

## CONTENU

<b>Interview de Luc Goutry, le nouveau président du Comité de gestion</b>	<b>p. 1</b>
<b>Nouveau règlement concernant le remboursement des prestations de kinésithérapie</b>	<b>p. 2</b>
<b>Voyage: conseils utiles de votre mutualité</b>	<b>p. 4</b>
<b>N'oubliez pas votre vaccin contre la grippe !</b>	<b>p. 5</b>
<b>Modification du remboursement des soins infirmiers à domicile</b>	<b>p. 6</b>
<b>Quels sont vos droits en tant que patient ?</b>	<b>p. 6</b>

## INTERVIEW DE LUC GOUTRY, LE NOUVEAU PRÉSIDENT DU COMITÉ DE GESTION

La CAAMI est dirigée par un *Comité de gestion*. Des représentants d'organisations syndicales et d'organisations patronales y siègent paritairément. Depuis peu, le Comité de gestion a un nouveau président: Luc Goutry, Député de Flandre Occidentale. Faisons plus ample connaissance.

*Monsieur Goutry, soyez le bienvenu à la CAAMI. D'où vous vient cet intérêt pour les mutualités?*

Avant de devenir membre du parlement, j'ai travaillé pendant 20 ans auprès d'une mutualité. Au début des années 70, j'ai commencé à travailler au service social. Pendant 10 ans, j'ai accompagné des personnes souffrant de maladies ou de handicaps. J'ai ainsi pu apprendre à connaître les problèmes engendrés par la maladie. Cette période m'a également été très utile, car je devais continuellement suivre la législation sociale. Et ça me sert encore à l'heure actuelle dans mon travail politique. En 1983, je suis devenu membre du comité de direction. En tant que directeur adjoint, j'étais responsable de la politique sociale et du bien-être. Je m'occupais également de la formation des membres du personnel et du recrutement des nouveaux collaborateurs. Grâce à mon expérience au sein d'une mutualité, j'ai développé une bonne vision de l'assurance maladie et de la sécurité sociale.

Entre-temps, j'ai encore travaillé deux ans au cabinet du Ministre Coens. Lors des élections de 1991, je figurais sur la liste de la Chambre en tant que premier suppléant. Daniël Coens a été élu, mais il est décédé quelques mois plus tard. Ainsi début 1992, en tant que premier suppléant, je me suis retrouvé à la Chambre.

*A la Chambre, vous occupiez-vous également de l'assurance maladie et de la sécurité sociale?*

Depuis 1992, je suis membre de la commission des Affaires Sociales et de la Santé Publique. Je suis porte-parole sur le plan de l'assurance maladie, de la santé et des affaires sociales. Au Parlement, je suis intensément tout le travail législatif qui s'y rapporte.

*Quelles sont selon vous les priorités pour la politique de la CAAMI?*

J'attache énormément d'importance à l'élaboration d'un service social efficace, capable d'accompagner nos membres en cas de problème. La législation actuelle est tellement compliquée que beaucoup de personnes s'y perdent.



*Luc Goutry (président du Comité de gestion)*

Une autre priorité concerne la convivialité. Une mutualité ne peut pas fonctionner comme une administration sans âme, n'offrant qu'une assistance technique. Les gens doivent pouvoir exposer leurs problèmes et leurs questions à leur mutualité. Il est important que nous disposions de collaborateurs consciencieux capables d'aider nos membres de manière altruiste et avec efficacité.

Un troisième point important consiste à gérer avec soin les moyens mis à notre disposition par l'assurance maladie. La solidarité est le moteur de notre système de sécurité sociale. Tout ceci ne peut subsister que si chacun prend entièrement ses responsabilités.

Depuis l'année passée, le remboursement des prestations de kinésithérapie a radicalement changé. Au **1<sup>er</sup> mai 2002**, une nouvelle liste des prestations remboursées ("nomenclature") est entrée en vigueur. Le **1<sup>er</sup> janvier 2003**, quelques modifications ont suivi. Dans cet article, vous trouverez davantage d'informations sur ce nouveau règlement. **A partir du 1<sup>er</sup> août 2003**, quelques nouveaux tarifs de remboursement sont applicables (voir tableau).

