



INAMI

# LE FONDS SPÉCIAL DE SOLIDARITÉ

À QUOI SERT-IL ?

QUAND ET COMMENT Y FAIRE APPEL ?



Editeur responsable : J. De Cock, 211 avenue de Tervueren, 1150 Bruxelles  
Dépôt légal : D/2006/401/1

Illustrations : Claire Leruste / [www.abinitio.be](http://www.abinitio.be)  
Pré-presse & Impression : Imprimerie Futura sa - Bruxelles

# LE FONDS SPÉCIAL DE SOLIDARITÉ (FSS) :

## À QUOI SERT-IL ?

## QUAND ET COMMENT Y FAIRE APPEL ?

### Sommaire

Introduction	3
1. Qu'est-ce que le Fonds Spécial de Solidarité ?	5
2. Pourquoi un Fonds Spécial de Solidarité ?	5
3. Qui peut bénéficier du Fonds Spécial de Solidarité ?	7
4. Quand pouvez-vous faire appel au Fonds Spécial de Solidarité ?	7
5. Dans quels cas intervient le Fonds Spécial de Solidarité ?	9
6. Comment introduisez-vous votre demande ?	19
7. Quels documents devez-vous fournir ?	20
8. Que faire en cas de décès ?	23
9. Quel est le suivi de votre demande ?	25
10. Combien recevrez-vous ?	27
11. Comment faire en cas de traitement de longue durée ?	29
12. Pouvez-vous demander que le Fonds Spécial de Solidarité paye directement (à votre place) l'hôpital ?	29
13. Quel recours avez-vous en cas de décision négative ?	31
14. Plus d'infos ?	32



## Introduction

Que trouvez-vous dans cette brochure ?

- Une brève explication de ce qu'est le Fonds Spécial de Solidarité (FSS)
- Quand et comment vous pouvez bénéficier de ce Fonds.

Vous souhaitez plus d'infos ?

Consultez : ■ votre mutualité de préférence (elle a déjà un dossier à votre nom)  
■ le service compétent à l'INAMI, au cas où la mutualité ne peut pas vous répondre (l'INAMI ne donnera que des renseignements d'ordre général, jamais des renseignements précis sur un dossier)  
Tél. : 02/ 739 77 77  
Adresse e-mail : fonds-solidarite@inami.fgov.be

Si vous souhaitez disposer du texte de loi relatif au FSS, consultez le site internet de l'INAMI, dans la rubrique « Assurés sociaux » ([www.inami.be](http://www.inami.be)).

Vous y trouverez également le contenu de cette brochure.

Attention : la présente brochure a été rédigée en avril 2006 sur base des données disponibles à cette date.

L'assurance soins de santé et indemnités est une matière vivante en constante évolution. C'est pourquoi, nous vous conseillons aussi de consulter la brochure sur notre site internet, où son contenu sera actualisé.



## Attention!

Le FSS n'intervient pas

- pour des prestations courantes non remboursées, suite aux procédures légales de demandes de remboursement
- pour des prestations encore à l'étude
- pour des traitements dont l'efficacité n'est pas suffisamment démontrée
- quand l'assurance obligatoire soins de santé rembourse déjà d'autres traitements valables
- pour rembourser les quotes-parts personnelles et les suppléments sur les prix et les honoraires
- pour les suppléments pour les chambres d'hôpital et les frais de confort
- pour rembourser un médicament orphelin dont le remboursement a été refusé par le Collège des médecins pour les médicaments orphelins.

## **1. Qu'est-ce que le Fonds Spécial de Solidarité ?**

Le FSS est un filet de protection supplémentaire de la couverture "ordinaire" de l'assurance soins de santé.

Le FSS fonctionne depuis 1990, au sein de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Il dispose d'un budget annuel limité. Il est financé par un prélèvement sur les ressources de l'assurance obligatoire soins de santé.

C'est le Collège des médecins-directeurs qui décide d'accorder des interventions et qui en fixe le montant.

Le Collège des médecins-directeurs est composé des médecins directeurs (ou de leurs représentants) de chaque organisme assureur et de médecins de l'INAMI.

