

## CONTENU

Focus sur l'office régional du Brabant - Interview de Katty De Beule	p. 1
Votre facture hospitalière	p. 2
Fin de la validité de certaines cartes SIS	p. 3
La fécondation in vitro est désormais remboursée	p. 4
Pourquoi faut-il toujours effectuer une déclaration d'accident?	p. 5
Nouveau statut social pour les accueillant(e)s d'enfants	p. 6

## FOCUS SUR L'OFFICE REGIONAL DU BRABANT INTERVIEW DE KATTY DE BEULE

**Vous connaissez vraisemblablement la CAAMI à travers le bureau de votre propre région (votre "office régional"). Nous commençons notre tournée à travers la Belgique par le bureau de Bruxelles. Plus de 20 pour cent de nos membres sont affiliés auprès de ce bureau. Un entretien avec Katty De Beule, l'administratrice régionale.**

### *Qu'est-ce qui vous plaît dans votre fonction?*

J'aime travailler avec l'équipe enthousiaste de notre office régional, qui se tient entièrement à la disposition de nos membres.

### *Les assurés de votre office régional ont un profil très multiculturel? Quelles nationalités sont les mieux représentées?*

Conformément à la législation linguistique, l'office régional du Brabant est officiellement bilingue. Nos membres sont donc officiellement accueillis en français et en néerlandais.

Notre office régional compte au total des assurés de 119 nationalités différentes. Les plus représentés sont les Belges (38%), les Marocains (18%), les Espagnols (8%), les Turcs (5%) et les Italiens (4%). Cette multiculturalité et cette diversité constituent un défi. Certains collaborateurs parlent l'une de ces langues, ce qui facilite le contact direct. De cette manière, de nombreux dossiers peuvent être traités plus efficacement.



De gauche à droite :

I. Demets, C. Koch, V. Huygh, K. De Beule, C. Poulaint, F. Benseddiq

### *A quoi, selon vous, la CAAMI doit-elle consacrer une attention particulière?*

Une première priorité est le respect de la législation relative à l'assurance maladie-invalidité. Il est également très important que tous les collaborateurs prennent conscience du rôle social qu'ils accomplissent. Les membres doivent être correctement accueillis, les dossiers doivent être traités en profondeur et les paiements doivent être effectués à temps et correctement. Nous faisons de notre mieux pour informer le plus possible nos membres, entre autres, à l'aide de cette revue et de notre brochure "Faites connaissance avec la CAAMI. Avantages et remboursements.", que nos membres peuvent demander gratuitement.

# VOTRE FACTURE HOSPITALIERE

**Il n'est pas toujours évident de bien comprendre la facture hospitalière. Comment les frais de séjour ont-ils été calculés? Les suppléments demandés pour la chambre et les honoraires sont-ils justifiés? Les forfaits portés en compte sont-ils légaux?**

Dans notre exemple, Madame Marie Dupont a été hospitalisée pour une intervention chirurgicale le 27 novembre 2003. Elle a choisi une chambre individuelle. Elle a quitté l'hôpital le 24 décembre.

## FRAIS DE SEJOUR

Tous les frais directement liés au séjour dans l'hôpital font partie des frais de séjour. Quelques exemples: logement, charges salariales, matériel hospitalier, petit matériel médical...

En ce qui concerne les frais de séjour, une distinction est faite entre l'**hospitalisation avec nuitée**, l'**hôpital de jour chirurgical** et l'**hospitalisation de jour**.

### • Hospitalisation avec nuitée et hôpital de jour chirurgical

La première rubrique indique le montant total des frais de séjour. Ceci prête souvent à confusion. Le calcul de ce montant ne se retrouve en effet pas sur la facture, mais il est basé sur différents critères techniques. **80 %** des frais de séjour **sont payés par la CAAMI** (via "acomptes mensuels"). Les **20 %** restants comprennent le **montant de l'admission** et les **montants journaliers** (la partie variable). Ces montants peuvent varier en fonction de l'hôpital.

