



INFORMACIONES ADMINISTRATIVAS
MEDDELELSER FRA ADMINISTRATIONEN
VERWALTUNGSMITTEILUNGEN
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
ADMINISTRATIVE NOTICES
INFORMATIONS ADMINISTRATIVES
INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE
MEDEDELINGEN VAN DE ADMINISTRATIE
INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS
HALLINNOLLISIA TIEDOTUKSIA
ADMINISTRATIVA MEDDELANDEN

9.4.1986



Spécial

INTERINSTITUTIONS
TOUS LES LIEUX D'AFFECTATION

**Réglementation relative à la couverture
des risques de maladie
des fonctionnaires
des Communautés européennes
Procédures**

Réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes Procédures

Les réglementations relatives à la couverture des risques de maladie d'une part, des risques d'accident et de maladie professionnelle d'autre part, des fonctionnaires des Communautés européennes, ont été mises à jour et publiées en mai 1984 sous le titre "Statut : règlements et réglementations applicables aux fonctionnaires et autres agents des Communautés européennes" (réf. IX/1/29/84).

La présente mise à jour concerne les procédures à suivre en ces domaines ainsi que les formulaires à utiliser. Elle remplace la partie "procédure" parue dans le fascicule "Réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes et guide pratique du remboursement des frais médicaux" (réf. IX/1318/78).

Les bureaux liquidateurs de Bruxelles, Luxembourg et Ispra sont à la disposition des affiliés pour leur donner toutes informations utiles ou complémentaires.

Table des matières

A. Assurance maladie

- I) Demande de remboursement de frais médicaux,
- II) Autorisations préalables.
- III) Remboursement à 100 %.
- IV) Remboursement spécial.
- V) Paiements directs, avances, paiements accélérés.
- VI) Médecine préventive.
- VII) Prestations non remboursées.
- VIII) Généralités.

B. Assurance accident et maladie professionnelle

A. Assurance maladie

IL est recommandé aux affiliés de ne jamais oublier d'indiquer Leur numéro de personnel ou de pension sur les formulaires et toute correspondance avec les bureaux Liquidateurs.

I. Demande de remboursement de frais médicaux(1)

- 1) La demande de remboursement dûment remplie doit être transmise accompagnée des pièces justificatives, en un seul exemplaire, au bureau Liquidateur compétent ou au bureau désigné à cet effet par chaque institution, au plus tard dans La période de 12 mois qui suit le semestre civil au cours duquel les prestations ont été dispensées, sauf cas de force majeure (art. 13).

IL est recommandé de conserver une copie du formulaire de demande.

- a) Tous les frais doivent ressortir de factures Légales acquittées indiquant le nom du malade et le nom du prestataire des soins. Seul l'original des factures est accepté (sauf en cas de remboursement complémentaire).
- b) Pour Les prestations dont les paiements ont été acquittés par chèque ou virement, et pour lesquels il n'a pas été possible d'obtenir une preuve de L'acquit, les affiliés doivent indiquer sur les factures et les notes d'honoraires:
 - 1°) Le numéro du chèque,
 - 2°) Le nom de L'organisme chargé du paiement,
 - 3°) la date du paiement,
 - 4°) ces indications doivent être accompagnées de la signature de L'affilié.
- c) Toute facture délivrée par un médecin doit être conforme à la législation du pays dans lequel elle est émise et doit en outre porter La date de chaque consultation et de chaque visite à domicile (avec l'heure pour Les visites de nuit) et Les honoraires perçus pour chaque acte médical.
- d) En cas d'intervention chirurgicale, le chirurgien doit préciser La nature de l'intervention (cette précision peut être donnée par l'indication sur la facture du numéro de L'acte chirurgical dans la nomenclature nationale ou par

(1) voir annexe 1.

un certificat du chirurgien indiquant l'intervention, à transmettre sous pli fermé à l'attention du médecin-conseil attaché au bureau liquidateur).

- e) En ce qui concerne les relevés de soins et prothèses dentaires effectués et les montants analytiques des honoraires perçus par les praticiens, les fonctionnaires sont priés d'utiliser les imprimés prévus à cet effet (1). Il est rappelé que pour les prothèses, des devis préalables sont exigés (2). Nous prions instamment les assurés, dans l'intérêt commun, d'être très attentifs lorsque des sommes importantes sont demandées et ne semblent pas entièrement justifiées. Nous vous rappelons que les bureaux liquidateurs ont des dentistes-cons'eil qui donnent des avis.

D'autre part l'attention des affiliés est attirée par le point XV/2 de la réglementation qui stipule que "les frais relatifs aux traitements considérés, après avis éventuel de son médecin-conseil, comme non fonctionnels, excessifs ou non nécessaires par le bureau liquidateur, ne donnent pas lieu à remboursement".

Il est rappelé également que les personnes qui peuvent obtenir un remboursement d'une autre assurance publique ou une prestation gratuite doivent d'abord s'adresser au système dont ils dépendent avant de bénéficier à titre complémentaire de notre régime (article 6 de la réglementation).

les devis dentaires et les notes d'honoraires doivent être remplis intégralement par le praticien avec mention de l'identité du bénéficiaire, le détail des soins et si possible la date du début et de la fin du traitement.

- f) Pour les frais pharmaceutiques, l'ordonnance médicale doit être jointe aux demandes de remboursement. Dans le cas où l'ordonnance doit être conservée par la pharmacie, l'assuré est tenu de produire une copie certifiée par le pharmacien. Il n'est pas accordé de remboursement pour les frais pharmaceutiques non prescrits par le médecin.

le remboursement pour des répétitions de prescriptions médicales ne peut s'effectuer que si le médecin les a formellement ordonnées.