## **2. Pourquoi un Fonds Spécial de Solidarité ?**

Pour éviter qu'un patient, dans une situation médicale très grave, doive renoncer aux soins si une ou des prestation(s) médicale(s) essentielle(s) n'est ou ne sont pas remboursée(s) et est ou sont particulièrement chère(s).

Les demandes au FSS doivent répondre à certaines conditions pour donner droit à une intervention (voir plus loin dans la brochure).

## Attention!

L'assurance que certains indépendants souscrivent auprès de leur mutualité pour bénéficier des « petits risques » est une assurance libre, souscrite à titre privé. Elle ne donne pas droit aux interventions du FSS des travailleurs salariés.



## Rappel

Vous n'avez pas le droit de choisir le mode de remboursement qui vous semble le plus avantageux et de refuser un remboursement pour obtenir celui du FSS.

Par contre, les interventions du FSS peuvent compléter celles des assurances privées et rembourser les frais engagés en attendant les remboursements des assurances concernant les accidents (les mutualités se chargent alors de récupérer les sommes dues par ces dernières).

### 3. Qui peut bénéficier du Fonds Spécial de Solidarité ?

- Les travailleurs appartenant au régime général (salariés) de la sécurité sociale et leurs ayants droits
- Les travailleurs indépendants

MAIS : dans le cadre du FSS, les droits des travailleurs indépendants sont limités aux « gros risques », comme dans l'assurance obligatoire ordinaire. Par exemple, le FSS ne rembourse pas les médicaments délivrés en dehors d'un séjour à l'hôpital.

Par contre, les travailleurs indépendants répondant à l'article 5 de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 sont indemnisés au même titre que les travailleurs salariés.

Il s'agit, par exemple, des travailleurs indépendants, reconnus avant l'âge de 65 ans, comme étant incapables d'effectuer un travail lucratif pour une durée supposée d'au moins un an, par un médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

### 4. Quand pouvez-vous faire appel au Fonds Spécial de Solidarité ?

Vous pouvez faire appel au FSS :

- quand votre demande porte sur une prestation de santé  
ET
- quand, pour cette prestation de santé, aucune assurance soins de santé obligatoire belge ou étrangère ne prévoit de remboursement  
ET
- quand vous avez fait valoir vos droits en application de la législation belge, étrangère, supranationale ou d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif.

En d'autres termes, vous devez avoir épuisé toutes les possibilités de remboursement avant de pouvoir faire intervenir le FSS. Cela couvre aussi les autres législations comme, par exemple, celles relatives aux accidents de travail, aux accidents en droit commun, aux maladies professionnelles, aux handicapés et des assurances privées (assurance hospitalisation, assurances complémentaires, etc.) en Belgique, au niveau européen, ou ailleurs dans le monde.

#### Exemple d'un cas

Un patient souffrant d'une maladie métabolique rare peut être remboursé pour le médicament que son spécialiste lui prescrit, même si ce médicament n'existe pas sur le marché belge.



## 5. Dans quels cas intervient le Fonds Spécial de Solidarité ?

Le FSS intervient :

- en cas d'indication rare (a)
- en cas de maladie rare (b)
- en cas de maladie rare qui nécessite des soins continus et complexes (c)
- si votre demande porte sur des dispositifs médicaux et/ou prestations qui sont des techniques médicales innovantes - à l'exclusion des médicaments (d)
- pour les enfants malades chroniques (e)
- en cas de soins délivrés à l'étranger (f).

### A. EN CAS D'INDICATION RARE

*Attention ! Toutes les conditions doivent être remplies simultanément !*

L'indication pour laquelle la prestation vous a été prescrite doit être rare ET

- la prestation doit être chère
- la prestation doit présenter une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues par les instances médicales faisant autorité.
- le stade expérimental doit être dépassé
- la prestation doit être utilisée pour le traitement d'une maladie portant atteinte à vos fonctions vitales
- l'assurance soins de santé obligatoire ne propose aucune alternative acceptable sur le plan médico-social en matière de diagnostic ou de thérapie
- la prestation doit être prescrite par un médecin spécialisé dans le traitement de votre maladie. Ce médecin spécialiste doit être autorisé à pratiquer la médecine en Belgique (inscrit à l'Ordre des médecins).