### DIMINUTION DE L'INTERVENTION POUR CERTAINES AFFECTIONS

Le nombre de prestations pour lesquelles vous pouvez bénéficier d'une intervention au tarif le plus élevé a diminué pour certaines affections.

Autrefois, on faisait une distinction entre les affections lourdes de la "**liste E**" (telles que la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la mucoviscidose...) et les affections "**courantes**". En ce qui concerne le remboursement des affections lourdes, **l'approbation du médecin-conseil** est nécessaire. Cette approbation conserve une **durée de validité limitée à trois ans**.

Depuis le **1<sup>er</sup> mai 2002**, les anciennes affections "courantes" sont subdivisées en affections à l'origine de limitations fonctionnelles (la "**liste F**") et en affections simples, dites "**courantes**".

Pour la **liste F**, **60 prestations maximum** peuvent encore être remboursées au **tarif le plus élevé**. Pour les affections **courantes**, l'intervention diminue **à partir de la 18<sup>ème</sup> séance**. Le médecin-conseil peut au maximum donner son accord **deux fois** par an pour le remboursement d'une **nouvelle** série de 18 séances au tarif le plus élevé. Pour tout accord, il faut qu'il y ait une nouvelle affection pour laquelle la kinésithérapie a été prescrite.

### ET SI L'ON DEPASSE LE NOMBRE MAXIMUM DE SEANCES?

Lorsque la série de 18 séances de kiné (ou de 60 pour la liste F) est terminée, il est **possible et permis** de poursuivre le traitement de kiné. Néanmoins, le remboursement **diminue**, étant donné qu'il est calculé sur base d'un honoraire moins élevé (théorique).

Attention: le kinésithérapeute est **libre** de fixer lui-même **les honoraires** qu'il demandera **après 18 ou 60 séances**. Si le kinésithérapeute demande les mêmes honoraires que pour les séances précédentes, la contribution personnelle du patient sera plus importante. **Lors des séances de kinésithérapie**

**supplémentaires, seule une part limitée du ticket modérateur est "officielle"**.

Dans le numéro précédent<sup>1</sup> de cette revue, nous vous annonçons déjà que grâce au **Maximum à facturer**, les familles ne devaient pas consacrer annuellement plus d'une somme définie aux tickets modérateurs. **Lors de la totalisation de ces tickets modérateurs, on ne tient pas compte de ce ticket modérateur officiel moins élevé**. A cet effet, on continue à prendre en considération le montant des tickets modérateurs des 18 premières (ou des 60) séances.

### EXTENSION ET SUBDIVISION DE LA LISTE F

Depuis le **1<sup>er</sup> janvier 2003**, la **liste F** compte de **nouvelles affections**. Quelques exemples: l'élargissement des affections postopératoires en neurochirurgie; l'ablation totale ou partielle du sein, le syndrome de l'épaule gelée ("frozen shoulder"), la rééducation des muscles du plancher pelvien dans le traitement de l'incontinence...

La **liste F** a été **divisée** en deux listes distinctes: une pour les affections **aiguës** et une pour les affections **chroniques**.

### KINESITHERAPIE PERINATALE

On entend par **kinésithérapie périnatale**, la kinésithérapie prescrite pendant la **grossesse et durant la période qui suit l'accouchement**.

**9 séances** au maximum sont remboursées (1 par jour). Les traitements reçus au cours d'une hospitalisation ne peuvent cependant pas être pris en compte dans la totalisation des 9 séances.

Ces séances de kiné périnatale sont par ailleurs également remboursées aux indépendants (dans le cadre de l'assurance obligatoire) **pour autant que celles-ci aient eu lieu avant l'accouchement, ou, au plus tard, 10 jours après**.

