

België—Belgique
PB—PP
Gent X
BC 6739

ECRIT PERIODIQUE
Autorisation
de fermeture
Gent X
N° BC 6739

CAAMI-info

janvier-février 2006

Enquête sur l'appréciation du service: résultats

Editeur responsable:
Joël Livyns
Administrateur général

Adresse expéditeur:
Rue du Trône 30A
1000 Bruxelles

Tél. 02/229.35.00
Fax 02/229.35.58
www.caami.be
info@caami-hziv.fgov.be

Bureau de dépôt Gent X
Cette revue paraît
bimestriellement
Année de parution 4 - numéro 1
Rédacteur en chef: Kristof Eelen

Contenu

p.1 Enquête sur l'appréciation
du service: résultats

p.2 Convention d'autogestion
du diabète

p.2 Réforme du système
d'assurance maladie
aux Pays-Bas

p.3 Le Fonds Spécial
de Solidarité

p.4 Tarifs des médecins
à partir du
1^{er} février 2006

Au printemps 2005, l'Université de Gand (Dries Verlet, Carl Devos et cons.) a soumis les membres de la CAAMI à une enquête approfondie, menée dans le cadre du 50^e anniversaire de la CAAMI. En vous interrogeant, nous voulions savoir **pourquoi vous vous êtes affiliés à la CAAMI et quel est votre degré de satisfaction par rapport à nos services**. Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé à ce sondage.

L'enquête a été adressée à un panel de 4000 membres de la CAAMI, répartis sur l'ensemble de la Belgique. La sélection des participants à l'enquête s'est faite de manière totalement arbitraire. Toutes les catégories de membres étaient proportionnellement représentées. En fin de compte, 689 membres ont complété le questionnaire. Sur la base des données de ce groupe, nous sommes en mesure de tirer des conclusions valables pour l'ensemble des membres de la CAAMI.

Il ressort de l'analyse que de nombreux membres de la CAAMI se sont affiliés sur les conseils d'un parent ou d'un ami. Environ 80% des membres ont déclaré qu'ils n'envisageaient pas de changer de mutuelle. Interrogés sur les raisons principales de leur affiliation, les membres ont désigné le faible coût d'affiliation comme étant leur motivation principale.

Nous avons aussi demandé à nos membres s'ils étaient satisfaits de nos services.

Vous êtes globalement très satisfaits, surtout en ce qui concerne le coût d'affiliation et l'amabilité de notre personnel. Nous avons d'ailleurs le plaisir de vous informer que cette année, nous pourrions encore maintenir la cotisation annuelle pour la responsabilité financière à 2,25 EUR.

Vous êtes un petit peu moins satisfaits des heures d'ouverture et de l'accessibilité de nos offices. La CAAMI a donc décidé de mener



Joël Livyns

une étude sur la répartition géographique de ses offices afin d'identifier les régions où les besoins sont les plus élevés.

Le service, la clarté des informations et l'amabilité du personnel de la CAAMI sont les aspects auxquels vous attachez le plus d'importance.

Dans le cadre de notre nouveau contrat d'administration, nous nous attacherons tout particulièrement à la qualité des services qui vous sont fournis. Si vous avez des suggestions ou des commentaires, n'hésitez pas à nous écrire ou à nous envoyer un courriel à info@caami-hziv.fgov.be !

Vous pouvez consulter les résultats complets de l'enquête sur notre site www.caami.be.

Joël Livyns
Administrateur général

Convention d'autogestion du diabète

La convention d'auto-surveillance glycémique permet aux patients diabétiques d'être remboursés de leur matériel (tigarettes, appareil) et d'être encadrés dans leur autocontrôle du diabète.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, cette convention a été modifiée. Ces mesures ont été prises pour assurer une meilleure prise en charge des patients diabétiques par leur centre de rééducation et par leur médecin généraliste.

Qui est concerné par ces modifications?

Ces changements touchent les patients du groupe 3 défini par la convention comme étant ceux **qui reçoivent au moins 2 injections d'insuline quotidiennes, réalisant 2 courbes de glycémie journalière par semaine ou 30 mesures de glycémie par mois** pour assurer la surveillance et le contrôle du diabète.

La nouvelle convention divise le groupe 3 en deux:

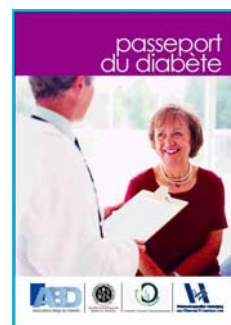
- le **groupe 3a** (les diabétiques de type 2);
- le **groupe 3b** (les diabétiques de type 1 transplantés, patients présentant des hypoglycémies organiques, les diabétiques gestationnels et les dialysés rénaux traités avec deux injections d'insuline par jour).

Les seuls concernés par les modifications sont les personnes du groupe 3a. Un courrier personnel vous a été envoyé en décembre 2005 si vous étiez concerné par ces changements.