Ils sont mentionnés sous la rubrique « A charge de la mutuelle ».

Lorsqu'il s'agit d'une **hospitalisation classique** ou d'un **hôpital de jour chirurgical**, le montant par admission et les montants par jour sont portés en compte. Lors d'une **hospitalisation de jour**, un montant forfaitaire, lié au type de prestation, est porté en compte de l'office régional.

Une rubrique spéciale intitulée « A titre informatif » reprend les montants à charge de l'office régional et ce que vous devez payer vous-même. Dans l'exemple, les frais de séjour totaux s'élèvent à 17.510,64 EUR; de ce montant, le patient doit payer 371,95 EUR lui-même.

Les frais de séjour à charge du patient comprennent 3 aspects.

### • Quote-part personnelle

**Ce montant, fixé par la loi**, varie en fonction de votre statut et de la durée de l'hospitalisation. **La plupart des affiliés paient ainsi 39,58 EUR pour le premier jour et 12,31 EUR du deuxième au neuvième jour. Vous trouverez un aperçu complet dans la brochure de la CAAMI disponible dans les offices régionaux.**

Il n'y a pas de quote-part personnelle pour l'hôpital de jour chirurgical et l'hospitalisation de jour.

EXTRAIT NOTE D'HOPITAL				
Destiné au bénéficiaire			N° de dossier: 1234567	
Madame Marie Dupont Rue du Trône 30 1000 Bruxelles			Période d'hospitalisation: du 27/11/2003 à 13:00h au 24/12/2003 à 11:00h	
1. Frais de séjour	Nombre de jours	A charge de la mutuelle	A charge du patient	
			Quote-part personnelle	Supplément chambre
Montant par admission		251,25		
Montant par jour				
27/11/03 - 28/11/03	1	9,84	39,58	518,00
28/11/03 - 24/12/03	27	1.001,97	332,37	
<b>A titre informatif: le montant total de votre séjour s'élève à 17.510,64 EUR. Une partie de ces frais est directement payée par votre mutuelle à l'hôpital: d'une part via les avances mensuelles et d'autre part via le paiement du montant précité par admission et par jour. Votre contribution personnelle à ces frais se monte à 371,95 EUR.</b>				
Forfait médicaments	28		17,36	
Total partiel frais de séjour		1.263,06	389,31	518,00

## SUPPLEMENT CHAMBRE

Les **suppléments chambre** demandés pour la chambre **varient en fonction du type de chambre** choisi (chambre individuelle, chambre à deux lits ou chambre commune).

L'hôpital ne peut exiger **aucun supplément** si vous avez opté pour une **chambre commune**. Si vous choisissez une **chambre à deux lits**, le montant que vous devez payer en plus de la quote-part personnelle s'élève à **19,34 EUR** maximum par nuit.

Le **supplément à payer pour une chambre individuelle** peut être fixé librement par l'hôpital. En outre, si vous choisissez une chambre individuelle, les médecins peuvent demander un **supplément d'honoraires**

## FORFAIT MEDICAMENTS REMBOURSABLES

Pour les **médicaments remboursables** (catégories A, B, C, Cs et Cx), la **quote-part personnelle est de 0,62 EUR par jour de séjour**. Ce montant forfaitaire est fixé par la loi et sera porté en compte que vous ayez ou non déjà utilisé de tels médicaments. Les médicaments remboursables que vous utilisez habituellement sont à charge de l'office régional.

## ACOMPTE

L'hôpital peut demander un **acompte**. Les **montants maximum** existent à cet effet (voir le tableau ci-dessous). L'hôpital peut vous demander un autre acompte par nouvelle période de séjour de 7 jours. L'acompte doit être déduit de la facture totale. Demandez donc toujours un **reçu!**

**L'hôpital ne peut refuser votre admission**, même si vous ne pouvez pas payer l'acompte. Dans ce cas, vous vous verrez attribuer une chambre commune.

