

## **Règles de Prise en charge**

### **(Chapitre 4 du Titre III des Dispositions Générales d'Exécution (DGE))**

Conformément à l'article 30 de la Réglementation commune, des avances peuvent être accordées aux affilié(e)s pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes. Elles sont attribuées en principe sous la forme de prises en charge et à titre exceptionnel sous forme d'avances.

Les bénéficiaires du RCAM en complémentarité ne peuvent obtenir de prises en charge ou d'avances sauf s'il est établi, au moyen de documents probants, que le RCAM se substituera au régime primaire, conformément aux règles du présent titre régissant la complémentarité.

Sauf cas d'urgence ou de force majeure, la prise en charge doit être demandée au préalable par l'affilié.

La prise en charge est accordée dans les cas suivants:

- En cas d'hospitalisation, la prise en charge couvre les factures principales et celles du chirurgien. En cas de facturation séparée, les factures du médecin anesthésiste et de l'assistant peuvent également faire l'objet d'une prise en charge.

La durée de validité de ce type de prise en charge est fixée à 60 jours. Pour les hospitalisations d'une durée supérieure, il y a lieu d'introduire auprès du médecin conseil une demande de prolongation accompagnée d'un rapport médical justifiant cette prolongation.

- En cas de traitements ambulatoires lourds, dans le cadre d'une maladie grave, par exemple radiothérapie, chimiothérapie, dialyse.

- En cas d'achats répétitifs de médicaments coûteux comme, par exemple, les hormones de croissance, d'utilisation itérative d'une ambulance ou d'un véhicule sanitaire léger (VSL) ou d'examens coûteux, si le coût mensuel dépasse 20 % de la pension ou du traitement de base de l'affilié(e).

Dans le cadre d'une prise en charge, la partie des frais restant à charge de l'affilié(e) après tarification est retenue en principe sur les remboursements ultérieurs, éventuellement sur sa rémunération, sa pension ou sur toute autre somme qui lui est due par son Institution. Sur demande du Bureau Liquidateur, le solde peut être remboursé par virement sur le compte bancaire du RCAM. La régularisation de l'avance doit intervenir en principe au plus tard trois ans après la date de l'octroi de l'avance (Réglementation art. 30).

#### **Excessivité (REGLEMENTATION COMMUNE, Article 20§2)**

Pour les prestations pour lesquelles aucun plafond de remboursement n'est fixé, la partie des frais considérés comme excessifs au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés ne donne pas lieu à remboursement. La partie des frais considérés comme excessifs est déterminée au cas par cas par le Bureau liquidateur après avis du médecin conseil.

#### **Modalités particulières pour les bénéficiaires de la complémentarité** **(Chapitre 3 du Titre III des DGE)**

Les bénéficiaires de la complémentarité doivent d'abord avoir recours à leur régime primaire national de sécurité sociale et demander le remboursement de leurs frais médicaux auprès de celui-ci, le RCAM n'intervenant que comme régime complémentaire.

Toutefois, les frais relatifs aux prestations pour lesquelles le régime primaire n'accorde pas de remboursement peuvent faire l'objet d'un remboursement du RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier. Dans ce cas, l'intervention du RCAM est comparable à celle accordée à titre primaire.

Si, en raison de l'exercice du libre choix du prestataire, notamment pour les frais découlant de prestations dispensées à l'étranger, aucun remboursement par le régime primaire n'est possible, le RCAM peut également intervenir pour les prestations dont il assure le remboursement à condition qu'il soit établi au moyen de documents probants que toutes les procédures et règles du régime primaire ont été préalablement respectées. Le RCAM se substitue alors au régime primaire qu'à l'égard des prestations concernées.

Les bénéficiaires de la complémentarité qui dépendent d'un système à prestations directes ne peuvent se faire rembourser des frais exposés dans le secteur privé – pour les prestations dont la liste suit – que s'il est prouvé que le système public présente des carences manifestes (par exemple, délais d'attente, traitements inexistantes):

- Hospitalisations et interventions chirurgicales, - Traitements et examens en milieu hospitalier, - Maisons de repos et de soins,
- Garde-malades,
- Cures thermales et de convalescence

Une autorisation préalable est requise.

Les prestations autres que celles figurant sur la liste ci-dessus peuvent faire l'objet d'un remboursement par le RCAM à condition qu'elles soient admissibles au remboursement par ce dernier.

Les restrictions en matière de libre choix ne s'appliquent ni à l'affilié ni aux enfants à charge couverts en complémentarité.