### COMBIEN DE PRESTATIONS UN MEDECIN PEUT-IL PRESCRIRE EN UNE FOIS ?

Pour les affections reprises dans **les listes E ou F**, un maximum de **30 séances** peut être prescrit **en une fois**. Pour les affections **courantes**, le nombre de séances est limité à **9**.

<sup>1</sup> CAAMI-info n° 1, avril 2003, p. 2

## TARIFS DE REMBOURSEMENT

Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez les remboursements les plus fréquents<sup>2</sup>. Cette liste n'est pas exhaustive. Ces montants sont applicables depuis le **1<sup>er</sup> août 2003**.

Prestation	Honoraire	Bénéficiaire AVEC régime préférentiel <sup>3</sup>		Bénéficiaire SANS régime préférentiel			
		Prestataire AVEC ou SANS Convention		Prestataire conventionné		Prestataire NON conventionné <sup>4</sup>	
		Remboursement	Quote-part	Remboursement	Quote-part	Remboursement	Quote-part
<b>Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute (séance de 30 minutes)</b>							
Affection courante: max. 18 séances	17,33	14,30	3,03	11,27	6,06	8,46	8,87
Affection courante: 18 séances	libre <sup>5</sup>	6,97	dépend des honoraires facturés	5,49	dépend des honoraires facturés	4,12	dépend des honoraires facturés
Liste F: max. 60 séances	17,33	14,30	3,03	11,27	6,06	8,46	8,87
Liste F: > 60 séances	libre <sup>5</sup>	6,97	dépend des honoraires facturés	5,49	dépend des honoraires facturés	4,12	dépend des honoraires facturés
Liste E	15,57	14,24	1,33	12,18	3,39	9,14	6,43
Périnatal	17,33	14,30	3,03	11,27	6,06	8,46	8,87
<b>Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire (séance de 30 minutes)</b>							
Affection courante: max. 18 séances	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53
Affection courante: > 18 séances	libre <sup>5</sup>	6,76	dépend des honoraires facturés	5,07	dépend des honoraires facturés	3,81	dépend des honoraires facturés
Liste F: max. 60 séances	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53
Liste F: > 60 séances	libre <sup>5</sup>	6,76	dépend des honoraires facturés	5,07	dépend des honoraires facturés	3,81	dépend des honoraires facturés
Liste E	14,27	12,85	1,42	10,71	3,56	8,04	6,23
Périnatal	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53
<b>Prestations effectuées en résidence communautaire de personnes âgées ou handicapées (séance de 20 minutes)</b>							
Affection courante: max. 18 séances	10,47	8,38	2,09	6,29	4,18	4,72	5,75
Affection courante: > 18 séances	libre <sup>5</sup>	4,16	dépend des honoraires facturés	3,12	dépend des honoraires facturés	2,34	dépend des honoraires facturés
Liste F: max. 60 séances	9,41	7,53	1,88	5,65	3,76	4,24	5,17
Liste F: > 60 séances	libre <sup>5</sup>	4,16	dépend des honoraires facturés	3,12	dépend des honoraires facturés	2,34	dépend des honoraires facturés
Liste E	9,41	8,47	0,94	7,06	2,35	5,30	4,11
<b>Prestations effectuées auprès de bénéficiaires hospitalisés (séance de 30 minutes)</b>							
Affection courante: max. 18 séances	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53
Liste E	14,27	12,85	1,42	10,71	3,56	8,04	6,23
Périnatal	17,33	13,87	3,46	10,40	6,93	7,80	9,53

<sup>2</sup> Ce tableau mentionne le remboursement à taux normal, sauf pour les affections de la liste E, qui sont toujours remboursées à taux exceptionnel (c.-à-d. quote-part réduite).

<sup>3</sup> Les personnes bénéficiant d'un régime préférentiel sont e.a. les veuves, veufs, invalides, pensionnés et orphelins ayant de faibles revenus, les bénéficiaires d'un revenu d'intégration et les personnes handicapées qui perçoivent une allocation.

