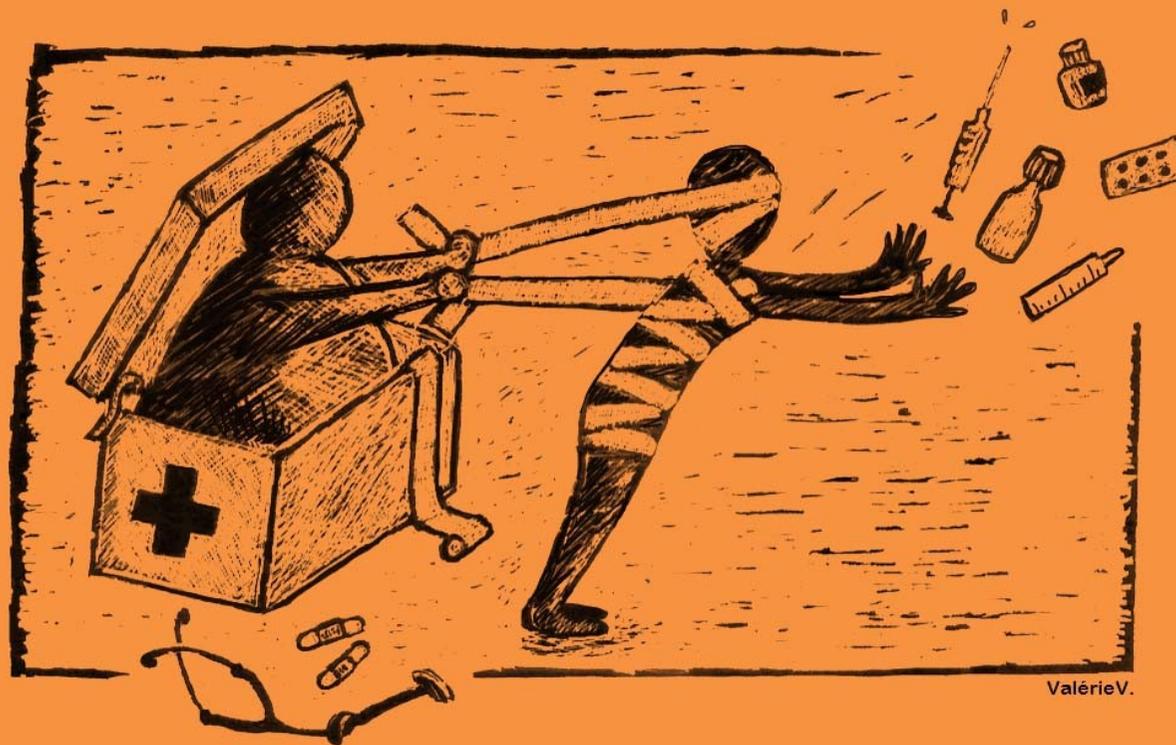


L'accès aux soins de santé :

un droit pour tous ?



L'ensemble des fiches se veut un outil pratico-pratique pour aider chacun à comprendre les différentes règles permettant d'avoir accès aux soins de santé.

Cet outil se veut aussi un point de départ d'une réflexion plus large sur l'avenir du secteur des soins de santé en tant que branche de la sécurité sociale, laquelle est censée assurer une protection sociale lorsqu'un risque de santé survient.

Or, depuis plusieurs années, nous assistons à une régression des droits d'accès à la santé par une privatisation des soins de santé et par des mesures de réduction d'intervention dans le coût des soins, notamment par la Ministre actuelle Maggie De Block.

Quelques exemples parmi d'autres : la réduction des effectifs chargés d'assurer les prestations de santé, des consultations d'hôpitaux surchargées, une intervention moindre dans le coût des antibiotiques, des chefs de service qui délèguent lorsque le malade choisit une chambre commune ou double...

Un double mouvement s'opère : d'une part, un encouragement à recourir à des assurances privées qui par leur coût, s'adresse nécessairement aux plus nantis et d'autre part, une pression sur la sécurité sociale par une diminution constante des cotisations sociales.

Ces mesures font partie d'une stratégie néolibérale plus globale d'attaque des régimes de sécurité sociale et des droits des travailleurs.

Il est utile de rappeler que la sécurité sociale est financée pour la plus grande partie par les travailleurs salariés ! Certes, l'État y contribue également mais dans une moindre mesure et une part de sa contribution sert aux financements des régimes d'aide sociale (RIS, GRAPA etc.).

Les chants des sirènes du capitalisme ne sont pas nouveaux : les travailleurs coûtent trop chers et ceux qui ne travaillent pas sont des assistés sociaux.

Et de nous désigner pour cibles, à force de rhétorique creuse, les travailleurs sans emploi ou malades et les migrants.

Ceux qui mettent en péril la sécurité sociale et qui la « définencent » ne sont pas les migrants ou les « assistés sociaux » mais bien les gouvernements successifs depuis le tournant néolibéral de la fin des années 70.

En conclusion, le texte écrit par K. Marx, en 1865, reste plus que jamais d'actualité : « [...] *Le capitaliste essaie continuellement d'abaisser les salaires à leur minimum physiologique et de prolonger la journée de travail à son maximum physiologique*¹, tandis que l'ouvrier exerce constamment une pression dans le sens opposé. La chose se réduit à la question du rapport des forces des combattants [...] ».²

1. En 2017, la loi sur le travail faisable et maniable de Chris Peeters a été mise en application.

2. Extrait du rapport par K. Marx au conseil général de l'Association internationale des travailleurs – 1865 - K. Marx « Travail salarié et capital » 1847 (Traduction française 1891).

L'assurance soins de santé et indemnités est obligatoire

Notre système d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités se divise **en deux branches**

L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ couvre en partie les frais de santé

consultations, médicaments, hospitalisation, etc..

Cette assurance doit en principe couvrir toute la population.

Cependant, il reste des personnes sans couverture :
les illégaux (possibilité d'**AMU**), les indépendants en rupture
de paiement de leurs cotisations...

L'ASSURANCE INDEMNITÉS assure un revenu de remplacement

en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, de maternité,
de paternité, d'adoption... des travailleurs salariés,
indépendants et contractuels dans les services publics.