Assuré	Chambre commune	Chambre 2 et 1 personne(s)
Assuré normal	150 EUR	150 EUR + montant égal à max. 7x le supplément pour la chambre
Assuré bénéficiaire de l'intervention majorée	75 EUR	75 EUR + montant égal à max. 7x le supplément pour la chambre
Enfants et personnes à charge d'un assuré normal	75 EUR	75 EUR + montant égal à max. 7x le supplément pour la chambre

## FIN DE LA VALIDITE DE CERTAINES CARTES SIS

Les cartes SIS, dont la validité expire dans le courant de l'année 2003, ne seront plus acceptées par les pharmaciens et hôpitaux à partir du 1er janvier 2004. La date de fin de validité figure en bas à droite de la carte SIS.

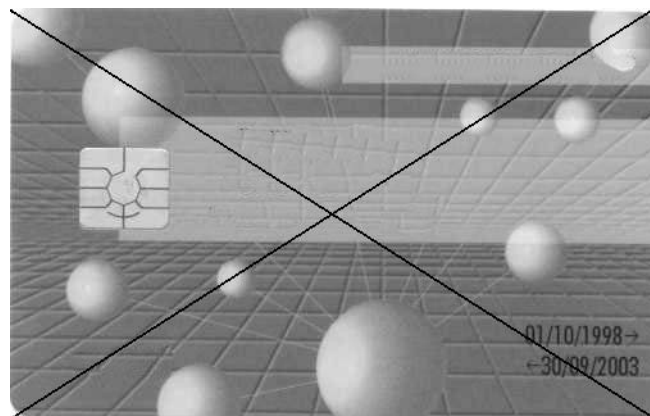
Ci-contre, vous trouverez une photo d'une ancienne et d'une nouvelle carte SIS.

### ANCIENNE CARTE SIS (VOIR PHOTO CI-CONTRE)

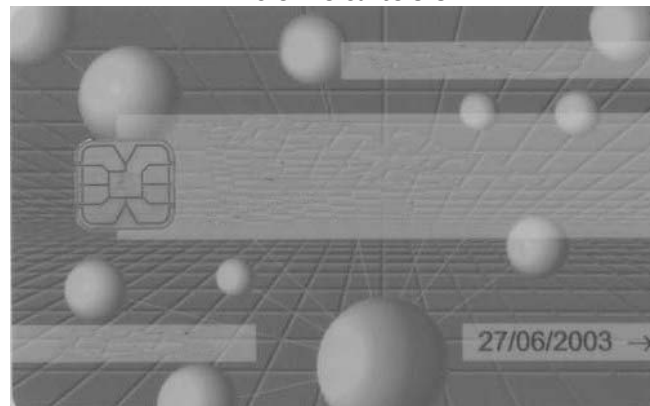
Sur les **anciennes cartes SIS** figurent **deux dates** en bas à droite: une date de début (par ex. 01 /10/1998→) et une date de fin (par ex. ←30/09/2003). Si vous êtes toujours en possession d'une ancienne carte SIS, **qui expire en 2003 (!) et que nous n'avez pas encore reçu votre nouvelle carte**, veuillez contacter votre office régional.

### NOUVELLE CARTE SIS (VOIR PHOTO CI-CONTRE)

Sur la **nouvelle carte SIS**, il n'y a plus **qu'une date** en bas à droite: la date de début (par ex. 27/06/2003→). Si votre carte SIS ressemble à celle-ci, alors vous avez déjà reçu votre nouvelle carte et vous ne devez plus rien faire.



**Ancienne carte SIS**



**Nouvelle carte SIS**

# LA FECONDATION IN VITRO EST DESORMAIS REMBOURSEE

## UN PEU D'HISTOIRE ET D'ACTUALITE...

En 1978, Louise Brown, le premier bébé éprouvette de l'histoire, voit le jour en Angleterre. Ses parents furent les pionniers d'une nouvelle génération de couples qui, toujours plus nombreux, opteront pour les techniques de la **fécondation in vitro**<sup>1</sup> (FIV).

