



# « Mesures d'accès aux soins de santé de la sécurité sociale »

## Soins de santé

Version du 28/04/2015





*A- LE **D**OSSIER **M**MEDICAL **G**LOBAL*

*B- LE **T**TIERS **P**PAYANT*

*C- LE **M**MAXIMUM **A**FACTURER*

*D- LA MALADIE CHRONIQUE*



# LE **D**OSSIER **M**MEDICAL **G**LOBAL



# *LE DOSSIER MEDICAL GLOBAL*

- Le dossier médical global, appelé **DMG**, est un dossier médical géré par le médecin généraliste à la demande du patient :  
centralisation des données médicales du patient: prises de sang, radiographies, traitements, rapports de spécialistes ...
- Tout le monde peut en bénéficier.



# *LE DOSSIER MEDICAL GLOBAL*

## Comment procéder?

- Demande du patient à son médecin
- Le médecin ouvre le DMG par l'attestation du code 102771.

Les honoraires sont de 30 euros au 01.02.2015, entièrement remboursés par la mutualité.

→ Le DMG est donc GRATUIT



# LE DOSSIER MEDICAL GLOBAL

- 2 possibilités pour le paiement des honoraires :

- Le patient paie le médecin et la mutualité rembourse le patient.
- Demande du patient de pratiquer le « Tiers Payant »

Le médecin se fait alors directement payer par la mutualité.

- Quel médecin peut gérer le DMG?

Seuls les médecins agréés ou accrédités peuvent gérer le dossier médical global (grande majorité des généralistes).



# LE DOSSIER MEDICAL GLOBAL

- Validité d'un DMG:

Un DMG est valable jusqu'au 31 décembre de la 2<sup>ème</sup> année qui suit son ouverture.

Exemple: un DMG ouvert le 20/03/2015 sera valable jusqu'au 31/12/2017.

**Attention!** Un DMG ne peut être attesté qu'**une fois par an** et il ne peut pas être attesté seul ( avec consultation ou visite à domicile).



# LE DOSSIER MEDICAL GLOBAL

8

- Renouvellement du DMG:

Quand un DMG est ouvert, il est prolongé **automatiquement** d'un an, à condition que le patient ait eu au moins un contact avec son médecin pendant l'année qui précède: consultation ou visite à domicile.

Dans notre exemple: DMG ouvert le 20/03/2015 valable jusqu'au 31/12/2017. En 2017, si un contact avec le médecin en 2016 → prolongation jusqu'au 31/12/2018.





# LE *DMG* MEDICAL GLOBAL

9

Le **DMG** offre:

- des avantages médicaux ( trajet de soins,...)
- des avantages financiers ( diminution du TM,...)



# LE TIERS PAYANT



# *LE TIERS PAYANT*

- **Tiers Payant** = possibilité pour le patient de ne pas devoir avancer la totalité des honoraires de certaines prestations
- Le patient paie uniquement le ticket modérateur (TM) : différence entre l'honoraire légal et le remboursement INAMI
- Le prestataire de soins (médecin, dentiste... ) ou l'institution de soins se fait rembourser par la mutualité



# LE TIERS PAYANT

- Le régime du tiers payant peut être appliqué pour certaines catégories de bénéficiaires:
  - les bénéficiaires de la **g**arantie de **r**evenu **a**ux **p**ersonnes **â**gées (GRAPA)
  - les bénéficiaires du **r**evenu d'**i**ntégration **s**ociale (RIS)
  - les **b**énéficiaires de l'**i**ntervention **m**ajorée (BIM)
  - les bénéficiaires d'une allocation pour handicapé
  - les chômeurs complets depuis plus de 6 mois consécutifs (isolé ou chef de ménage)



# LE TIERS PAYANT

13

## Deux catégories particulières de bénéficiaires:

- Les personnes avec statut « Malade Chronique »:  
**TP** pour les consultations et visites chez le généraliste
- Les personnes qui se trouvent dans une situation financière de détresse



## LE TIERS PAYANT

- **Médecin, dentiste, kiné,...**

Tiers Payant = exception à la règle : le prestataire n'a pas d'obligation de l'appliquer.

S'il accepte, il s'adresse directement à la mutualité du patient pour percevoir ses honoraires.

- **Pharmacie**

Le patient ( pour des médicaments remboursables prescrits par son médecin) paie uniquement le ticket modérateur à condition qu'il soit en ordre vis-à-vis de sa mutualité.

- **Hospitalisation**

Le patient reçoit une facture qui ne lui réclame que le ticket modérateur ( + suppléments éventuels). La mutualité paie directement à l'hôpital l'intervention de l'assurance soins de santé (intervention INAMI).



# LE TIERS PAYANT

15

- 1<sup>er</sup> Octroi du Tiers Payant:

Le **TP** est accordé jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle durant laquelle les conditions sont remplies.

Exemple:

Qualité acquise au 01/05/2015 → octroi TP → 31/12/2016

- Renouvellement:

Le **TP** est prolongé automatiquement d'un an à condition que la qualité existait encore l'année précédente

Dans notre exemple: prolongation pour l'année 2017 si la qualité existait encore en 2016



# LE *M*AXIMUM *A* *F*ACTURER





## *LE MAXIMUM A FACTURER*

- Aide financière en matière de santé.

