie</b>	x		30 tous types de séances confondus	60 90 25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séance individuelle</li> <li>• Séance familiale</li> <li>• Séance de groupe</li> </ul> <p>Un dépassement du nombre maximal de séances/an peut être accordé sur base d'une AP</p>
	<b>Effectué</b>		x			<ul style="list-style-type: none"> <li>o Prescription par psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue</li> <li>o 10 premières séances peuvent être prescrites par médecin généraliste</li> <li>o Pour enfants âgés de moins de 15 ans la prescription peut être établie par un pédiatre</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>par médecin spécialiste en psychiatrie, neuropsychiatrie ou neurologie</b></li> <li>• <b>par psychologue ou psychothérapeute</b></li> </ul>	x				

#### D. TRAITEMENTS TOUJOURS SOUMIS   AUTORISATION PRÉALABLE

	Nature traitement/prestations	P M	AP	Nombre maximum de séances par an / (12 mois)	Plafond 80% (�)	Remarques
D 1	<b>Bilan neuro-psychologique pluridisciplinaire</b>	x	x		600	Sur base d'un rapport médical d'un neuro-pédiatre ou psychiatre
D 2	<b>Caisson hyperbare</b>	x	x		--	
D 3	<b>Drainage lymphatique</b>	x	x	20 /12 mois	25	En cas de maladie grave, pas de limitation du nombre de séances ni de plafond.
D 4	<b>Endermologie � visée non esthétique</b>	x	x	5 / 12 mois	--	Traitement de cicatrices vicieuses
D 5	<b>Epilation</b>	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 �endus - Cat.A2 pour cas �endus

D 6	<b>Ergothérapie</b>	x	x	--	--	
D 7	<b>Laser : Traitement Laser ou photothérapie dynamique en dermatologie</b>	x	x	20	--	
D 8	<b>Orthoptie</b>	x	x	20 /12 mois	35	Prescription par spécialiste en ophtalmologie indiquant l'identité de l'orthoptiste
D 9	<b>Revalidation fonctionnelle pluridisciplinaire ambulatoire en service hospitalier.</b>	x	x	--	--	
D1 0	<b>Revalidation par appareil MDX, traitements selon méthode « David Back Clinic » ou école du dos</b>	x	x	24 renouvelable en principe une fois	40	
D1 1	<b>Traitements par ondes de choc en rhumatologie</b>	x	x	--	--	
D1 2	<b>Tout autre traitement non spécifié</b>	x	x	--	--	

<sup>[1]</sup> 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.



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT SPECIAL ART. 72 § 3 DU STATUT

Conformément à l'art. 24 de la Réglementation Commune et aux dispositions du Chapitre 6 du Titre III des DGE

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) - **Adresse ci-dessous**

Nom et prénom de l'affilié(e) : ..... N° pers. /pension:.....  
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:.....Tél : .....  
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....  
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:..... (Pour les agents temporaires/agents contractuels)

### Demande d'établir un calcul dans le cadre du remboursement spécial prévu à l'art. 72 § 3 du Statut

- Période du ..... au ..... (si connue)
- Période estimée du ..... au ..... (si inconnue avec précision)

#### **Il est à noter que:**

**- Au cas où l'affilié est encore redevable d'un solde mis en avance (p.e. suite à une prise en charge), celui-ci sera déduit du montant du remboursement spécial – art. 72§3.**

**- Les frais pour la même période introduits après que le remboursement spécial a été effectué, ne peuvent donner lieu à un remboursement spécial complémentaire.**

**- La demande ne peut être introduite que, au plus tôt, l'année qui suit celle pendant laquelle les frais ont été encourus. Le calcul nécessite en effet de connaître votre traitement de base définitif.**

- J'ai bien pris note que le bénéficiaire est tenu de déclarer les remboursements de frais perçus ou auxquels il peut prétendre au titre d'une autre assurance-maladie, légale ou réglementaire, pour lui-même ou pour l'une des personnes couvertes de son chef (cf. Article 72§4 du Statut).**
- J'ai pris connaissance des conditions et règles en vigueur (voir aussi au verso) et m'engage à les respecter.**

Date .....

Affilié(e) <sup>1</sup>

Signature du demandeur .....

Autre personne<sup>1</sup> qui représente le demandeur :  
Nom, prénom:.....

**1** Cochez la case correspondante svp

#### **A remplir si demande par deux affiliés conjoints:**

Je renonce à l'introduction séparée d'une demande de remboursement spécial

Nom, Prénom (conjoint/partenaire reconnu):.....

N° Personnel/Pension:.....

Date .....

Signature du conjoint/partenaire reconnu: .....