Actuellement, en Belgique, nous pouvons dénombrer environ 4000 demandes par année.

## POURQUOI LA FIV ?

Si à l'heure actuelle plus de couples sollicitent une FIV, c'est entre autres dû à l'évolution de notre société. En effet, la scolarisation prolongée, la recherche d'un emploi stable et du confort matériel, le stress journalier etc. poussent les gens à postposer sans cesse l'âge de la procréation, ce qui en général réduit les chances de fécondation naturelle.

La pollution toujours croissante de notre environnement constitue également un facteur responsable d'infertilité.

## QUE REPRESENTE UN BUDGET LABO FIV?

Actuellement, **le prix par tentative de FIV** (uniquement le travail en laboratoire) **est d'environ 1250 EUR (mais peut monter jusqu'à 1600 EUR)**. Toutes les tentatives n'aboutissent pas nécessairement à une naissance. Malheureusement, on dénombre encore **60% d'insuccès par essai!**

## QU'Y A-T-IL DE NEUF DEPUIS LE 1<sup>ER</sup> JUILLET 2003 ?

**Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003, un financement des frais de labo FIV est désormais octroyé aux patientes qui sollicitent et justifient leur demande d'insémination artificielle.**

Par contre, **les tickets modérateurs pour les consultations et médicaments hormonaux** (300 à 500 EUR) **restent à charge des demandeurs.**

Cette nouvelle mesure vise à sécuriser et à fiabiliser au maximum les nouvelles tentatives d'insémination artificielle. En effet, on optimise les chances d'aboutissement du « traitement » tout en limitant les risques de grossesses multiples ainsi que les nombreux **inconvenients et/ou accidents pouvant découler d'une FIV.**

<sup>1</sup> **Fécondation in vitro**, définition: la FIV (encore appelée « technique du bébé éprouvette » ou « insémination artificielle ») est une technique médicale qui consiste à provoquer une fécondation (apparition d'un embryon vivant) dans un milieu artificiel (laboratoire médical).

Le principe consiste à mettre en présence (en éprouvette) un spermatozoïde (cellule mâle ou cellule séminale) avec un ovule (cellule femelle ou gamète) afin de tenter de produire la vie (fécondation).

Pendant la tentative de F.I.V., des praticiens appliquent un traitement hormonal à la mère de manière à provoquer le maximum de conditions de fécondité.

Enfin, lorsque la fécondation se produit en laboratoire, le gynécologue implante l'embryon (implantation in vivo), dans l'utérus de la mère.

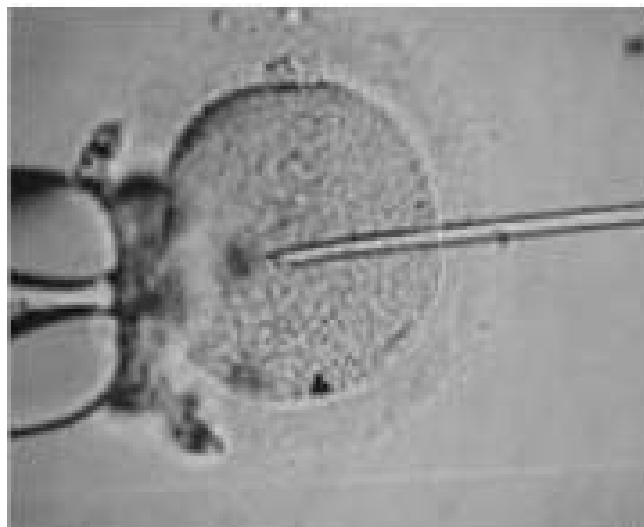


Photo: LIFE Leuven (dr. S. Gordts et dr. R. Campo)

## OBJECTIFS DE CE FINANCEMENT ?

Les remboursements, les avantages liés à une meilleure gestion des FIV et la nouvelle transparence tarifaire devraient permettre l'accessibilité à cette technique à un plus large public aux revenus plus modestes sans suppléments.