## Maladie rare

La prestation demandée doit soigner spécifiquement la maladie rare dont vous souffrez et non une complication ou un symptôme commun(e) à de nombreuses maladies. Ces symptômes ou complications n'auraient plus rien de rare, même si, à l'origine, ils sont dus à une maladie rare.

A titre indicatif, en Europe, il est généralement admis qu'une maladie rare touche un nombre restreint de personnes en regard de la population générale, soit une personne sur 2.000, ce qui représente 5.000 personnes en Belgique.

N.B. : Ce chiffre ne reprend pas que les nouveaux cas, mais comprend tous les patients souffrant en même temps de la même maladie sans tenir compte du temps écoulé depuis le début de la maladie (cette valeur représente la prévalence d'une maladie).

Une maladie rare en Europe peut être fréquente sur un autre continent et inversement.

De même, une maladie qui était considérée comme rare hier, peut très bien ne plus l'être aujourd'hui. Le sida en est malheureusement le meilleur exemple.

## B. EN CAS DE MALADIE RARE

*Attention ! Toutes les conditions doivent être remplies simultanément !*

La maladie dont vous souffrez doit être rare ET

- la prestation doit être chère
- les instances médicales faisant autorité désignent, de manière motivée, la prestation comme approche physiopathologique spécifique de l'affection rare
- la prestation traite une atteinte à vos fonctions vitales, qui constitue une conséquence directe et spécifique de l'affection rare
- aucune alternative thérapeutique ne peut exister, dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire
- un médecin spécialisé dans le traitement de votre maladie doit avoir prescrit la prestation. Ce médecin spécialiste doit être autorisé à pratiquer la médecine en Belgique (inscrit à l'Ordre des médecins).

## C. EN CAS DE MALADIE RARE QUI NÉCESSITE DES SOINS CONTINUS ET COMPLEXES

*Attention ! Toutes les conditions doivent être remplies simultanément !*

La maladie dont vous souffrez doit être rare ET nécessiter des soins continus et complexes ET

- les soins doivent être chers, dans leur totalité
- les soins traitent une atteinte à vos fonctions vitales, conséquence directe et spécifique de l'affection rare
- aucune alternative thérapeutique ne peut exister, dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire
- un médecin spécialisé dans le traitement de votre maladie doit avoir prescrit les soins complexes, dans le cadre d'un plan de traitement (description précise des soins). Ce médecin spécialiste doit être autorisé à pratiquer la médecine en Belgique (inscrit à l'Ordre des médecins).

### **Attention**

Tous les soins ne seront pas automatiquement remboursés. Seules les prestations répondant à l'ensemble de ces exigences le seront.

Les soins doivent, bien sûr, porter sur des prestations de santé.

*Exemple* : en cas de maladie de la peau, les frais liés à l'entretien et au remplacement fréquent du linge ne sont jamais remboursés, même si les pommades, les crèmes abîment ce linge.

Seul le traitement de cette maladie de la peau sera remboursé.

Si le médecin prescrit d'autres soins (ou traitements) pour une affection fréquente et n'ayant rien à voir avec cette maladie de la peau rare, le FSS ne remboursera pas ces soins ou traitements.

### **Une technique médicale innovante : c'est quoi?**

Toute prestation médicale (sauf les médicaments) qui est réellement nouvelle.

Par exemple : ■ une nouvelle sorte d'implant  
■ un nouvel accessoire ou type de matériel  
■ un appareil inexistant jusqu'alors.

Il ne doit pas s'agir d'une *nouvelle prestation* sur le marché, alors que d'autres plus ou moins équivalentes sont déjà disponibles, mais d'une prestation apportant un *progrès effectif*.

D. SI VOTRE DEMANDE PORTE SUR DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET/OU PRESTATIONS QUI SONT DES TECHNIQUES MÉDICALES INNOVANTES - À L'EXCLUSION DES MÉDICAMENTS -

*Attention ! Toutes les conditions doivent être remplies simultanément !*

Votre demande doit porter sur une prestation médicale pour autant qu'elle soit innovante et qu'elle ne soit pas un médicament ET