Les bénéficiaires des deux branches doivent tous satisfaire à des conditions communes :

- **L'affiliation** auprès **d'un organisme assureur privé** (mutualités) ou **public** (CAAMI ou Caisse de soins de santé de HR Rail) ;
- **L'accomplissement ou non d'un stage** ;
- **Le prélèvement de cotisations de sécurité sociale** sur les revenus ou le paiement de **cotisations légales obligatoires**.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ (INAMI)

ORGANISMES ASSUREURS = mutualités ou mutuelles

5 Unions nationales

L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes

Ex. Mutualité St Michel

L'Union nationale des mutualités libres

Ex. Partenamut

L'Union nationale des mutualités neutres

Ex. mutualité neutre

L'Union nationale des mutualités libérales

Ex. Le Bleuet Mutualité libérale du Brabant

L'Union nationale des mutualités socialistes

Ex. Solidaris

CAAMI

Caisse Auxiliaire
d'Assurance
Maladie-Invalidité

Caisse de soins de santé
de **HR Rail (ex-SNCB)**

Uniquement l'assurance obligatoire

- remboursement des soins de santé
- et selon le cas, paiement des indemnités.

Uniquement pour le personnel et les pensionnés statutaires des Chemins de fer belges et leurs personnes à charge, et pour ce qui concerne **les prestations de l'assurance soins de santé**.

Assurance obligatoire soins de santé et indemnités

- remboursement des soins de santé,
- et selon le cas, paiement d'indemnités.

Assurance complémentaire

Elle est obligatoire. Les conditions et les avantages offerts diffèrent d'une mutualité à l'autre.

Assurance hospitalisation

Elle est facultative

L'AFFILIATION

Toute personne doit être affiliée à une mutualité ou à la CAAMI pour bénéficier des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Et ce, en tant que titulaire ou personne à charge.

Le choix de l'organisme assureur est libre sauf dans le cas du personnel de HR Rail (ex-SNCB).

Lorsque **le titulaire** s'affilie à une mutualité, son choix s'impose automatiquement à **ses personnes à charge**.

Il faut ouvrir un dossier comme titulaire dans les cas suivants :

- Lorsqu'on décroche son premier emploi ou qu'on se lance dans une activité de travailleur indépendant
- En cas de bénéfice **des allocations d'insertion** ou de chômage
- A l'âge de 25 ans (qu'on soit étudiant, salarié, chômeur ou en **stage d'insertion**, demandeur d'emploi etc.).

LA MUTATION

Il est permis **de changer de mutualité** à n'importe quel moment dans l'année à condition d'être affilié depuis au moins 12 mois auprès de l'organisme actuel.

Mais attention : le transfert ne sera pas immédiat.

Tout dépend de la situation

En cas de déménagement dans une autre région : Il faut changer de mutualité régionale. Dans ce cas, on ne parle pas de mutation.

Ex. Une personne affiliée à la mutualité socialiste Solidaris de Mons, déménage à Bruxelles. Elle s'affiliera à la Fédération des mutualités socialistes du Brabant (FMSB).

La date effective du transfert se situe le 1^{er} jour du mois. Jusque-là, **le titulaire et ses personnes à charge** continuent de dépendre de l'ancienne régionale, notamment pour les remboursements des soins de santé.

En cas de changement de mutualité, il s'agit d'une mutation. Elle peut être individuelle ou collective.

La mutation individuelle

L'affiliation débutera à partir du prochain trimestre, soit le 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet ou 1^{er} octobre. Le formulaire « Demande de mutation individuelle » doit être remis avec tous les documents, auprès de la nouvelle mutualité, avant le 5 du mois qui précède cette date.

Ex. en cas de mutation au 1^{er} janvier, le formulaire doit parvenir avant le 5 décembre.

La demande de mutation peut être refusée par l'ancienne mutuelle pour les motifs suivants :

- le titulaire n'est pas affilié depuis 12 mois auprès d'elle ;
- le titulaire est sanctionné par une suppression temporaire de ses indemnités d'incapacité de travail (ex. en cas d'absence de déclaration d'un travail pendant la maladie);
- le titulaire a des dettes vis-à-vis de son ancienne mutualité (ex. pas en ordre de cotisations) ;
- en cas d'absence de renseignements et/ou de signature dans la demande de mutation ou la demande n'a pas été envoyée dans les délais requis.

La mutation collective

Il s'agit d'une mutation en bloc de tous les membres d'une mutualité à une autre union nationale de mutualités. Elle est décidée par le conseil d'administration de la mutualité. Le titulaire est alors libre de choisir une autre mutualité que celle choisie par le conseil d'administration. Il doit effectuer ce choix dans le courant du trimestre qui suit la date de la mutation collective.

Ex. fusion en 2014 d'Euromut, Partenamut et Partena Ziekenfonds sous la bannière Partena.

L’AFFILIATION SE FAIT SOIT EN QUALITÉ DE TITULAIRE OU DE **PERSONNE À CHARGE**

Il est important de savoir que **certaines titulaires** ont non seulement droit au **remboursement des soins de santé** mais également **aux indemnités** en cas de maladie, d’accident, de maternité, de paternité, ou d’adoption du moment qu’ils répondent aux critères et qu’ils remplissent les conditions pour ouvrir et maintenir le droit à ces indemnités. Il s’agit principalement des travailleurs salariés, des chômeurs, des travailleurs indépendants.

TITULAIRE

= la personne qui ouvre le droit à l’assurance soins de santé pour elle-même et pour les personnes qui sont à sa charge

Catégories de titulaires assujettis à la sécurité sociale de par leur statut de travailleur ou de personnes assimilées à un travailleur

- Les travailleurs salariés (ouvriers et employés)
- Les travailleurs indépendants
- Les travailleurs salariés et indépendants en incapacité de travail
- Les travailleuses salariées ou indépendantes en congé de maternité
- Les travailleurs qui sont en chômage complet
- Les pensionné(e)s
- Les veufs et veuves des titulaires précités
- Les enfants orphelins de père et de mère
- Les membres des communautés religieuses

Attention :

Pour les personnes étrangères en situation précaire, il est conseillé de contacter l’asbl medimmigrant (www.medmmigrant.be).