<sup>4</sup> Les tarifs de remboursement sont d'application lorsque le prestataire de soins a reconnu la convention kinésithérapeutes - organismes assureurs. Si le kinésithérapeute n'a pas accepté cet accord, l'intervention normale est diminuée de 25%.

<sup>5</sup> Lorsque le kinésithérapeute a reconnu la convention kinésithérapeutes - organismes assureurs, un montant égal à celui de ses honoraires pour les 18 ou 60 premières séances est le maximum qu'il pourra réclamer pour chaque traitement après dépassement du nombre maximum de séances.



**Avant de partir à l'étranger, contactez votre mutualité.** Vos droits dépendent de votre état de santé, de la nature des soins, du lieu de séjour et de la raison de votre séjour dans l'état où les soins sont administrés.

En matière de soins de santé, quels sont les frais remboursés par votre mutualité? Comme mentionné précédemment, la réponse à cette question dépend du pays où vous vous rendez.

Il y a 3 catégories de pays:

- les Etats membres de l'**Union Européenne**<sup>6</sup> (U.E.) et de l'**Espace Economique Européen**<sup>7</sup> (E.E.E.) ;
- les pays avec lesquels la Belgique a signé une **convention bilatérale**<sup>8</sup> ;
- les pays **sans convention** avec la Belgique<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Les pays suivants sont membres de l'Union européenne: la France, l'Espagne, le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Italie, l'Autriche, le Danemark, le Portugal, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Irlande, la Grèce, la Finlande, la Suède et la Belgique.

<sup>7</sup> L'Espace économique européen compte les mêmes pays que l'Union européenne, plus la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein.

<sup>8</sup> Une convention bilatérale est une convention conclue entre deux états. La Belgique a conclu une convention bilatérale avec les pays suivants: l'Algérie, le Maroc, la Tunisie, la Turquie, la Pologne, San Marino, la Croatie, la Serbie, Monténégro, la Macédoine, la Slovénie et la Bosnie-Herzégovine.

## ETATS MEMBRES DE L'UNION EUROPEENNE ET DE L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN

**Règle générale:** Une personne assurée dans un des Etats membres de l'U.E. ou de l'E.E.E., a droit, dans tous les autres Etats membres de l'U.E. ou de l'E.E.E., aux soins de santé **URGENTS et NECESSAIRES** et au remboursement en vigueur dans le pays où il séjourne.

Un Belge qui se rend, par exemple, en Espagne, jouit donc des mêmes droits de remboursement qu'un Espagnol. De même, qu'une personne de nationalité chinoise, **assurée en Belgique**, jouit des mêmes droits qu'un Espagnol, s'il se rend en Espagne.

Il y a **2 exceptions importantes** à cette règle générale.

• **Le Danemark** : au Danemark, cette règle générale n'est **PAS** applicable **pour une personne n'ayant pas la nationalité de l'Etat membre de l'U.E. ou de l'E.E.E. où elle est assurée**. Par exemple: pour une personne de nationalité chinoise, assurée en Belgique, cette règle générale n'est pas applicable au Danemark. Pendant son séjour au Danemark, cette personne n'aura pas droit au remboursement des soins de santé.

• La Norvège, l'Islande et le Liechtenstein: dans ces 3 pays, cette règle générale n'est pas applicable **pour une personne n'ayant pas la nationalité de l'Etat membre de l'U.E. ou de l'E.E.E. où elle est assurée**. Par exemple: pour une personne de nationalité chinoise, assurée en Belgique, cette règle générale n'est pas applicable dans ces 3 pays. Pendant son séjour en Norvège, en Islande ou au Liechtenstein, cette personne n'aura pas droit au remboursement des soins de santé.

**Remarque:** La Suisse n'étant pas membre de l'U.E. ou de l'E.E.E. a néanmoins conclu un **accord** avec l'U.E. Cet accord stipule que toute personne ayant la **nationalité** d'un Etat membre de l'U.E., en voyage en Suisse, a droit au remboursement des soins de santé.