- les dispositifs médicaux et/ou prestations doivent être :
  - chers
  - et rares
- les instances médicales faisant autorité désignent de manière motivée les dispositifs médicaux et/ou les prestations comme étant la méthode indiquée pour le traitement d'une atteinte à vos fonctions vitales
- les dispositifs médicaux et/ou prestations doivent avoir dépassé le stade expérimental
- après une évaluation coûts/profits, les dispositifs médicaux et/ou les prestations doivent présenter une plus-value importante et démontrée
- un médecin spécialisé dans le traitement de votre maladie doit avoir prescrit les dispositifs médicaux et/ou les prestations. Ce médecin spécialiste doit être autorisé à pratiquer la médecine en Belgique (inscrit à l'Ordre des médecins)
- le Conseil technique compétent doit avoir été saisi d'une demande d'évaluation de la plus-value médicale et/ou d'une intervention de l'assurance obligatoire dans le coût de ces dispositifs médicaux et/ou prestations
- les dispositifs médicaux et/ou les prestations doivent être inscrits au moment de leur délivrance sur une liste limitative dressée par le Comité de l'Assurance, inscription qui permet le remboursement de ces dispositifs ou prestations .



### Coûts supplémentaires

Coûts qui portent sur des prestations de santé non remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Mais aussi ...

- les coûts liés aux médicaments des catégories Cs et Cx, par exemple : les antispasmodiques, les antihistaminiques, les contraceptifs, les vaccins contre la grippe ...
- les suppléments en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique au-delà de 1 an
- la marge de délivrance des implants non inclus dans le maximum à facturer avant 2006
- les suppléments pour la marge de sécurité concernant les implants.

### Notez bien que ...

Les suppléments d'honoraires, les suppléments pour chambre particulière, pour location d'une télévision dans une chambre d'hôpital, les locations pour matériel médical comme un lit, les achats de matelas spéciaux, de langes, de vêtements particuliers ... ne sont pas considérés comme des prestations de santé.

### Calcul des 650 EUR – Exemple et schéma

	<u>Intervention du FSS</u>
1. Si entre le 01.01.2006 et le 31.12.2006 > 650 EUR	Oui
Si entre le 01.01.2007 et le 31.12.2007 > 650 EUR	Oui
Si entre le 01.01.2008 et le 31.12.2008 < 650 EUR	Oui, FSS pour le montant dû (< 650 EUR)
2. Si au 31.12.2005 : > 650 EUR sur plusieurs années	Oui
Si entre le 01.01.2006 et le 31.12.2006 < 650 EUR	Non
> 650 EUR	Oui

## E. POUR LES ENFANTS MALADES CHRONIQUES : POSSIBILITÉ DE PRISE EN CHARGE DE L'INTÉGRALITÉ DES COÛTS SUPPLÉMENTAIRES LIÉS AU TRAITEMENT MÉDICAL

*Attention ! Toutes les conditions doivent être remplies simultanément !*

Votre enfant (ou celui pour lequel vous introduisez une demande) doit répondre à la définition d'enfant malade chronique ET

- il doit être âgé de moins de 19 ans
- les coûts supplémentaires doivent s'élever à min. 650 EUR (comptabilisés par la mutualité)
- les prestations doivent être prescrites par un médecin spécialiste dans le cadre d'un plan de traitement et répondre aux conditions suivantes :

*Attention ! Toutes les conditions doivent être remplies simultanément !*

- Les prestations doivent présenter une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues.
- Aucune alternative acceptable du point de vue médico-social ne peut exister, sur le plan de la thérapie ou de la prévention, dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire.
- Un médecin spécialisé dans le traitement de la maladie doit avoir prescrit les prestations et doit coordonner le traitement. Le médecin traitant peut aussi prescrire ces prestations si elles ont été préalablement prescrites dans le cadre d'un plan de traitement établi par le médecin spécialiste. Ces médecins doivent être autorisés à pratiquer la médecine en Belgique (inscrits à l'Ordre des médecins).

### **Enfant malade chronique**

Un enfant est malade chronique quand il est atteint :

- soit, d'un cancer
- soit, d'insuffisance rénale en traitement chronique par dialyse péritonéale ou hémodialyse
- soit, d'une autre maladie menaçant sa vie et qui nécessite un traitement continu de 6 mois au moins ou un traitement répétitif de durée identique.



### **Attention!**

Le FSS ne rembourse jamais les soins donnés à l'étranger qui auraient pu être effectués en Belgique dans les mêmes conditions.