Autres catégories de titulaires redevables d’une cotisation trimestrielle ou dispensés de paiement de cotisation

| | |
|---|--|
| Personnes incapables d’effectuer un travail en raison de leur état de santé . Ex. les personnes qui sont reconnues comme personnes handicapées | Dispense de paiement de cotisations |
| Certains étudiants c’est-à-dire ceux qui sont encore aux études (études du 3^{ème} cycle) et qui ne peuvent plus être à charge de leurs parents notamment parce qu’ils ont atteint l’âge de 25 ans | Cotisation trimestrielle de 61,43 € |
| Les personnes qui ne peuvent pas être inscrites dans une catégorie précitée mais qui sont inscrites dans le registre national = titulaires « registre national » ou titulaires « résidents » . Sont visées notamment les personnes qui bénéficient du revenu d’intégration versé par le CPAS, les bénéficiaires de rentes alimentaires payées par un ex-conjoint, les rentiers... | Cotisation trimestrielle fixée en fonction de la hauteur des <u>revenus annuels bruts</u> : 0 € / 61,43 € / 362,33 € / 724,67 € Dispense de paiement pour certaines catégories comme les bénéficiaires du RIS , de la GRAPA , etc. |
| Les MENA (Mineurs Étrangers Non Accompagnés) doivent remplir les conditions de qualité de MENA Attention : Les enfants à charge des MENA sont également bénéficiaires des soins de santé | Dispense de paiement de cotisations |
| Les membres des communautés religieuses | - moins de 65 ans : 92,80 € par trimestre - plus de 65 ans : 26,53 € |

LA PERSONNE À CHARGE

= personne qui a un droit dérivé au remboursement des prestations de santé du fait qu'elle a un lien de cohabitation ou de parenté avec le titulaire



| | |
|----------------------|--|
| Le conjoint | <ul style="list-style-type: none">- vivre avec le titulaire,- ne pas avoir de revenus bruts supérieurs à 2 436,10 € par trimestre |
| Le cohabitant | <ul style="list-style-type: none">- vivre avec le titulaire,- ne pas avoir de revenus bruts supérieurs à 2 436,10 € par trimestre |
| L'enfant | <ul style="list-style-type: none">- être âgé de moins de 25 ans |
| L'ascendant | <ul style="list-style-type: none">- vivre avec le titulaire,- ne pas avoir de revenus bruts supérieurs à 2 436,10 € par trimestre |

REMBOURSEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Les soins de santé ne sont pas remboursés dans leur totalité. Une quote-part personnelle reste à charge du patient.
Cette intervention personnelle s'appelle le **ticket modérateur**

Le montant de **l'intervention personnelle** est variable et dépend du :

- ↪ **Type et de la qualité du prestataire de soins** : médecin traitant appliquant ou non le dossier médical global, pédiatre, gynécologue, dentiste, infirmier, kinésithérapeute, médecin hospitalier, etc.
Ce prestataire est-il **conventionné**, non conventionné ou partiellement conventionné ?
- ↪ **Statut du patient** : assuré ordinaire, **bénéficiaire de l'intervention majorée**, patient en soins palliatifs...
- ↪ **Type de consultation** : au cabinet du médecin, en visite à domicile, en service de garde...

Le tiers payant correspond au montant qui est **remboursé par la mutualité**.

Ce montant est :

- ↪ Soit payé par le patient au prestataire de soins ; il demande ensuite le remboursement à sa mutualité en remettant l'attestation de soins (ex. la consultation chez le gynécologue).
- ↪ Soit réglé via une procédure appelée « **tiers payant** ».
Ce système permet au prestataire de soins de facturer directement à la mutualité ; de cette manière le patient paie uniquement son intervention personnelle.

La loi énumère les prestations de santé que rembourse l'assurance soins de santé, via la mutualité.

Elle les répartit en catégories, dont les principales sont :

- les visites et consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes,
- les soins donnés par les kinésithérapeutes,
- les soins donnés par des infirmiers et par des services de soins infirmiers à domicile,
- les soins dentaires,
- les accouchements,
- **les prothèses**, voiturettes, bandages et implants,
- les soins hospitaliers,
- les soins en maison de repos pour personnes âgées,
- les soins de rééducation fonctionnelle.

La mutualité intervient également **pour les médicaments : préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques et médicaments génériques...**

Ces prestations de santé doivent figurer dans la nomenclature

La « nomenclature des soins de santé » est la liste des prestations de santé pour lesquelles la mutualité intervient (remboursement total ou partiel).

Un **code de nomenclature, composé de 6 chiffres**, désigne chaque prestation.

À côté du code, la nomenclature mentionne l'intitulé complet de la prestation et les explications qui la concernent.

LES HONORAIRES

Les médecins peuvent être conventionnés, non conventionnés ou partiellement conventionnés.

La mutualité peut utilement renseigner son affilié pour savoir si le médecin est conventionné ou non.

Il est également possible de consulter le moteur de recherche de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/webprd/appl/psilverpages/fr>

Médecins conventionnés

| Exemples : Médecin consulté et numéro de <u>nomenclature</u> | Honoraires conventionnés | Remboursement par la mutualité à l'assuré ordinaire | Remboursement par la mutualité à l'assuré <u>BIM</u> |
|--|-----------------------------|--|---|
| Médecin généraliste N°101076 | 25,43 € | Remboursement : 19,43 € À charge du patient : 6 € | Remboursement : 23,93 € À charge du patient : 1,50 € |
| Médecin pédiatre N°102572 | 38,12 € | Remboursement : 26,12 € À charge du patient : 12 € | Remboursement : 35,12 € À charge du patient : 3 € |

Pour connaître le tarif des honoraires et les conditions de remboursement, il suffit d'encoder le numéro de nomenclature mentionné sur l'attestation de soins via un outil disponible sur le site internet de l'INAMI :

Nomensoft : Nomenclature et pseudonomenclature des prestations de santé

Médecins non conventionnés

TARIF CONVENTIONNEL

Partie remboursée
par la mutualité

Partie à charge du patient = quote-part personnelle
= ticket modérateur (TM)

SUPPLEMENTS EVENTUELS

Totalement à charge du patient
(notamment lorsqu'il s'agit d'un prestataire non conventionné)

| Exemples : Médecin consulté et numéro de <u>nomenclature</u> | Honoraires non conventionnés | Remboursement par la mutualité à l'assuré ordinaire | Remboursement par la mutualité à l'assuré BIM |
|--|---------------------------------|--|---|
| Médecin généraliste N°101076 | 30 € | Remboursement : 19,43 € À charge du patient : 6,00 € + supplément de : 4,57 € Total à charge du patient = 10,57 € | Remboursement : 23,93 € À charge du patient : 1,50 € + supplément de : 4,57 € Total à charge du patient = 6,07 € |
| Médecin pédiatre N°102572 | 50 € | Remboursement : 26,12 € À charge du patient : 12,00 € + supplément de : 11,88 € Total à charge du patient = 23,88 € | Remboursement : 35,12 € À charge du patient : 3,00 € + supplément de : 11,88 € Total à charge du patient = 14,88 € |

Important : depuis cette année 2018, **une attestation de soins électronique** peut directement être transmise à la mutualité pour que le remboursement soit effectué sur le compte du patient. Le médecin remettra un reçu (« document justificatif ») qui reprend notamment : **le montant à payer, le montant des honoraires et un numéro d'accusé de réception** lequel permettra de suivre le traitement de l'attestation électronique. Il faut donc bien conserver ce reçu, il ne faut pas le remettre à sa mutualité.