Le patient supporte des tickets modérateurs jusqu'à un certain seuil variable en fonction du type de **MAF**.

Dès que ce seuil est atteint, l'honoraire légal complet est remboursé.

- **Qui peut bénéficier du MAF ?**

- **Le MAF Social**

Uniquement pour le bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). Une exception est toutefois prévue pour certaines personnes handicapées bénéficiant d'une allocation d'intégration.

**MAF Social** : montant des tickets modérateurs pris en charge par le patient = 450€ par an.



# *LE MAXIMUM A FACTURER*

## ➤ Le MAF Revenus

Tous les ménages peuvent en bénéficier.

Le seuil des TM varie en fonction des revenus annuels imposables du ménage .



# LE MAXIMUM A FACTURER






19

## Revenus pris en compte :

Revenus de la 3<sup>ième</sup> année qui précède celle pour laquelle le droit est examiné.

Droit 2015 → revenus 2012

## Plafonds pour le MAF de l'année 2015:

- 450,00 €  revenus jusque 17.780,17 €
- 650,00 €  revenus jusque 27.333,69 €
- 1.000,00 €  revenus jusque 36.887,24 €
- 1.400,00 €  revenus jusque 46.042,70 €
- 1.800,00 €  revenus à partir de 46.042,71 €



# LE MAXIMUM A FACTURER

20

## ➤ Le MAF enfants (- DE 19 ANS)

- Dès que les tickets modérateurs d'un enfant atteignent 650 € par an
- Quel que soit les revenus du ménage



## *LE MAXIMUM A FACTURER*

### ➤ Le MAF « malade chronique »

- Pour les personnes dont l'état de santé entraîne des dépenses importantes en soins chaque année.
- Si les dépenses de santé atteignent un minimum de 300 € par trimestre civil, pendant au moins 8 trimestres consécutifs (= deux années civiles consécutives)  
→ plafond MAF du ménage réduit de 100 € (= prise en charge plus rapide des soins à 100 %)
- Ces personnes sont alors automatiquement considérées comme "**malade chronique**".



# LA MALADIE CHRONIQUE

22



# LA MALADIE CHRONIQUE

- **Critères d'octroi du statut « malade chronique »:**
  - 1<sup>er</sup> critère d'octroi : critère financier
  - 2<sup>ème</sup> critère d'octroi : bénéficiaire d'un forfait de soins (allocation forfaitaire)
  - 3<sup>ème</sup> critère d'octroi: être atteint d'une maladie rare ou orpheline



# LA MALADIE CHRONIQUE

24

## ➤ 1<sup>er</sup> critère d'octroi

### Critère financier

- Avoir supporté au minimum 300 € de dépenses de santé par trimestre civil pendant au moins 8 trimestres consécutifs (= deux années civiles consécutives)
  - Octroi du statut un **1<sup>er</sup> janvier**
  - ✓ Dépenses de santé: visites et consultations de médecins, frais infirmiers, kinésithérapie, médicaments, ...
  - ✓ Honoraires conventionnels.
  - ✓ Ce montant est adapté au 1er janvier de chaque année en fonction de l'indice santé.





# LA MALADIE CHRONIQUE

25

➤ 2<sup>ème</sup> critère d'octroi

bénéficiaire d'un forfait de soins (= allocation forfaitaire)



# LA MALADIE CHRONIQUE

➤ 3<sup>ème</sup> critère d'octroi: maladie rare ou orpheline

Cumul avec le critère 1

1. Critère financier → OK

2. Etre atteint d'une maladie rare ou orpheline.

Une attestation médicale rédigée par un médecin spécialiste doit être transmise au médecin-conseil de la mutualité.



# *LA MALADIE CHRONIQUE*

27

## **Octroi du statut et durée**



# LA MALADIE CHRONIQUE

## Critères 1 et 2

Statut octroyé automatiquement pour **deux années civiles** à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle au cours de laquelle les conditions sont remplies

### Exemples:

- Critère financier OK en 2013 : statut du 01/01/2014 au 31/12/2015
- « forfait de soins » OK en 2013 : statut du 01/01/2014 au 31/12/2015



# LA MALADIE CHRONIQUE

29

## Critère 3: maladie rare ou orpheline

Statut octroyé lorsque le bénéficiaire **transmet au médecin-conseil** de sa mutualité une attestation médicale d'un spécialiste

• Statut octroyé pour **cinq années civiles** à partir du 1er janvier de l'année où est introduite l'attestation.

NB: Les dépenses de santé (minimum 300 € par trimestre) doivent donc avoir été supportées durant les deux années civiles qui précèdent l'octroi du statut.

### Exemple:

Pour une attestation de maladie rare signée en 2014 → statut du 01/01/2014 au 31/12/2018



# LA MALADIE CHRONIQUE

## Ouverture du statut « malade chronique »

- **de manière automatique** par la mutualité du bénéficiaire pour les deux premiers critères (critère financier et critère « forfait de soins »)
- sur base d'une attestation médicale établie par le médecin spécialiste qui atteste que le bénéficiaire est atteint d'une maladie rare ou orpheline.





§ The end §