## F. EN CAS DE SOINS DÉLIVRÉS À L'ÉTRANGER

Le FSS intervient :

- pour les soins (non remboursables) délivrés à l'étranger
- pour les frais de voyage et pour les frais de séjour pour le bénéficiaire et, le cas échéant, pour la personne qui l'accompagne.

ET SI

*Attention ! Toutes les conditions doivent être remplies simultanément !*

- le cas est digne d'intérêt
- le médecin conseil de la mutualité a donné son accord préalable pour que l'assuré se déplace à l'étranger pour y recevoir des soins et en a fixé la date
- les prestations de santé données à l'étranger sont prescrites avant leur réalisation par un médecin spécialisé dans le traitement de la maladie. Ce médecin doit être autorisé à pratiquer la médecine en Belgique (inscrit à l'Ordre des médecins).



### **Demandes en faveur des enfants malades chroniques**

La mutualité, le médecin, l'hôpital ou son service social peuvent introduire eux-mêmes auprès du médecin conseil de la mutualité, la demande d'intervention sur la base des éléments en leur possession et après accord des représentants légaux de l'enfant (parents, tuteur, ...).

## **6. Comment introduisez-vous votre demande ?**

Vous<sup>1</sup> introduisez votre demande au médecin conseil de votre mutualité, par lettre recommandée à la poste ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction de votre demande.

Si votre demande est introduite plus de 3 ans après la prestation effectuée, elle sera irrecevable.

<sup>1</sup> Ou votre représentant légal

## 7. Quels documents devez-vous fournir ?

### A. POUR LES SOINS DÉLIVRÉS EN BELGIQUE

Pour les soins délivrés en Belgique, vous devez fournir les documents suivants.

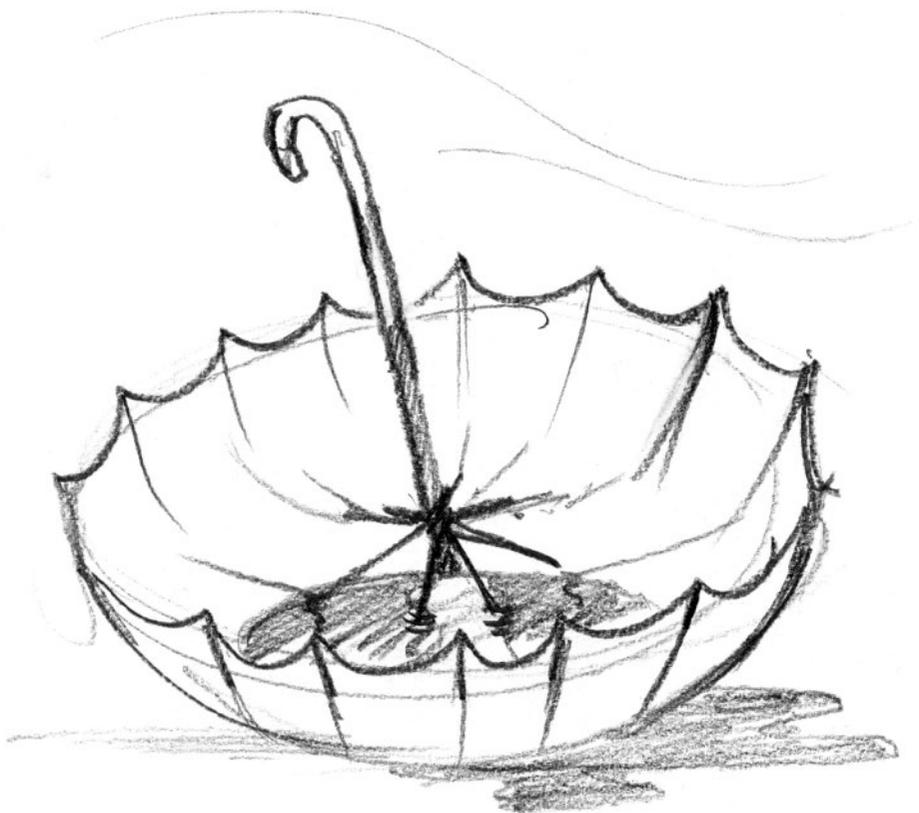
Document	Plus précisément ...
1. Une prescription médicale de votre médecin spécialiste	Eventuellement sous forme de plan de traitement, en cas de maladie rare nécessitant des soins complexes et continus ou d'enfant malade chronique.
2. Un rapport médical circonstancié de votre médecin spécialiste	Avec toutes les informations permettant de conclure que la prestation demandée répond aux conditions.
3. Une déclaration sur l'honneur (récente)	Vous y indiquez : - avoir épuisé vos droits, pour la prestation pour laquelle vous demandez une intervention dans le cadre du FSS, en vertu de la législation belge ou étrangère et ne pas pouvoir faire valoir de droits en vertu d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif - le montant à concurrence duquel vous pouvez, le cas échéant, faire valoir vos droits sur base de ce contrat - si vous encaisserez vous-même ou non les remboursements.
4. Une facture ou un devis circonstancié, daté(e) et établi(e) à votre nom <ul style="list-style-type: none"><li>■ médicaments</li><li>■ implant ou matériel délivré au cours d'une hospitalisation</li><li>■ autres prestations</li></ul>	La facture peut être de nature différente en fonction des demandes de remboursement, et doit être dans certains cas accompagnée d'une attestation de délivrance du pharmacien de l'hôpital. -> facture de l'hôpital ou du pharmacien -> facture de l'hôpital, et attestation de délivrance établie par le pharmacien de l'hôpital et facture du fournisseur à l'hôpital. -> facture du fournisseur à votre nom ou attestation de soins délivrée par le médecin ayant effectué l'acte, à votre nom ou facture de l'hôpital, à votre nom ou facture du pharmacien, à votre nom