L'HOSPITALISATION

AVANT L'HOSPITALISATION

Prendre contact avec l'hôpital, informer la mutualité et son employeur ou l'organisme dont on dépend, préparer ses documents à remettre lors de l'admission, **se procurer le formulaire d'admission et le lire attentivement**, préparer ses effets personnels.

Pour déterminer **le coût de l'hospitalisation**, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte :

- **la situation personnelle d'assurabilité** (titulaire, personne à charge, assuré ordinaire ou **BIM...**),
- **la durée et les frais** de séjour,
- **le type de chambre** choisie,
- **le statut des médecins** et des prestataires paramédicaux (**conventionnés** ou non)
- **les types d'interventions**,
- **les produits fournis** remboursables, partiellement remboursables ou non remboursables,
- les éventuels produits et services complémentaires demandés ou prescrits par le médecin.
- + Tous les autres frais tels que téléphone, télévision, etc.

LE CHOIX DE LA CHAMBRE

- ↳ En cas de choix de **chambre commune ou à deux lits**, l'hôpital ne peut pas facturer **de suppléments de chambre**.
- ↳ S'il s'agit **d'une chambre particulière**, l'hôpital peut facturer des suppléments **SAUF**
 - si le médecin décide que l'état de santé, les examens, le traitement ou la surveillance nécessitent une chambre individuelle,
 - si la personne hospitalisée a opté pour une chambre commune ou pour une chambre à deux lits mais aucune n'est disponible,
 - si le patient est admis aux soins intensifs ou au service des urgences,
 - si l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent.

Attention : l'hôpital doit mentionner sur le formulaire d'admission le montant du supplément de chambre.

LE CHOIX DU PRESTATAIRE DE SOINS (MÉDECINS ET PARAMÉDICAUX)

CONVENTIONNÉS OU NON CONVENTIONNÉS

! Le choix de la chambre a également une incidence sur les coûts pratiqués par les médecins.

- ↪ En cas de choix de **chambre commune ou à deux lits**, l'hôpital ne peut pas facturer **de suppléments d'honoraires**.
- ↪ S'il s'agit **d'une chambre particulière**, l'hôpital peut facturer des suppléments **SAUF**
 - si le médecin décide qu'une admission en chambre individuelle est médicalement requise,
 - si, pour des raisons d'organisation, le patient occupe une chambre individuelle parce que le type de chambre choisi n'est pas disponible,
 - en cas d'admission ou de transfert dans une unité de soins ou au service des urgences.

Attention : en cas de choix et de séjour effectif dans une chambre individuelle, tous les médecins (chirurgien, anesthésiste...) et paramédicaux peuvent facturer **des suppléments d'honoraires**. Le montant qui équivaut à un maximum X % du tarif légal, doit être mentionné sur le formulaire d'admission.

Exemple : un médecin facture **un supplément d'honoraires** à 200% maximum. Pour une intervention coûtant légalement 75 € et faisant l'objet d'un remboursement de 50 € par la mutualité, la personne paiera 175 € de **suppléments d'honoraires** pour cette intervention (25 € de quote-part personnelle + 150 € de suppléments d'honoraires).

PRIX DE LA JOURNÉE D'HOSPITALISATION

L'intervention personnelle légale à charge du patient quel que soit le type de chambre dont le montant est fixé selon le patient (ordinaire, enfant, **bénéficiaire d'un remboursement préférentiel**, **personne à charge**, etc.), de la durée d'hospitalisation et du type d'hôpital (général ou psychiatrique).

| STATUT | Coût de la 1 ^{ère} journée (admission) | Coût à partir de la 2 ^{ème} journée d'hospitalisation | Coût à partir de la 91 ^{ème} journée d'hospitalisation | Coût en hôpital psychiatrique à partir de la 6 ^{ème} année |
|---|---|--|---|---|
| Titulaire BIM (Bénéficiaire de l'intervention majorée) sans personne à charge | 5,55 € | 5,55 € | 5,55 € | 15,62 € |
| Titulaire BIM avec des personnes à charge | 5,55 € | 5,55 € | 5,55 € | 5,55 € |
| Chômeur sans personnes à charge | 32,82 €* | 5,55 € | 5,55 € | 15,62 € |
| Chômeur avec des personnes à charge | 32,82 €* | 5,55 € | 5,55 € | 5,55 € |
| Enfant à charge (sauf bénéficiaire de l'intervention majorée) | 32,82 € | 5,55 € | 5,55 € | 5,55 € |
| Titulaire ordinaire avec des personnes à charge ou redevable d'une pension alimentaire | 42,89 € | 15,62 € | 5,55 € | 5,55 € |
| Titulaire dans une autre situation | 42,89 € | 15,62 € | 15,62 € | 26,03 € |

* Le coût de la 1^{ère} journée (admission) s'élève à 32,82 € à condition que le titulaire ait la qualité de chômeur complet depuis 12 mois. S'il ne répond pas à cette condition, il paiera 42,89 € pour la journée d'admission

L'ADMISSION À L'HÔPITAL

Lire la déclaration d'admission

- ↪ Ce formulaire est imposé et est le même pour tous les établissements hospitaliers, à l'exception de certains points repris en italique dans le formulaire.
- ↪ La déclaration d'admission est un document très important car il fixe les conditions financières de l'hospitalisation. C'est en effet sur ce document que le patient indiquera ses choix en ce qui concerne la chambre et le médecin. Ces choix influenceront fortement le montant de la facture.
- ↪ Il faut donc lire très attentivement ce document ainsi que les notes explicatives qui l'accompagnent et surtout ne pas le jeter car il pourra être utile en cas de contestation de la facture qui est envoyée à la fin de l'hospitalisation.

Conseil : la déclaration d'admission peut être demandée, à l'accueil de l'hôpital, bien avant le jour même de l'hospitalisation. Cela permet au patient de lire le document attentivement et de connaître les suppléments réclamés pour le choix d'une chambre individuelle ainsi que les suppléments d'honoraires des prestataires de soins **conventionnés** ou non (chirurgien, anesthésiste, kiné, etc.).

Attention : l'hôpital ne peut pas présenter un formulaire d'admission pré rempli en demandant au patient de le lire et le signer rapidement. Cette pratique est interdite.
- ↪ La déclaration d'admission n'est pas un devis. Il est en effet impossible d'estimer le montant exact qui sera facturé car certains frais ne sont pas prévisibles (par exemple en cours d'intervention chirurgicale).
- ↪ **Si le patient est admis à l'hôpital en urgence**, ces formalités seront accomplies plus tard ou par le représentant légal. En attendant, l'hôpital doit pratiquer le tarif de la chambre commune.