## CONDITIONS ?

**L'intervention de 1.182 EUR par cycle<sup>2</sup> de FIV est en principe octroyé aux femmes en tenant compte des conditions suivantes:**

- ne pas avoir atteint l'âge de 43 ans;
- ne pas dépasser le nombre de 6 cycles;
- se rendre obligatoirement dans un des 18 centres FIV agréés<sup>3</sup>.

## DEMARCHE...

La patiente qui remplit toutes les conditions mentionnées dans le paragraphe ci-dessus, peut théoriquement accéder au financement de sa/ses FIV en **s'adressant à un gynécologue des 18 centres de fécondation agréés. Ce praticien se chargera de compléter le dossier de motivation de la candidate qui le remettra à l'office régional.**

Lorsque le dossier aura été soumis au médecin-conseil, la patiente recevra le formulaire intitulé « **Remboursement des coûts de laboratoire pour la médecine reproductive** ». Ce document sera remis au gynécologue et au responsable de laboratoire pour être complété après chaque cycle de FIV.

<sup>2</sup> **Cycle de F.I.V.:** on entend par cycle, l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination d'ovules au moyen de F.I.V.

<sup>3</sup> Vous pouvez demander une **liste des centres FIV agréés** à votre office régional.

# POURQUOI FAUT-IL TOUJOURS EFFECTUER UNE DECLARATION D'ACCIDENT?



Un accident est un **événement imprévu qui cause des dommages ou des blessures**.

L'assurance maladie ne procède aux remboursements que **s'ils ne sont pas dus par une autre personne responsable** (un "tiers"). Il s'agit d'indemnités d'**incapacité de travail** et d'interventions en matière de **soins de santé**.

## QUELLES SONT LES INTERVENTIONS POSSIBLES ?

**Dans votre intérêt** et sur base de la déclaration d'accident, votre office régional vérifie si:

- il accorde une **intervention provisoire** dans l'attente du dédommagement par le tiers responsable (par exemple si la compagnie d'assurance conteste les dommages);
- il n'accorde **pas d'intervention** (par exemple si une compagnie d'assurance prend en charge tous les dommages);
- il accorde **une intervention** (ex. 1: lors d'une chute dans l'escalier du domicile où aucun tiers n'est impliqué; ex. 2: si la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, par ex. si vous percutez une voiture à l'arrêt);

- il accorde une **intervention partielle** (le remboursement définitif par le tiers responsable est inférieur à l'assurance maladie: notre assuré a droit à la différence à charge de l'assurance maladie).

## PENSEZ-Y

- Si vous êtes victime d'un accident de la circulation
- Si vous êtes victime d'une bagarre
- Si vous vous faites renverser en tant que piéton
- En cas d'accident de travail
- En cas d'accident sur le chemin du travail
- En cas de dommages corporels causés par les biens ou les animaux d'un tiers

ou pour **toute forme d'accident**, contactez **immédiatement** votre administrateur régional.

Complétez soigneusement la déclaration d'accident!

## FERMETURE DES GUICHETS PENDANT LA PERIODE DE FIN D'ANNEE !

Pendant la période de fin d'année, les **guichets** de votre office régional seront **fermés du 25 décembre 2003 au 2 janvier 2004 inclus!**

# NOUVEAU STATUT SOCIAL POUR LES ACCUEILLANT(E)S D'ENFANTS

## QUE SE PASSE-T-IL DEPUIS LE 1<sup>ER</sup> AVRIL 2003 ?

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003, les accueillant(e)s d'enfants ont droit officiellement à leur protection sociale personnelle qui leur permettra de faire face aux importantes variations d'indemnités propres à leur activité.

En outre, ce nouveau statut devrait particulièrement bien convenir aux isolés.