Si vous demandez plusieurs prestations, vous devez joindre les factures adéquates (accompagnées si besoin de l'attestation de délivrance du pharmacien de l'hôpital) pour chacune des prestations. Une même facture peut bien sûr reprendre plusieurs prestations ou des prestations de différentes natures.

## B. POUR LES SOINS DÉLIVRÉS À L'ÉTRANGER

Pour les soins délivrés à l'étranger, vous devez fournir les documents suivants.

<b>Document</b>	<b>Plus précisément ...</b>
1. Une prescription préalable des soins délivrés à l'étranger	Établie par le médecin spécialiste, autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.
2. Un rapport médical circonstancié	Démontrant que le cas est digne d'intérêt et rédigé par le médecin spécialiste, autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.
3. Une déclaration sur l'honneur (récente)	Vous y indiquez : <ul style="list-style-type: none"><li>- avoir épuisé vos droits, pour la prestation pour laquelle vous demandez une intervention dans le cadre du FSS, en vertu de la législation belge ou étrangère et ne pas pouvoir faire valoir de droits en vertu d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif</li><li>- le montant à concurrence duquel vous pouvez, le cas échéant, faire valoir vos droits sur base de ce contrat</li><li>- si vous encaisserez vous-même ou non les remboursements.</li></ul>
4. Une autorisation préalable de vous faire soigner à l'étranger	<ul style="list-style-type: none"><li>- Signée par le médecin conseil de votre mutualité (ce document peut être un E112),</li><li>- Mentionnant les dates ou périodes et le lieu des soins autorisés.</li></ul>
5. Les factures <ul style="list-style-type: none"><li>■ Une facture des soins</li><li>■ Une facture ou ticket de transport avec indication du prix ou une attestation signée et datée du nombre de kilomètres parcourus</li><li>■ Une facture d'hôtel pour les frais de séjour</li></ul>	Selon le(s) type(s) d'intervention(s) demandé(s).
6. Un certificat médical attestant la nécessité d'être accompagné	Si vous êtes accompagné et âgé de plus de 18 ans (donc, inutile pour les enfants).



## 8. Que faire en cas de décès ?

Deux cas peuvent se présenter :

- La personne a introduit une demande au FSS, mais elle est malheureusement décédée avant la fin de la procédure. L'ayant droit, s'il a accepté l'héritage, continue la procédure et, en cas de décision positive, sera remboursé du même montant qui aurait été accordé en cas de survie.
- La personne est décédée avant d'avoir eu le temps d'introduire une demande au FSS. L'ayant droit, s'il a accepté l'héritage, peut introduire une demande au FSS. Trois conditions :
  - le dossier doit être complet
  - la déclaration sur l'honneur doit être signée
  - l'ayant droit doit avoir vérifié qu'aucune intervention n'était possible pour la prestation demandée.