Payer un acompte

L'hôpital peut demander un acompte par période de 7 jours. Le montant de l'acompte est prévu par la réglementation et diffère selon la qualité du patient et le type de chambre.

| | Bénéficiaire avec tarif préférentiel | Enfants en qualité de personnes à charge | Autre bénéficiaire |
|--|--------------------------------------|--|----------------------------|
| Chambre commune ou chambre à deux lits | 50 € | 75 € | 150 € |
| Chambre individuelle | Montant fixé par l'hôpital | Montant fixé par l'hôpital | Montant fixé par l'hôpital |

LA FACTURE

1^{ère} PARTIE : Identification

Identification

- les références de l'hôpital
- l'identité du patient
- le numéro de sa mutualité
- la période d'hospitalisation
- la date du droit au M^aF

2^{ème} PARTIE : Les frais

Les frais de séjour

- intervention personnelle
- forfait médicaments
- coût de la chambre

Les frais pharmaceutiques

parapharmaceutiques,
**implants, prothèses et dispositifs
médicaux non implantables**

Les honoraires

- médecins
- autres prestataires de soins
- forfaitaires (prises de sang...)

Les autres fournitures

- plâtre
- sang
- etc.

Les frais divers

Téléphone, télévision, etc.

LE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS

Un médicament est :

- soit produit et commercialisé par une firme pharmaceutique : il s'agit **d'une spécialité pharmaceutique**,
- soit préparé par un pharmacien : dans ce cas, on parle **d'une préparation magistrale**.

Pour que le médicament soit remboursé, **les conditions suivantes** doivent être remplies :

- le pharmacien reçoit une prescription rédigée par un médecin généraliste, un spécialiste, un dentiste ou une sage-femme ;
- le pharmacien délivre le médicament ;
- le médicament figure sur une des listes des médicaments pour lesquels un remboursement (total ou partiel) est prévu ;
- les conditions de remboursement sont respectées.

Les types de médicaments remboursés :

- les spécialités pharmaceutiques et les préparations magistrales,
- la contraception des jeunes jusqu'à 20 ans inclus,
- les pansements actifs pour plaies chroniques,
- les **radio-isotopes**,
- l'oxygène médical,
- les médicaments orphelins c'est-à-dire destinés aux maladies rares,
- les spécialités pharmaceutiques en cas de troubles de la fertilité,
- le **besoin médical non rencontré** - Unmet Medical Need
- les médicaments innovants.

Il existe **7 catégories de remboursement**

| | |
|---------------------|--|
| Catégorie A | Spécialités d'importance vitale. Par exemple, les médicaments destinés au traitement du diabète ou du cancer. |
| Catégorie B | Spécialités pharmaceutiques importantes sur le plan thérapeutique. Par exemple, les antibiotiques. |
| Catégorie C | Médicaments destinés au traitement symptomatique. Par exemple, les substances servant à liquéfier le mucus pour le traitement de la bronchite chronique. |
| Catégorie Cs | Vaccins contre la grippe, médicaments contre les allergies. |
| Catégorie Cx | Par exemple, les produits contraceptifs. |
| Catégorie Fa | Spécialités d'importance vitale dont la base de remboursement comprend un montant fixe. Par exemple, les érythropoïétines (EPO). Remarque : la différence éventuelle entre le prix appliqué et la base de remboursement ne peut pas être à charge du patient. |
| Catégorie Fb | Spécialités pharmaceutiques importantes sur le plan thérapeutique dont la base de remboursement comprend un montant fixe. Par exemple les médicaments utilisés en cas de dégénérescence maculaire. Remarque : la différence éventuelle entre le prix appliqué et la base de remboursement ne peut pas être à charge du patient. |

Les médicaments qui ne sont repris dans aucune de ces 7 catégories de remboursement sont parfois appelés les médicaments de la **catégorie D**. Il s'agit des médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu. Par exemple, les tranquillisants ou les somnifères.

Pour connaître la catégorie de remboursement, il est possible de consulter sur le site internet de l'INAMI (www.inami.fgov.be) le moteur de recherche des spécialités pharmaceutiques.

Exemples :

| Types de spécialités | Prix de base en pharmacie | Intervention d'un bénéficiaire BIM | Intervention d'un autre bénéficiaire |
|------------------------------|---------------------------|---|--------------------------------------|
| Augmentin 500 (16 comprimés) | 10,34 € | 1,21 € | 2,02 € |
| Neobacitracine | 9,48 € | 3,46 € | 3,46 € |

FACILITÉS FINANCIÈRES

LE TIERS PAYANT

Le tiers payant est un mécanisme qui permet de payer au dispensateur de soins (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien, etc.) uniquement la part des frais qui reste à charge du patient (= quote-part personnelle ou ticket modérateur).

Si le dispensateur de soins applique le tiers payant, le patient ne lui paie que le montant qui est à sa charge (le ticket modérateur), et éventuellement un supplément si le dispensateur n'est pas conventionné. Ce qui signifie que la personne n'avance pas le montant correspondant à l'intervention de l'assurance soins de santé. La mutualité versera directement ce montant au dispensateur. Dans ce cas, il n'y a pas d'attestation de soins à remettre à la mutualité.

Le tiers-payant peut être **obligatoire**, **facultatif** ou **social** selon le cas...

Le tiers payant est obligatoire pour

- le prix de la journée d'entretien et les prestations de santé dispensées à des personnes hospitalisées,
- la mammographie dans le cadre de certains dépistages du cancer du sein,
- les prestations 102771 (dossier médical global) ou 102852 (suivi du patient diabétique de type 2) si le patient en fait la demande,
- la consultation (et les éventuelles prestations techniques effectuées durant celle-ci) des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) chez le médecin généraliste, **conventionné** ou non, ainsi que dans un service de garde de médecine générale.

Bien que la loi ne l'impose pas, **les médicaments** sont également soumis aux modalités de tiers payant.

Le tiers payant est notamment interdit

- pour les consultations de médecins et de dentistes,
- pour certains traitement en dentisterie (traitements préventifs, radiographies, soins conservateurs, etc.),
- pour les psychothérapies au cabinet d'un médecin spécialiste en psychiatrie.

Le tiers payant pour certaines prestations sous certaines conditions

Le tiers payant peut être appliqué lorsque les prestations sont dispensées :

- dans les **maisons médicales** qui pratiquent **l'abonnement au forfait** ;
- dans des services de **santé mentale** ;
- dans des centres de **planning familial** et d'information sexuelle ;
- dans des centres d'accueil pour **toxicomanes** ;
- dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés. Sont visées notamment les **maisons de repos et de soins** et les maisons de repos pour personnes âgées agréées et conventionnées ou les **centres de rééducation fonctionnelle** ayant une convention avec le Comité de l'assurance ou agréés par l'autorité compétente ;
- à des bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux.