<sup>9</sup> Ce sont tous les pays qui n'appartiennent pas à la première ou à la deuxième catégorie.

Avant de vous rendre dans l'un de ces pays, demandez un formulaire E-111 à votre office régional. N'oubliez pas de mentionner le(s) pays où vous vous rendez et pour quelle période. Attention: le formulaire E-111 pour **indépendants** n'est valable que pour une hospitalisation urgente.

#### PAYS AVEC LESQUELS LA BELGIQUE A SIGNE UNE CONVENTION BILATERALE

Si vous vous rendez dans l'un des pays avec lesquels la Belgique a signé une **convention bilatérale**, vos soins de santé seront réglés par la convention concernée. **Les termes des différentes conventions ne sont pas les mêmes**. Vos droits différeront donc en fonction du pays où vous vous rendez.

**Avant de partir, nous vous conseillons de contacter votre office régional**. Notre personnel vous donnera volontiers davantage d'informations sur la convention signée avec ce pays.

#### LES PAYS SANS CONVENTION AVEC LA BELGIQUE

**En principe**, les soins dispensés dans les **pays hors E.E.E.** et avec lesquels la Belgique n'a pas signé de convention **ne sont pas remboursés** par l'assurance maladie-invalidité.

Il existe cependant des **exceptions** qui rendent possible le remboursement de certains soins.

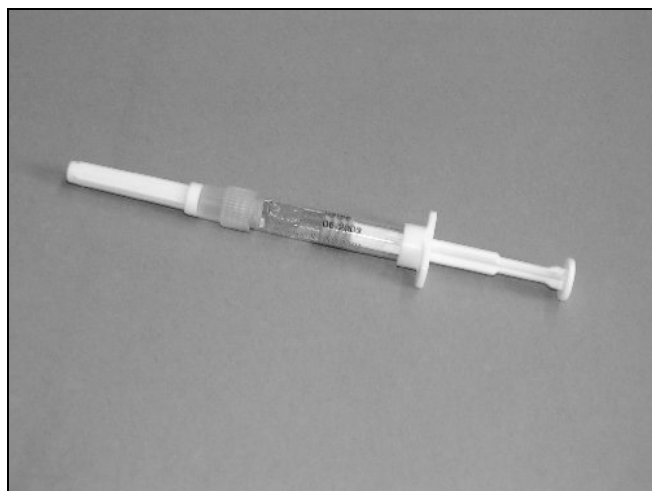
- en cas **d'hospitalisation urgente** ;
- si le **médecin-conseil** a **autorisé** les soins dans un état particulier.

Il existe d'**autres exceptions**. Votre office régional vous donnera volontiers davantage d'informations.

Les remboursements s'effectueront toujours exclusivement au tarif belge<sup>10</sup>.

N'oubliez pas de demander une facture reprenant tous les détails des soins donnés au prestataire de soins. Conservez bien cette facture et remettez-la à votre office régional.

## N'OUBLIEZ PAS VOTRE VACCIN CONTRE LA GRIPPE!



Chaque année, le virus de la grippe touche environ 100 millions de personnes. Les personnes âgées sont les plus exposées à des complications graves ou même mortelles.

#### QUI PEUT SE FAIRE VACCINER?

Toute personne qui le souhaite peut se faire vacciner contre la grippe. Toutefois, **sur prescription médicale uniquement**, certaines catégories de personnes ont droit à un **remboursement partiel du vaccin de la part de leur organisme assureur**. Les personnes qui remplissent une des conditions suivantes ont droit à ce remboursement :

- Patient de **plus de 65 ans** ;
- Patient souffrant d'une **affection cardiaque ou vasculaire** ;
- Patient souffrant d'une **affection pulmonaire** ;
- Patient **diabétique** ;
- Patient régulièrement en **contact avec des personnes à risque** (par ex. le personnel des homes).

#### QUAND FAUT-IL SE FAIRE VACCINER?

Il est préférable de se faire vacciner en **septembre** ou en **octobre**. Si l'on attend trop longtemps, le virus de la grippe est peut-être déjà actif.