Que faire pour rester bénéficiaire?

Si vous désirez rester encadré pour la surveillance et le contrôle de votre diabète et que vous voulez rester remboursé de votre matériel de contrôle glycémique, alors vous devrez avoir un **Dossier Médical Global** et un **passport du diabète**.

- Vous pouvez obtenir un **Dossier Médical Global** auprès de votre médecin généraliste. Cette visite vous coûtera 22 EUR. Votre office régional vous remboursera intégralement.
- Vous pouvez obtenir le **formulaire** de demande d'un **passport du diabète** auprès de votre médecin généraliste. Portez ce formulaire à votre office régional. Vous y recevrez alors votre passeport.



Dans le cadre du suivi de votre diabète, vous devrez également consulter votre médecin généraliste deux fois par an.

Réforme du système d'assurance maladie aux Pays-Bas

L'entrée en vigueur de la nouvelle loi relative à l'assurance soins de santé aux Pays-Bas a entraîné la disparition de la distinction entre l'assurance mutualiste, d'une part, et l'assurance privée ou publique, d'autre part. Depuis le 1^{er} janvier 2006, il n'existe plus qu'une assurance de base obligatoire pour chacun.

Sur base d'un document européen, tout le monde peut à présent demander son inscription à la CAAMI (les personnes anciennement affiliées à une assurance mutualiste ainsi que celles assurées par le biais d'une assurance privée ou de droit public). Ainsi, les Pays-Bas peuvent entre autres délivrer un formulaire E-106, E-109 ou E-121 afin qu'on puisse, en Belgique, bénéficier de l'assurance soins de santé (à charge des Pays-Bas).

Cette réforme a également des conséquences importantes pour les membres de la famille de travailleurs frontaliers, de même que pour les personnes retraitées et les membres de leur famille qui, jusqu'au 31 décembre 2005 étaient assurés particuliers ou bien inscrits auprès d'un organisme assureur belge comme résidents à charge de la Belgique.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les personnes de ce dernier groupe ne satisfont plus aux conditions imposées pour demeurer inscrites en qualité de résident. En effet, elles peuvent bénéficier conventionnellement de soins médicaux à charge des Pays-Bas. L'assureur soins de santé néerlandais ou le Collège des assurances de soins de santé (*College voor zorgverzekeringen – CVZ*), délivrera les documents nécessaires pour pouvoir continuer à bénéficier en Belgique de soins de santé à charge des Pays-Bas.

Si vous êtes concerné, nous vous conseillons de contacter le plus rapidement possible votre office régional ou de vous mettre directement en rapport avec l'assureur soins de santé néerlandais ou avec le CVZ. Le CVZ peut en effet imposer une amende en cas d'inscription **après le 30 avril 2006**.

Vous pouvez contacter le CVZ à l'adresse suivante (de préférence par e-mail):

College voor zorgverzekeringen, postbus 320,
NL-1110 AH Diemen, Nederland

Tél.: (0031) (0)20/797.85.55

Fax: (0031) (0)20/797.85.00

infoabzvw@cvz.nl - www.cvz.nl

Plus d'infos? www.denieuwezorgverzekering.nl

Le Fonds Spécial de Solidarité

L'assurance maladie belge couvre la plupart des frais de soins de santé, mais ne prend pas en charge tous les frais. En ce qui concerne certaines prestations, l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) ne prévoit en effet encore aucun remboursement.

Dans certains cas, le **Fonds Spécial de Solidarité** peut intervenir dans ces frais. Il n'existe pas de liste de prestations qui peuvent entrer en ligne de compte. De grandes différences sont possibles selon la situation.



Qui a droit à une intervention?

Une intervention peut être accordée en cas:

- d'indications rares;
- d'affections rares;
- d'affections rares pour lesquelles des soins continus et complexes sont nécessaires;
- de techniques médicales innovantes;
- de traitement médical d'**enfants malades chroniques** de moins de 19 ans (depuis le 1er avril 2005).

De plus, chaque demande doit répondre à **chacune** des conditions suivantes:

- le coût de la prestation doit être élevé;
- la prestation doit être accordée pour le traitement d'une affection mortelle;
- il ne peut y avoir aucune alternative dans l'assurance obligatoire;
- la prestation doit être prescrite par un spécialiste autorisé à exercer la médecine en Belgique.

Quels sont les «enfants malades chroniques»?

Seuls les enfants souffrant d'un cancer, d'une insuffisance rénale ou d'une autre maladie menaçant la vie qui exige un traitement de plus de 6 mois, sont considérés comme «malades chroniques».