#### **Adresse des Bureaux Liquidateurs du RCAM**

<b>Bureau liquidateur de Bruxelles Commission européenne</b> SC27 0/05 B-1049 Bruxelles	<b>Bureau liquidateur d'Ispra Commission européenne</b> PMO/06 - TP 730 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va)	<b>Bureau liquidateur de Luxembourg Commission européenne</b> DRB - B1/061 L-2920 Luxembourg
<a href="https://ec.europa.eu/pmo/contact/">https://ec.europa.eu/pmo/contact/</a> <b>+ 32 (0)2 29 97777</b>		

# Règles de détermination du remboursement spécial suivant l'article 72§3 du Statut

## Réglementation Commune, Article 24 - Remboursement spécial

1. Des remboursements spéciaux peuvent être accordés au titre de l'article 72, paragraphe 3, du Statut sur la partie des frais non remboursés et pour autant que ces frais ne dépassent pas:

- 50% du coût correspondant à 100% des plafonds de remboursement prévus à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa;
- et, pour les prestations non plafonnées, 50% du montant correspondant à 100% des dépenses effectivement remboursées selon les taux en vigueur, à l'exclusion du remboursement complémentaire prévu à l'article 21, paragraphe 3, et après application de l'article 20, paragraphe 2, et/ou de l'article 21, paragraphe 1.

Le seuil de dépassement de 50% est calculé après application éventuelle du coefficient d'égalité prévu à l'article 20, paragraphe 5.

Certaines prestations faisant l'objet d'un plafond de remboursement prévu à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa, peuvent ne pas être prises en compte dans la détermination du remboursement spécial. La liste de ces prestations est fixée dans les dispositions générales d'exécution de la présente réglementation.

2. Lorsque la partie non remboursée des frais considérés comme non excessifs et rentrant dans le champ d'application des dispositions générales d'exécution de la présente Réglementation et exposés par l'affilié pour lui-même et pour les personnes assurées de son chef dépasse, au cours d'une période de douze mois, la moitié de la moyenne des revenus mensuels de base d'origine statutaire perçus pendant ladite période, le remboursement spécial prévu à l'article 72, paragraphe 3, du Statut est déterminé de la manière suivante:

la partie non remboursée des frais précités qui dépasse la moitié de la moyenne des revenus mensuels de base d'origine statutaire est remboursée aux taux de:

- 90% lorsqu'il s'agit d'un affilié sans personne assurée de son chef;
- 100% dans les autres cas.

3. Dans le cas des affiliés qui n'ont plus droit à un traitement ou une indemnité, l'assiette du remboursement spécial est calculée sur la base de la moitié du dernier traitement mensuel de base perçu ou de la dernière indemnité mensuelle perçue.

4. Lorsque deux conjoints ou partenaires reconnus sont tous deux affiliés au présent régime, ils ont de commun accord la faculté d'opter pour le cumul des parties non remboursées de leurs frais de maladie sous réserve:

- que celui-ci se fasse dans le chef du conjoint ou partenaire affilié ayant le revenu statutaire de base le plus élevé;
- que l'autre conjoint ou partenaire renonce à l'introduction séparée d'une demande de remboursement spécial;
- que la période de douze mois prise en considération soit la même pour les deux conjoints ou partenaires.

5. La décision relative à toute demande de remboursement spécial est prise:

- soit par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution dont relève l'intéressé, sur la base d'un avis du Bureau liquidateur émis conformément aux critères généraux arrêtés par le Comité de Gestion après consultation du conseil médical, relatifs au caractère éventuellement excessif des frais exposés;
- soit par le Bureau liquidateur, sur la base des mêmes critères, s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité.

## Réglementation Commune, Article 32 – Déchéance

2. Les demandes de remboursement spécial visé à l'article 24 sont à introduire dans un délai de douze mois à compter de la date de remboursement des frais de la dernière prestation comprise dans la période de douze mois considéré.

**Dispositions Générales d'Exécution, Titre III, Chapitre 1**

**Dispositions Générales d'Exécution, Titre III, Chapitre 6**

# Accords avec professionnels de la santé

Le RCAM a établi des accords avec plusieurs cliniques, hôpitaux et autres prestataires afin de fixer le prix de certaines prestations médicales.

## Accords: bénéficiaire de tarifs préférentiels

Le régime commun d'assurance maladie (RCAM) a établi des accords avec des cliniques, hôpitaux et autres prestataires pour fixer les honoraires maximums des praticiens ainsi que les frais de séjour dans les établissements concernés.

D'autres accords sont conclus pour les [centres de programmes de dépistage](#).

Ces accords ne modifient ni les procédures (autorisation préalable, prise en charge, etc.) ni les taux de remboursement prévus par la réglementation (les plafonds restent identiques). Il se peut donc que le taux de remboursement obtenu soit inférieur à 80 ou 85% malgré l'existence d'un accord. Vous gardez le libre choix de l'un des centres ou praticiens conventionnés ou non.