Le tiers payant en fonction de la situation du patient « le tiers payant social »

Dans ce cas, le tiers payant **peut** être appliqué par les médecins (**conventionnés** ou non) en faveur de certaines **catégories sociales** de patients.

Les patients visés

- ↪ Les bénéficiaires de **l'intervention majorée (BIM)** et leurs personnes à charge.
- ↪ Les bénéficiaires **chômeurs complets indemnisés** depuis **6 mois**, chefs de ménage ou isolés et leurs personnes à charge.
- ↪ Les bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées. Sont visés **les enfants qui souffrent d'un handicap**.
- ↪ Les bénéficiaires qui se trouvent dans **une situation financière individuelle occasionnelle de détresse**.
Il s'agit par exemple d'une consultation à un bénéficiaire qui, pour des motifs valables, souhaite que la facture ne soit pas adressée pour paiement au titulaire qui ouvre le droit (ex. en cas de visite chez un médecin pour une prescription d'un contraceptif) ou encore d'une consultation à une personne qui ne dispose pas de moyens propres suffisants bien que ne se trouvant pas dans une des situations visées ci-après.
- ↪ **Les titulaires** (et leurs **personnes à charge**) qui ont la qualité de **titulaires résidents** et qui sont **dispensés du paiement de la cotisation trimestrielle légale** parce que le ménage dispose de revenus annuels bruts imposables inférieurs à 14 155,79 €.
- ↪ Les bénéficiaires du statut « **malade chronique** » ; ils sont avertis par leur mutualité.

Le médecin généraliste doit appliquer le tiers payant pour les patients qui bénéficient de l'intervention majorée. Cette mesure ne s'applique pas lors des visites à domicile.

En cas de **demande d'application du tiers payant social**, il faut apporter la preuve qu'on se trouve dans une des situations précitées :

- par une attestation de la mutualité,
- par une vignette de la mutualité en cas d'octroi du BIM (le dernier chiffre du premier code titulaire est alors un « 1 »),
- par la lettre de la mutualité informant que la personne bénéficie du « statut affection chronique »,
- par une déclaration sur l'honneur du patient selon laquelle il se trouve dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse.

Le médecin peut aussi consulter un service en ligne pour vérifier s'il peut appliquer le tiers payant.

BÉNÉFICE DE L'INTERVENTION MAJORÉE

Grâce à l'intervention majorée, les consultations, les médicaments, les frais d'hospitalisation, etc. coûtent moins cher.
Certains bénéficiaires y ont droit automatiquement, d'autres doivent en faire la demande.

Deux catégories

Les bénéficiaires sans examen de revenus

- ↳ Les personnes qui perçoivent :
 - le revenu d'intégration sociale (**RIS**) versé par le CPAS durant 3 mois au moins,
 - l'aide sociale équivalente au RIS versée par le CPAS durant 3 mois au moins,
 - la garantie de revenus aux personnes âgées (**GRAPA**),
 - l'allocation pour personnes handicapées versée par le SPF Sécurité sociale.
- ↳ Les enfants qui sont atteints d'un handicap d'au moins 66% (physique ou mental) reconnus par un médecin de la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale.
- ↳ Les enfants inscrits en qualité de titulaire MENA (mineur étranger non accompagné).
- ↳ Les enfants orphelins de père et de mère.

Les bénéficiaires avec examen de revenus

1^{ère} catégorie

La personne, au moment de la demande :

- est pensionnée,
- ou perçoit une indemnité d'invalidité,
- ou cumule sur un an des périodes ininterrompues de chômage indemnisé ou d'incapacité de travail,
- ou est veuf ou veuve,
- ou est reconnue comme personne handicapée (sans allocation),
- ou est **titulaire** au sein d'une famille monoparentale.

La mutualité demandera de compléter une déclaration relative aux **revenus bruts** actuels du ménage.

Ceux-ci ne doivent pas dépasser par an :
18 730,66 € (augmentés de 3 467,55 € par personne à charge)*

↓

Déclaration sur l'honneur
(+ avertissement-extrait de rôle)

2^{ème} catégorie

La personne n'appartient pas aux autres catégories mais a des revenus modestes.

Dans ce cas, la mutuelle vérifie que les **revenus bruts** du ménage perçus au cours de l'année civile précédente ne dépassent pas 18 730,66 € (augmentés de 3 467,55 € par personne à charge)*

Exemple :
demande effectuée le 1^{er} mars 2017, la mutuelle vérifie les revenus de l'année 2016.

↓

Déclaration sur l'honneur
(+ avertissement-extrait de rôle)

* Montants fixés à partir du 1^{er} septembre 2017.

OCTROI DU STATUT DE PERSONNE ATTEINTE D'UNE AFFECTION CHRONIQUE

Grâce au statut de personne atteinte d'une affection chronique (« statut affection chronique »), le patient bénéficiera automatiquement d'avantages, comme le tiers payant ou une diminution du plafond de ses quotes-parts personnelles (parts payées par le bénéficiaire, appelées tickets modérateurs) dans le cadre du maximum à facturer. Le statut est octroyé automatiquement dans certains cas, ou sur base d'une attestation médicale à transmettre à la mutualité.



Octroi automatique du statut



- Soit la personne bénéficie de minimum **300 €** de dépenses de santé par trimestre pendant 8 trimestres consécutifs, ces 8 trimestres constituant 2 années civiles. Les dépenses de santé comprennent tant la part payée par la mutualité que la part personnelle.
- Soit la personne est déjà bénéficiaire du **forfait maladies chroniques**.



Le statut est octroyé par la mutualité pour **une durée de 2 ans** et est ensuite renouvelable d'année en année.



Octroi du statut sur demande



La personne a minimum **300 €** de dépenses de santé par trimestre pendant 8 trimestres consécutifs, ces 8 trimestres constituant 2 années civiles. Les dépenses de santé comprennent tant la part payée par la mutualité que la part personnelle **ET** souffre **d'une maladie rare ou orpheline**. Dans ce cas, la personne doit adresser à la mutualité une attestation médicale dans laquelle le médecin spécialiste doit indiquer de quelle maladie elle est atteinte.



Le statut est octroyé par la mutualité pour **5 ans renouvelables**.