## QUELS SONT LES AVANTAGES D'UNE TELLE COUVERTURE SOCIALE ?

Celles et ceux qui accèdent à ce statut, se voient octroyés de nombreux droits:

- **remboursement de soins de santé** selon la nomenclature en vigueur (frais de médecin, kinésithérapeute, dentiste, médicaments...);
- **indemnités en cas de maladie, d'invalidité...**;
- **indemnités pour inoccupation partielle**<sup>4</sup> lorsqu'un ou plusieurs enfants sont absents pour des raisons indépendantes de la volonté de l'accueillant;
- **revenu de remplacement en cas de repos de maternité**;
- **primes de naissance, aux allocations familiales et aux primes d'adoption**;
- **allocations funéraires**;
- **pension de repos ou de survie.**

## QUELLES DEMARCHES FAUT-IL ACCOMPLIR POUR POUVOIR BENEFICIER DES AVANTAGES DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ?

Vous devez vous procurer une **attestation**, délivrée par le service agréé, certifiant que vous êtes bien le parent d'accueil et la remettre à la CAAMI ou à une mutualité.

## Y A-T-IL UN STAGE D'ATTENTE DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE MALADIE ?

Normalement, après l'inscription auprès de votre office régional, le **droit aux prestations de santé est IMMEDIATEMENT accordé et maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année suivante.**

Toutefois, **en ce qui concerne les droits aux revenus de remplacement, un stage d'attente de 6 mois est en principe requis** (ouverture des premiers dossiers: 1<sup>er</sup> octobre 2003).

## QUELLES CONDITIONS FAUT-IL REMPLIR POUR AVOIR DROIT AUX REMBOURSEMENTS DES PRESTATIONS DE SANTE ?

Les accueillant(e)s ont droit à des remboursements des prestations de santé **seulement s'ils ou elles ont payé suffisamment de cotisations sociales**, ce qui est le cas quand les accueillant(e)s atteignent un revenu annuel fictif de 4.652,08 EUR.

## QUELLES SONT LES INDEMNITES EN CAS DE MALADIE, D'INVALIDITE ET DE MATERNITE ?

En général, les chiffres suivants sont à appliquer pour les indemnités des accueillant(e)s ayant un statut assimilé aux salariés.

- En incapacité primaire: 60%, 55%
- En invalidité: 65%, 50%, 40%
- En repos de maternité: 82% et 75%

Ces pourcentages sont à appliquer sur les revenus déclarés à l'ONSS en tenant compte d'un montant journalier maximum et le cas échéant minimum<sup>5</sup>.

**Pour rappel: afin d'avoir droit à leurs indemnités, les personnes concernées doivent déclarer leur incapacité de travail au plus tard le deuxième jour calendrier après le début de l'incapacité de travail.**

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES ?

Le cas échéant, de plus amples renseignements peuvent être obtenus à la CAAMI ou à l'adresse ci-dessous:

**Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)**<sup>6</sup>  
Chaussée de Charleroi 95 B  
1060 Bruxelles  
Tél. 02/542 15 71  
info@one.be  
www.one.be

<sup>5</sup> Source [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be): chercher sous: *les assurés sociaux; les indemnités; montants; à partir du 1<sup>er</sup> avril 2003.*

<sup>6</sup> Voici les données de contact pour la Communauté flamande et la Communauté germanophone.

**Communauté flamande :**  
Kind & Gezin  
Halleepoortlaan 27  
B-1060 Brussel  
Tél. 02/533 12 11  
kinderopvang@kindengezin.be  
www.kindengezin.be

**Communauté germanophone :**  
Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft  
Abteilung Familie, Gesundheit und Soziales  
Hostert 22  
B-4700 Eupen  
Tél. 087/59 63 00  
Fax 087/55 64 73

<sup>4</sup> S'élève normalement à 50% des revenus habituellement perçus et ceci durant une période maximale de 4 semaines. Les indemnités sont réglées par l'Office National de l'Emploi (ONEM) via la Caisse Auxiliaire de Paiement d'Allocations de Chômage (CAPAC) ou le syndicat.