En cas de décision positive, il sera remboursé comme s'il était le bénéficiaire direct.

## Attention!

Vous ne serez jamais convoqué à l'INAMI pour un examen médical. Veillez donc à constituer un dossier médical le plus complet possible!

### Cheminement d'une demande

**Mutualité**



**Organisme assureur**



Après 1 mois maximum :

**INAMI**

Examen par le Collège des médecins-directeurs

+

Décision du Collège des médecins-directeurs  
(qui vous écrit pour vous donner la nature de la  
décision)



**Organisme assureur**



**Mutualité**

Reçoit la décision et vous en communique les  
détails



Après 15 jours max, si décision positive :  
Paiement

## 9. Quel est le suivi de votre demande ?

Vous trouvez ci-dessous les différentes étapes que suit votre dossier.

Etape	Plus précisément ...
1. Convocation	Vous ne serez pas convoqué. Le Collège des médecins-directeurs décide sur base des éléments médicaux repris au dossier si la demande répond aux différents critères.
2. Renseignements complémentaires	Le Collège des médecins-directeurs peut demander des renseignements complémentaires. <i>A qui ?</i> A la mutualité qui, elle, peut par exemple interroger votre médecin, ou auprès des instances scientifiques autorisées, des organes officiels au sein de l'INAMI, du Service public fédéral Santé Publique, ou du Centre Fédéral d'expertise des soins de santé. <i>Sur quoi ?</i> Par exemple, sur l'indication et/ou le prix indicatif.
3. Délai de réponse	Maximum 3 mois à partir du dépôt chez le médecin conseil d'une demande complète. <i>Dans la grande majorité des cas, la réponse est beaucoup plus rapide.</i> Les dossiers pour lesquels des renseignements complémentaires sont demandés, sont traités dans un délai plus long. Cette demande de renseignements suspend le délai. La réponse des instances consultées doit être formulée endéans les 2 mois.
4. Réponse	Le secrétariat du Collège des médecins-directeurs vous avertit de la décision dès que le procès verbal de la séance du Collège est approuvé. Dès le lendemain, la direction médicale de votre organisme assureur (*) connaît la décision, le montant accordé ou en cas de refus, les raisons de ce refus. Elle avertit alors votre mutualité qui, à son tour, vous donnera toutes les informations relatives à cette décision.
5. Paiement	Votre mutualité vous paie, dans les 15 jours à partir de la réception de la notification de l'accord par le Collège des médecins-directeurs.

(\*) Organisme assureur : organisme qui paie, sous le contrôle de l'INAMI, les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Outre la CAAMI et la Caisse de la SNCB, ils sont regroupés en 5 unions qui chapeautent plusieurs mutualités.



## E112

Déclaration relative au maintien du droit aux prestations de santé et de maternité en cours, en cas de soins programmés à l'étranger.

### Attention!

Les frais de déplacement et de séjour ne sont remboursés qu'au bénéficiaire, SAUF SI

- la demande concerne des soins délivrés à un enfant âgé de moins de 18 ans

OU SI

- un certificat médical motivant la nécessité de la présence d'un accompagnateur est joint à la demande,

ALORS

Les frais de déplacement (et si besoin de séjour) seront remboursés pour le bénéficiaire et un accompagnateur.

Ne sont jamais remboursés :

- les frais occasionnés par les visites de la famille ou des allers et retours en cas d'hospitalisation prolongée
- les frais de restauration, de parking, de taxi ou de péage d'autoroute.

## 10. Combien recevrez-vous ?

Le Collège des médecins-directeurs fixe le montant des interventions dans les limites de ses moyens financiers.

### A. PRESTATION MÉDICALE DÉLIVRÉE EN BELGIQUE

Pour les enfants malades chroniques, vous recevrez un montant équivalent à celui que vous avez réellement dépensé.

Pour les autres cas (indications rares, maladies rares, techniques médicales innovantes), l'intervention peut être totale, forfaitaire, ou proportionnelle aux frais réels selon le type de la prestation.