LES AUTRES FACILITÉS FINANCIÈRES

Le Maximum à Facturer est un système qui limite les dépenses de soins de santé du ménage. Si les frais médicaux du ménage qui restent à charge, après l'intervention de l'assurance soins de santé, atteignent un montant maximum (variable selon la situation) au cours de l'année, la mutualité rembourse intégralement les frais qui viendraient encore s'ajouter.

Il existe 4 types de MàF, chacun avec son propre mode de calcul pour déterminer le montant des parts des frais à charge (= tickets modérateurs) qu'il faut atteindre pour y avoir droit : le MàF revenus, le MàF social, le MàF pour un enfant de moins de 19 ans, le MàF pour les malades chroniques.

La mutualité applique automatiquement le MàF.

L'ouverture d'un **dossier médical global** (DMG) chez le médecin généraliste offre un meilleur accompagnement individuel et permet une meilleure concertation entre les médecins. Grâce au module de prévention, la personne avec le soutien de son médecin peut surveiller sa santé de manière préventive. En outre, il bénéficie d'un meilleur remboursement pour une consultation ou une visite du médecin généraliste.

Il existe encore **d'autres mesures** telles que le Fonds spécial de solidarité par exemple - **Le service social de la mutualité** peut aider et conseiller sur toutes les aides qui existent pour faciliter l'accès aux soins.

Le Trajet de soins organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient avec une maladie chronique.

Il se base sur une collaboration entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Le trajet de soins commence après la signature du « contrat trajet de soins » par ces 3 parties.

Le trajet de soins est prévu pour l'instant pour certains patients avec une **insuffisance rénale chronique** ou un **diabète de type 2**.

L'échelonnement des soins : la consultation chez le spécialiste coûte moins chère si les 2 conditions suivantes sont remplies :

- la personne a un dossier médical global chez son généraliste
- celui-ci renvoie son patient vers un des spécialistes suivants : un gynécologue/obstétricien, un interniste, un cardiologue, un ophtalmologue (oculiste), un gériatre, un neurologue, un médecin ORL (nez-gorge-oreilles), un gastro-entérologue, un psychiatre, un urologue, un pédiatre, un rhumatologue, un stomatologue, un neuropsychiatre, un pneumologue, un dermato-vénérologue, un endocrino-diabétologue.

GLOSSAIRE

Abonnement au forfait

Les maisons médicales au forfait fonctionnent sur un mode de financement alternatif. Les patients ne payent plus directement le prestataire de soins. C'est la **mutuelle** qui verse **mensuellement** une **somme forfaitaire fixe** pour couvrir les soins.

Le système forfaitaire est le résultat d'un accord entre l'**INAMI**, toutes les **mutuelles** et certaines **maisons médicales**. Ce dispositif fonctionne par abonné. Le montant forfaitaire est donc **indépendant du nombre de représentants par profession** dans la maison médicale et **indépendant du nombre de contacts** entre les patients et la maison médicale.

Cela entraîne une **solidarité** importante entre tous les patients, qu'ils soient **malades** ou en **bonne santé** puisque ce n'est pas le nombre de fois qu'ils recourent aux services de la maison médicale qui permet de recevoir de l'argent mais bien le **nombre de personnes inscrites** au total qui compte.

Le forfait peut concerner **trois services** : les soins de **médecine générale**, les soins de **kinésithérapie** et les soins **infirmiers**.

AMU = Aide médicale urgente

L'aide médicale urgente s'applique uniquement aux personnes en séjour illégal c'est-à-dire celles qui ne disposent d'aucune autorisation de séjour, même temporaire, qui ne sont dans aucune procédure de recours suspensive et/ou les étrangers dont l'ordre de quitter le territoire est arrivé à échéance. Par exemple les clandestins, les personnes déboutées dans le cadre du regroupement familial, etc. L'aide peut être préventive ou curative, elle peut être donnée en soins ambulatoires ou lors d'un séjour dans un établissement de soins. Il n'existe pas de liste précisant les prestations visées.

Allocations d'insertion

Les allocations d'insertion sont des allocations de chômage forfaitaires octroyées au jeune (de moins de 25 ans) qui au terme d'un "stage d'insertion professionnelle" accompli après la fin de ses études, n'a toujours pas trouvé d'emploi.

Assurabilité

Il s'agit des conditions nécessaires pour pouvoir être assuré et protégé. Dans le cas de l'assurance obligatoire soins de santé, une des conditions est l'affiliation à une mutualité en qualité de titulaire ou de personne à charge.

Besoin médical non rencontré

Certains médicaments innovants peuvent faire l'objet d'une intervention avant même leur enregistrement, lorsqu'ils traitent une maladie grave ou mortelle et qu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique. Cette nouvelle procédure a été baptisée « Unmet Medical Need » (besoin médical non rencontré), et permet de donner accès plus rapidement aux médicaments innovants.

Conventionné

Ce terme qualifie certains prestataires de soins.

- **Conventionné** : le dispensateur de soins applique les tarifs officiels (excepté les situations où des suppléments sont autorisés de manière réglementaire comme par ex. les suppléments d'honoraires en cas de choix d'une chambre individuelle).
- **Non conventionné** : le dispensateur de soins fixe librement ses honoraires.
- **Partiellement conventionné** : il applique partiellement les tarifs officiels c'est-à-dire à certains moments de la journée ou à certains endroits (ex. cabinet privé ou hôpital). Seuls les médecins ou les dentistes peuvent être partiellement conventionnés.
- **Statut de conventionnement** pas encore connu.
- Il faut également savoir que certains dispensateurs de soins n'ont pas de convention ou d'accord portant notamment sur leurs tarifs : c'est le cas des diététiciens, des ergothérapeutes, des orthoptistes et des podologues.

Dispositifs non implantables

Il s'agit d'un dispositif médical qui accomplit son action médicale par un moyen mécanique. Beaucoup de produits différents répondent à cette définition. Exemples : un pansement qui couvre une blessure, un scanner qui prend une « photo » du corps pour permettre au médecin de poser un diagnostic, un défibrillateur externe qui envoie une décharge électrique pour redonner un rythme cardiaque normal...

L'assurance soins de santé rembourse ces 5 types de dispositifs médicaux non implantables :

- les solutions pour irrigation vésicale remboursables,
- le matériel de soins remboursable (ex. pompes à médicaments)
- les moyens diagnostiques remboursables (ex. glucomètre)
- les seringues stériles à insuline
- les sondes pour l'autosondage à domicile.

Érythropoïétines

L'Erythropoïétine est une hormone (protéine) naturelle. Elle régit l'érythropoïèse, c'est-à-dire la production des érythrocytes (ou globules rouges) par la moelle.