Pour cette catégorie, vous pouvez faire appel au Fonds Spécial de Solidarité si les conditions suivantes sont remplies:

- les frais supplémentaires (tickets modérateurs et suppléments à charge du patient) doivent s'élever au minimum à 650 EUR par an;
- il ne peut y avoir aucune alternative;
- les prestations doivent être efficaces et scientifiquement reconnues;
- le traitement doit avoir été prescrit par un spécialiste autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Les frais pour traitement ambulatoire tout comme les suppléments lors d'une hospitalisation sont pris en considération.

Attention: il doit bien s'agir de frais pour **soins de santé**. La location d'un lit, le supplément pour une chambre individuelle ou les honoraires ne sont par exemple pas remboursés.

Soins prodigués à l'étranger?

Dans certains cas, le Fonds Spécial de Solidarité peut intervenir dans les frais de soins de santé prodigués à l'étranger et dans les frais de voyage ou de séjour du patient et de la personne qui l'accompagne.

Afin de pouvoir bénéficier du remboursement, les soins ne peuvent pas être dispensés en Belgique et le médecin conseil doit **au préalable** marquer son accord.

Comment introduire une demande?

Contactez votre office régional pour qu'il vous aide à rassembler les pièces justificatives nécessaires pour établir votre dossier.

Attention: vous pouvez introduire votre demande **jusqu'à 3 ans après la prestation**. Toute demande tardive sera automatiquement refusée.

Tarifs des médecins à partir du 1^{er} février 2006

Consultations au cabinet d'un médecin généraliste

Code	Prestation	Vous payez	On vous rembourse	
			Assuré normal	Intervention majorée ¹
101010	Consultation du médecin généraliste avec droits acquis Avec DMG ²	12,86	9,01 10,17	11,86 12,16
101032	Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé Avec DMG ²	17,81	12,47 14,08	16,43 16,85
101076	Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé accrédité Avec DMG ²	20,44	15,10 16,71	19,06 19,48
102771	Elaboration ou prolongation DMG ² par un médecin généraliste agréé	22,00	22,00	22,00

Visite par un médecin généraliste

Code	Prestation	Vous payez	On vous rembourse					
			Moins de 10 ans		De 10 à 75 ans		Plus de 75 ans ou malade chronique	
			Assuré normal	Intervention majorée ¹	Assuré normal	Intervention majorée ¹	Assuré normal	Intervention majorée ¹
103110	Visite du médecin généraliste avec des droits acquis Avec DMG ²	25,55	16,61	23,08	15,61	23,08	16,61	23,08
			16,61	23,08	16,61	23,08	19,30	23,83
103132	Visite du médecin généraliste agréé Avec DMG ²	30,68	19,95	28,24	18,95	28,24	19,95	28,24
			19,95	28,24	19,95	28,24	23,17	28,98
104215	Visite du médecin généraliste agréé entre 18h et 21h Avec DMG ²	33,23	22,46	29,42	21,46	29,42	22,46	29,42
			22,46	29,42	22,46	29,42	22,46	29,42
104252	Visite du médecin généraliste du samedi 8h au lundi 8h Avec DMG ²	35,35	23,83	31,30	22,83	31,30	23,83	31,30
			23,83	31,30	23,83	31,30	23,83	31,30

Consultation au cabinet d'un médecin spécialiste accrédité

Code	Prestation	Vous payez	On vous rembourse	
			Assuré normal	Intervention majorée ¹
102550	Médecine interne	31,28	20,41	28,70
102572	Pédiatre	31,28	19,58	28,81
102594	Cardiologue	31,28	20,41	28,97
102616	Gastro-entérologue	31,28	20,41	28,97
102631	Pneumologue	31,28	20,41	28,97
102653	Rhumatologue	35,93	22,45	33,08
102675	Neurologue	38,52	23,90	36,05
102690	Psychiatre	38,52	23,90	36,05
102712	Neuropsychiatre	38,52	23,90	36,05
102756	Dermatologue	24,56	14,98	21,96
102535	Autre spécialiste	20,44	13,32	18,01

¹ **Intervention majorée** est attribuée entre autres aux veuves, veufs, invalides, pensionnés, orphelins et aux chômeurs complets de plus de 50 ans (qui perçoivent une indemnité depuis 1 an) à faibles revenus, les personnes handicapées qui perçoivent une allocation et les bénéficiaires d'un revenu d'intégration. Les personnes à charge des personnes de toutes ces catégories ont également droit à une intervention majorée.

² Depuis le 1^{er} janvier 2004, la diminution de la quote-part personnelle s'applique à tout assuré qui possède un Dossier Médical Global (DMG) **tant pour les consultations que pour les visites à domicile du médecin traitant**. Depuis le 1^{er} mars 2004, dans certains cas, le droit à une diminution du ticket modérateur s'applique également si l'on consulte un autre médecin que celui qui gère le DMG. Cela peut être le cas lors d'une consultation dans un cabinet médical de groupe ou en cas de maladie ou de congé de son médecin traitant. Le patient doit cependant donner expressément son accord à ce médecin pour consulter le DMG chez son médecin généraliste.