### B. SOINS DÉLIVRÉS À L'ÉTRANGER

#### Frais médicaux

Le Collège n'accorde un montant que si aucune intervention n'est prévue dans le cadre d'un E112 ou après application de la réglementation concernant les prestations délivrées en dehors du territoire national. Le Collège n'intervient pas pour les suppléments d'honoraires.

#### Frais de déplacement

##### Moyen de transport

Transport en commun

Voiture

Ambulance ou autre moyen de transport médicalisé

##### Intervention financière

Entièrement du montant du ticket (train, avion 2<sup>e</sup> classe)

Indemnité forfaitaire par kilomètre parcouru

Frais réels pour autant qu'un rapport médical démontre qu'il était indispensable de recourir à ce mode de transport

#### Frais de séjour

Le remboursement s'effectue sur base d'un forfait.

A joindre au dossier : les factures des frais encourus, sauf pour les frais de voiture pour lesquels vous devez attester le nombre de kilomètres parcourus (indemnité forfaitaire par kilomètre). En cas de dépassement non justifié du nombre de kilomètres, seul le nombre de kilomètres entre le domicile et le lieu où les soins sont dispensés, sera indemnisé.

#### Notez bien ...

Chaque type de prestation est indemnisé sur la même base. Tous les assurés sociaux sans exception reçoivent la même indemnisation pour le même type de prestation.

Exemple : une intervention forfaitaire sera la même pour toutes les demandes portant sur la même prestation.

## Attention!

Le FSS n'intervient jamais pour des montants non redevables par les bénéficiaires, ou qui ne seraient redevables qu'en cas de décision favorable. Les prestations doivent donc pouvoir vous être facturées.



## 11. Comment faire en cas de traitement de longue durée ?

Si le spécialiste prescrit un traitement devant être régulièrement suivi, vous pouvez obtenir des prolongations de l'intervention du FSS. Comme pour les premières demandes, le FSS n'intervient qu'après présentation des factures.

Deux solutions se présentent :

- lors de la première demande, demandez un accord de principe portant sur une période. Le Collège donne un accord pour une durée maximale d'un an. Il suffit alors de présenter les factures à la mutualité qui, dans certains cas, peut être autorisée à verser le montant de l'intervention sur base des directives données par le Collège des médecins-directeurs, sans passer par ce Collège, dans un délai de 3 semaines
- introduisez des demandes successives qui seront soumises au Collège des médecins-directeurs.

## 12. Pouvez-vous demander que le Fonds Spécial de Solidarité paye directement (à votre place) l'hôpital ?

Oui, vous n'aurez donc pas à avancer des sommes parfois considérables.

Que faire ?

En complétant la déclaration sur l'honneur, désignez clairement le nom de l'hôpital qui pourra percevoir l'intervention du FSS. Il s'agit bien sûr de l'hôpital où les soins ont été donnés. La demande doit néanmoins joindre les factures nécessaires au calcul du montant de l'intervention.

Le FSS ne paie pas l'entièreté de la facture de l'hôpital mais seulement l'intervention accordée pour la prestation faisant l'objet de l'accord. Le solde vous reste dû.



### **13. Quel recours avez-vous en cas de décision négative ?**

En cas de désaccord avec la décision du FSS, une procédure au tribunal du travail est possible endéans un délai de 3 mois à partir de la notification du refus. Vous devez déposer ou envoyer par lettre recommandée la plainte au greffe du Tribunal du travail. Vous devez alors motiver votre désaccord et vous pouvez joindre des documents qui appuient votre point de vue (par exemple, rapport médical, lettre d'avocat, ...).

## 14. Plus d'infos ?

Consultez : ■ votre mutualité de préférence (elle a déjà un dossier à votre nom)  
■ le service compétent à l'INAMI, au cas où la mutualité ne peut pas vous répondre (l'INAMI ne donnera que des renseignements d'ordre général, jamais des renseignements précis sur un dossier.  
Tél. : 02/ 739 77 77, adresse e-mail : fonds-solidarite@inami.fgov.be

Cette brochure est également disponible sur le site internet de l'INAMI, dans la rubrique « Assurés sociaux » ([www.inami.be](http://www.inami.be)).