L'érythropoïétine est produite au niveau du rein ainsi que dans une moindre mesure au niveau du foie. Sa sécrétion est corrélée à la pression partielle en oxygène au niveau des cellules sécrétrices et donc indirectement à l'hématocrite. Toutefois, ce n'est pas le nombre d'érythrocytes qui régule cette sécrétion mais plutôt la quantité d'oxygène disponible.

Un certain nombre de pathologies nécessitent l'administration d'érythropoïétine aux patients qui en souffrent, particulièrement les patients ayant des déficiences rénales et soumis de ce fait à des dialyses (épuration sanguine artificielle).

Études du 3^{ème} cycle ou niveau

Sont visées les études dans les établissements d'enseignement supérieur (de type universitaire ou non) relevant de la compétence des communautés française, flamande et germanophone.

GRAPA

La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une prestation octroyée aux personnes âgées d'au moins 65 ans dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance. Lorsqu'une personne de 65 ans (ou plus) demande sa pension ou lorsqu'un bénéficiaire d'une pension anticipée atteint l'âge légal de la pension, le Service Fédéral des Pensions examine automatiquement son droit à une GRAPA à la condition que 90 % des pensions qui lui sont payées soient plus bas que le montant de base ou le montant de base majoré de la GRAPA.

Maladie rare ou orpheline

Maladie touchant un nombre restreint de personnes en regard de la population générale (1 personne sur 2000), reprise comme maladie rare ou orpheline sur le site Internet de Orphanet (<http://www.orpha.net>).

Orthèse

Une orthèse corrige une fonction déficiente, une attelle est un système de contention soutenant un membre déficient. Ces derniers sont appelés « appareillages orthopédiques ».

Paielement à l'acte

Il s'agit du système du paiement des prestations de santé le plus répandu : il consiste à payer le montant de la consultation ou de la prestation au prestataire de soins pour ensuite se faire rembourser une partie de ce montant par la mutuelle.

Prothèse

Une prothèse est un dispositif artificiel destiné à remplacer un membre, un organe ou une articulation.

Prothèse articulaire : ajout, ou mieux, substitution synthétique (acier, titane, céramique) destinée à remplacer en partie ou en totalité les surfaces articulaires d'une articulation humaine (prothèse de la hanche ou du genou).

Les prothèses « externes » ou exo-prothèses ont pour objet la substitution d'un membre amputé ou d'un organe manquant (par exemple prothèse oculaire).

Radio-isotopes

Les radio-isotopes, contraction de radioactivité et d'isotope, sont des atomes dont le noyau est instable et donc rayonneur. Un radioélément est un élément chimique dont tous les isotopes connus sont des radio-isotopes. Cette instabilité peut être due à un excès de protons, de neutrons voire des deux. Les radio-isotopes existent naturellement mais peuvent aussi être produits artificiellement par une réaction nucléaire.

Ils ont la propriété d'émettre des rayonnements utilisés en thérapeutique ou pour faire un diagnostic (iode, phosphore radioactif).

Revenus bruts ou rémunération brute

Le salaire est le paiement du travail convenu entre un salarié et son employeur.

Le salaire brut correspond à l'intégralité des sommes perçues par le salarié au titre de son contrat de travail, avant toute déduction de cotisations sociales et prélèvement du précompte professionnel.

Il s'agit donc d'une rémunération globale avant prélèvements.

Le salaire net est une expression comptable désignant la rémunération à laquelle a droit un salarié pour le travail accompli, après retenue fiscale ou sociale opérée sur la base du salaire brut. Il s'agit donc de la rémunération réellement touchée par le salarié.

RIS

Le revenu d'intégration sociale (RIS) – appelé avant 2002 minimum de moyens d'existence, ou encore, minimex – est une aide sociale financière accordée par les centres publics d'action sociale (CPAS).

Stage d'insertion professionnelle

Le stage d'insertion professionnelle est un stage d'une durée de 310 jours à accomplir par le jeune de moins de 25 ans lorsqu'il s'inscrit comme demandeur d'emploi à la fin de ses études ou après leur arrêt et qui permet d'avoir, au terme de ce stage, droit à des allocations d'insertion (et si toutes les autres conditions sont remplies).

L'objet social de l'Atelier des Droits sociaux

L'association a pour but la promotion de la citoyenneté active pour tous. Elle vise à la suppression des exclusions en matière économique, juridique et politique, notamment sur le plan du travail, de l'habitat, de la santé, de la sécurité sociale, de l'aide sociale et de l'aide juridique. Elle accorde une attention particulière aux personnes qui rencontrent des difficultés à exercer la plénitude des droits nécessaires pour participer pleinement à la vie sociale, ainsi qu'à la sauvegarde et au développement des mécanismes de solidarité sociale.

Dans cette perspective, elle a pour objectifs l'élaboration et la mise en œuvre des moyens permettant à tous les citoyens de connaître leurs droits, de les faire valoir et de s'organiser collectivement pour les défendre ou les promouvoir, notamment par l'information la plus large, l'aide juridique, des formations adaptées et l'appui aux initiatives d'organisation collective. Dans la même perspective, l'association a également pour objectif l'information et la sensibilisation des instances politiques, économiques et sociales sur les situations d'exclusion des droits sociaux.

L'Atelier des Droits Sociaux met à disposition des associations, et du public, des outils pédagogiques et une documentation générale sur les droits sociaux dans une optique de :

- ♦ Promotion des droits sociaux
- ♦ Lutte contre les mécanismes d'exclusion sociale
- ♦ Démocratisation de la culture juridique

L'asbl est reconnue comme organisation générale d'éducation permanente par la Fédération Wallonie-Bruxelles et comme association œuvrant à l'insertion par le logement par la Région de Bruxelles-Capitale.

Elle est soutenue comme initiative Santé par la Commission communautaire française.

Elle est agréée comme service juridique de 1^{ère} ligne.

à noter

L'actualité sociale connaissant très souvent des modifications importantes, nous mettons régulièrement à jour nos publications. Aussi, si vous n'êtes pas en possession de la dernière édition de cet outil, nous vous conseillons vivement de vérifier auprès de nos services si l'information qu'elle contient est toujours d'actualité avant de l'utiliser.

Des mises à jour sont téléchargeables sur notre site :

www.atelierdroits sociaux.be

Ces fiches ont été rédigées par **Carine Vandevelde**

Permanence juridique : le mardi de 9h à 12h et de 13h à 16h
le mercredi de 9h à 12h

La reproduction de ces fiches n'est autorisée qu'avec l'accord de l'association et moyennant la citation de la source.



1^{ère} édition : Mars 2018

Référence : S9

Éditeur responsable : Carine Vandevelde