Pour tout renseignement en matière d'accords, contactez:

Soumission d'une requête pour une prise en charge et avances	Bruxelles	Luxembourg	Ispra
Pour introduire vos demandes en ligne	<a href="#">RCAM en ligne</a>	<a href="#">RCAM en ligne</a>	<a href="#">RCAM en ligne</a>
Pour introduire vos demandes via les formulaires "papier" (y compris transmission d'informations complémentaires)	Commission Européenne RCAM Bruxelles – Prise en charge 1049 Bruxelles Fax: + 32 2 29 59701 <a href="#">Staff Contact</a>	Commission européenne RCAM Luxembourg - Prise en charge DRB-B1/073 2920 Luxembourg Fax: + 352 4301 36019 <a href="#">Staff Contact</a>	Commission européenne RCAM Ispra – Prise en charge PMO.6 TP. 730 Prises en charge Via Enrico Fermi, 2749 21027 Ispra (Varese) Fax: + 39 0332 78 94 23 <a href="#">Staff Contact</a>
Assistance téléphonique	De 9h30 à 12h30 Tél : +32 2 29 59856	De 9h00 à 12h30 Tél : + 352 4301 36406 ou + 352 4301 36103	De 9h00 à 12h30 Tél : + 39 0332 78 99 66

## Allemagne

Un [accord](#) a été conclu avec:

- Gesundheits-Zentrum Saarschleife (Mettlach-Orscholz, Saarland)

- Fachklinik Johannesbad (Bad-Füssing, Bayern)
- Rehaklinik Raupennest (Altenberg, Sachsen)

## Belgique

Un accord a été conclu avec:

- Saint-Luc
- Cliniques de l'Europe (Sainte-Elisabeth et Saint-Michel)
- CHU Erasme
- Jules Bordet
- UZ Brussel
- CHU Saint-Pierre - César de Paepe
- HUDERF (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola)
- IRIS SUD (Etterbeek-Ixelles, Baron Lambert, Molière-Longchamp, Joseph Bracops)

## Espagne

PMO a signé des accords avec 4 régions autonomes d'Espagne:

- Galice – SERGAS (signé le 01/02/2012)
- Madrid – SERMAS (signé le 12/07/2013)
- Andalousie – SAS (signé le 07/11/2014 avec implémentation en 2015)
- Catalogne – CATALUT (signé le 23/01/2015)
- Pays Basque – OSAKIDETZA (signé 12 juillet 2017)

L'objectif de ces accords est de permettre aux affiliés actifs et retraités du RCAM **qui résident dans ces régions** d'accéder aux services de santé autonomes. Pour les affiliés du RCAM, la possibilité de recourir aux services de santé autonomes reste une option et non une obligation, la liberté de choix est maintenue.

## Luxembourg

Un accord a été conclu avec:

- la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
- [Note d'information](#) et [tarifs 2019](#)

### Accord AAMD

L'accord avec l'Association des Médecins et Médecins Dentistes a été résilié le 1er Octobre 2018.

Ces derniers ne sont plus autorisés à facturer aux assurés du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) des tarifs différents (majorés de 15%) de ceux applicables aux assurés nationaux.

- [Lire la la note d'information](#) pour mieux comprendre ce qui a changé et ce que vous pouvez faire
- [Comprendre votre facture médicale](#) et vérifier si un surcoût a été appliqué
- Lors de vos prochaines consultations, [munissez-vous de la lettre adressée à l'AAMD](#) spécifiant les nouvelles conditions de facturation.

## Plus d'information

- Voir aussi

## Staff Contact

- Contactez-nous

Last update: 02-08-19 15:44 - Published by: PMO.3 - Sickness and accident insurance - [Contact](#)





UNION EUROPEENNE

Régime Commun Assurance Maladie

Bruxelles, .....  
PMO/3/.....

## RÉGIME COMMUN D'ASSURANCE MALADIE ATTESTATION

(Article 72 du statut des fonctionnaires de l'Union européenne)

Affilié(e):

Date de naissance de l'affilié(e):

Numéro d'affilié(e):

Type de couverture:

Date de fin:

L'affilié(e) ci-dessus prendra sa retraite/a pris sa retraite le .....et restera couvert(e) par le régime commun d'assurance maladie (RCAM) à titre primaire.

Le régime commun d'assurance maladie (RCAM) est obligatoire, valable 24 heures sur 24 dans le monde entier (aucun pays n'est exclu), et assure le remboursement des frais médicaux exposés par ses affiliés, leurs conjoints et leurs enfants, pour raison de maladie, d'hospitalisation, de maternité ou d'accident, dans les limites et les conditions fixées à l'article 72 du statut des fonctionnaires de l'UE, et selon les règles subordonnées applicables au RCAM. Le régime assure la couverture immédiate des affections préexistantes, tant pour les soins hospitaliers que pour les soins ambulatoires. Il rembourse également les frais de dentisterie, dans la limite des règles précitées.