<sup>10</sup> Si vous payez 2500 EUR pour une prestation médicale aux E.U., alors que cette même prestation n'aurait coûté que 500 EUR en Belgique, votre droit au remboursement est calculé sur base de la prestation en Belgique, donc sur les 500 EUR, en d'autres termes, le remboursement a lieu comme si les soins avaient été prodigués en Belgique.

## MODIFICATION DU REMBOURSEMENT DES SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

Depuis le **1er juillet 2003**, les remboursements de soins infirmiers à domicile ont été adaptés pour mieux répondre aux attentes des patients. La nomenclature des soins à domicile a été revalorisée. Une plus grande attention est à présent accordée à l'autogestion des diabétiques.

### AUTOGESTION POUR LES PATIENTS DIABETIQUES

Grâce à un **programme de soins de 5 heures**, le diabétique apprend à effectuer lui-même ses injections d'insuline (**autogestion**) et à bien respecter une **hygiène de vie**. La formation est donnée par un **infirmier relais**. Cet infirmier tient également un **dossier** à jour.

Cette mesure s'applique aux **diabétiques non bénéficiaires** (+/- 40.000) **de la convention de rééducation en matière d'autogestion**.

**Attention: seuls les patients dont un traitement chronique à l'insuline a débuté à partir du 1<sup>er</sup> avril 2003, entrent en considération pour l'autogestion.**

Pour les patients diabétiques qui ne peuvent s'administrer eux-mêmes leurs injections, **l'infirmier référent** peut **attester un honoraire de suivi pour l'accompagnement**. Cela vaut pour **tous** les patients diabétiques.

Comme nous vous l'avions annoncé dans notre précédent numéro, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2003, les patients diabétiques peuvent demander à leur médecin la prescription d'un **passport du diabète**. Cette nouvelle mesure concernant les infirmiers en est un complément. En outre, il est vivement conseillé aux patients qui ne possèdent pas encore de **passport du diabète**, d'en demander un à leur médecin.

### SOINS A PRODIQUER AUX PATIENTS ATTEINTS DE PLAIES

Depuis le 1er juillet 2003, de nouveaux remboursements deviennent possibles pour **les soins à prodiguer aux patients atteints de plaies**.

Distinction de terminologie entre différents types de plaies:

- les plaies **spécifiques** ;
- les plaies **complexes** ;
- les plaies **simples**.

Pour les soins à prodiguer aux patients souffrant de plaies spécifiques, l'infirmier **relais** peut demander un honoraire forfaitaire pour une visite ou un avis. Ceci, uniquement sur demande de l'infirmier référent. En outre, l'infirmier relais doit établir un rapport à l'attention du médecin prescripteur de soins.

### AUTRES PRESTATIONS

Il faut tenir compte de nouveaux remboursements pour le remplacement de *l'héparjet* pour les cathéters à demeure.

Les codes pour l'administration des médicaments à injecter se définissent autrement: ils sont scindés selon le type d'administration (par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique).

Votre infirmier ou votre office régional peut vous transmettre davantage d'informations sur la nouvelle réglementation pour les soins infirmiers.

## QUELS SONT VOS DROITS EN TANT QUE PATIENT?

Peut-on m'opérer sans mon consentement? Mon médecin doit-il me donner toute l'information? Une personne dont la présence n'est pas strictement nécessaire peut-elle assister à un traitement ou à un examen sans mon consentement?

Depuis le 6 octobre 2002, il existe une loi qui établit clairement les droits du patient. Cette loi devrait aboutir à **une meilleure relation entre le patient et le prestataire de soins**. Dans la brochure "**Vos droits de patient**", vous trouverez des réponses à ces questions ainsi qu'à bien d'autres questions. Vous pouvez vous procurer cette brochure auprès de votre office régional. Vous pouvez aussi consulter le document internet à l'adresse suivante : <http://www.health.fgov.be/vesalius/factory/news/DROITPATIENT/default.htm>.