Bureau Liquidateur de Bruxelles

PS: en cas d'hospitalisation, les bénéficiaires d'une couverture primaire peuvent appeler le +32.(0)2.295.9856 afin d'obtenir une lettre de prise en charge.

*La présente attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit, sur la base des données fournies par l'affilié(e)*

Pour toute requête ou information, utilisez: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/fr/health/insurance/Pages/membership.aspx>  
Pour vérifier l'état de tous vos dossiers RCAM, utilisez: <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>

Commission Européenne – PMO.6 - I-21027 Ispra (VA), Italie - Bureau TP 730

# Cure thermale

---

Fiche pratique sur la procédure, les taux de remboursement, et les cas spéciaux.

Une cure thermale est un séjour (minimum 10 jours et maximum 21 jours) effectué dans un établissement spécialisé qui prodigue ses soins sous contrôle médical avec des eaux prises à la source avant qu'elles ne perdent les propriétés biologiques et pharmacodynamiques qu'elles tirent de leur richesse en ions et en oligoéléments. Les séjours dans des centres paramédicaux agréés par les autorités sanitaires nationales, exclusivement spécialisés dans le traitement des maladies chroniques, peuvent être assimilés à des cures thermales.

## Etape 1 : demander une autorisation préalable

Au moins 6 semaines avant le début de la cure, vous obtenez une **prescription médicale** du médecin (indépendant du centre de cure) ainsi qu'un **rapport médical** précisant :

- les antécédents du patient et le détail des traitements suivis durant l'année pour la pathologie nécessitant la cure. Il décrit l'évolution la plus récente de la pathologie et mettant en évidence les éléments médicaux propres à justifier la cure
- la durée de la cure, la nature des soins thermaux à suivre et le type de centre thermal en rapport avec la pathologie concernée, étant entendu que seul un centre agréé par les autorités sanitaires nationales pourra être pris en considération.

Le cas échéant, demandez également la prescription médicale justifiant l'accompagnement.

Vous scannez ces documents dans le logiciel [RCAM en ligne](#) en suivant la procédure de demande d'[autorisation préalable](#).

Si vous n'avez pas accès au [logiciel RCAM en ligne](#), suivez la méthode papier traditionnelle en remplissant le [formulaire de demande d'autorisation préalable](#). N'oubliez pas de joindre tous les documents justificatifs originaux nécessaires (gardez-en une copie chez vous). Vous envoyez le tout à votre bureau liquidateur (l'adresse se trouve sur le formulaire).

## Etape 2 : demander un remboursement

Lorsque l'autorisation préalable vous est accordée, vous pouvez suivre la cure. Faites alors une [demande de remboursement](#), en joignant la **facture détaillée**.

Vous envoyez le tout à votre [bureau liquidateur](#).

## Conditions de remboursement

Pour être remboursée, la cure :

- doit être autorisée au préalable par le bureau liquidateur, après avis du médecin conseil et se dérouler dans un centre agréé par les autorités sanitaires nationales
- doit comporter au moins 2 soins appropriés par 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 d'un membre de famille, etc.).

L'autorisation de cure est limitée à :

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

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

## Taux de remboursement

- **Frais de traitements** : remboursables à 80 % avec un plafond de 64 € par jour (en cas de maladie grave : 100% avec un plafond de 80€ par jour)
- **Frais d'accompagnement** : remboursables à titre exceptionnel à 85% avec un plafond de 40 € par 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 14ème 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

Dans tous les autres cas, les frais d'accompagnement ne sont pas remboursés.

## Frais non remboursables

Ne sont jamais remboursables :

- les frais de voyage
- les frais de séjour, logement et repas
- les frais accessoires aux soins
- les traitements et soins non éligibles au sens de la Réglementation commune, tels que
  - bains de mer, de lac, bains de sable
  - thalassothérapie
  - sauna, solarium,
  - massages non médicaux, remises en forme, séances de yoga, réflexologie plantaire, shiatsu et/ou tout autre traitement assimilable
  - les analyses, examens, et autres prestations ne relevant pas de la pathologie concernée
  - les traitements par extraits de thymus ou de gui
  - l'ozonothérapie, l'oxygénation
  - l'auto hémothérapie
  - la procaine, et/ou tout autre traitement/produit assimilable.

Ne sont pas considérées comme cures thermales et ne sont donc pas remboursables :

- les cures de thalassothérapie et
- les cures de remise en forme.

<https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/FR/health/reimbursement/medical-care/Pages/thermal-cure.aspx>

Dernière mise à jour : 16-09-19 14:27 - Publié par : PMO.3 - Assurance maladie et accidents - [Contact](#)