Certaines officines pharmaceutiques refusent de donner sur les quittances la nature des produits délivrés avec la mention du prix payé. Il est rappelé aux affiliés qu'eux seuls

(1) voir annexes 2 et 3

(2) voir annexes 5 et 6

sont détenteurs du secret médical et qu'ils peuvent exiger une quittance détaillée des produits délivrés. En tout état de cause, les factures pharmaceutiques ne seront valablement acceptées que si elles comportent la désignation de la nature du produit délivré, le prix effectivement payé, le cachet et la signature du pharmacien.

Remarque :

les affiliés sont priés de veiller à ce que les demandes et les pièces justificatives soient conformes à ces dispositions, afin que les remboursements puissent être liquidés dans les délais les plus brefs, et pour éviter tout retour de document au fonctionnaire. Les pièces justificatives doivent être conformes aux règlements et aux lois des pays dans lesquels elles ont été émises.

- 2) Un bordereau mécanographique indiquant le détail du remboursement est adressé à l'affilié.

II. Autorisations préalables

- 1) Dans certains cas, le remboursement de frais n'est effectué qu'après autorisation préalable de la prestation. Ces cas sont mentionnés dans la réglementation. Il y a donc lieu de veiller à ce que la demande d'autorisation préalable, ainsi que - le cas échéant - un devis pour certaines prestations médicales soient présentés avant le début du traitement. Toutes les autorisations préalables doivent être envoyées au bureau liquidateur ou au bureau désigné à cet effet par chaque institution sans faire transiter celles-ci par le service médical.

Il est précisé à ce sujet que, lorsqu'une telle autorisation n'est pas sollicitée préalablement aux prestations médicales, les demandes de remboursement ne pourront être prises en considération.

- 2) Liste des prestations dont le remboursement nécessite une autorisation préalable (1) (cf. points IX à XIII de l'annexe 1 de la réglementation).
 - a) Physiothérapie, hydrothérapie, massages médicaux, gymnastique médicale, mécanothérapie, rayons ultraviolets, infrarouges, ultrasons, bains fango, logopédie, psychothérapie,

(1) voir annexe 4

- examen psychologique, électrothérapie, pédicure médicale, acupuncture (1), chiropractie (1) et traitements assimilés;
- b) Frais de garde malade (établissement hospitalier ou domicile) ;
 - c) Cure de convalescence (longue ou grave maladie) ou post-opératoire ; cure thermale, cure pour enfant débile ;
 - d) Appareils orthopédiques, tels que fauteuils roulants et appareils auxiliaires, béquilles, cannes et chaussures orthopédiques ;
 - e) Frais de déplacement en dehors du lieu d'affectation ;
 - f) Frais d'accompagnement (hospitalisation d'un enfant) ;
 - g) Visites successives de sommités médicales ;
 - h) Certains cas d'intervention chirurgicale plastique.
- 3) Prestations dont le remboursement nécessite un devis (2) :
- a) Prothèses dentaires ;
 - b) Traitement orthodontique.

III. Remboursement à 100%

Pour l'application des dispositions de l'article 72 paragraphe 1 du statut et du point IV de l'annexe 1 de la réglementation (remboursement à 100 % des frais de maladies graves), l'affilié concerné est prié d'introduire auprès du bureau liquidateur ou du bureau désigné à cet effet par chaque institution une demande écrite accompagnée d'un rapport détaillé, sous pli fermé à l'attention du médecin-conseil, établi par le médecin-traitant du malade.

L'affilié est ensuite informé de la décision prise par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis du médecin-conseil.

Cette décision est en principe valable pour une période maximum 1 de douze mois. Si l'état de santé du malade ne s'est pas amélioré, il y a lieu de présenter en temps utile au bureau liquidateur

- (1) autorisation préalable pas nécessaire si pratiquée par un médecin
- (2) voir annexes 5 et 6

ou au bureau désigné à cet effet par chaque institution une demande de renouvellement, accompagnée d'un nouveau rapport du médecin traitant.

Les demandes de remboursement de frais se rapportant à une maladie grave pour laquelle le remboursement à 100 % a été autorisé, devront être présentées au moyen d'un formulaire séparé, reprenant la référence de l'accord 100 %. Les frais demandés en remboursement devront uniquement être ceux se rapportant à la maladie grave pour laquelle le remboursement à 100 % a été accordé.

IV. Remboursement spécial

1) L'article 72 §3 du statut ainsi que l'article 8 §2 des dispositions générales de la réglementation du régime commun d'assurance-maladie prévoient un remboursement spécial des frais médicaux, lorsque la partie non remboursée des frais exposés par l'affilié pour lui-même ou les personnes assurées de son chef dépasse, au cours d'une période de 12 mois, la moitié de la moyenne du traitement de base mensuel ou de la pension perçus pendant ladite période.

Le remboursement spécial est déterminé de la manière suivante :

- 90 % lorsqu'il s'agit d'un affilié sans personne assurée de son chef ;
- 100 % dans les autres cas.

Conformément à l'article 13 §2 de la réglementation relative à la couverture des risques de maladie, les demandes de remboursement spécial visé à l'article 8 §2 des dispositions générales de ladite réglementation, sont à introduire dans un délai de 12 mois à compter de la date de remboursement des frais de la dernière prestation rentrant dans la période de 12 mois considérée.

Exemple : Période considérée :	<u>13.6.1984 au 12.6.1985</u>
Date du décompte mécanographique de remboursement de la dernière prestation :	<u>23.7.1985</u>
Date limite de la demande d'application de l'article 72 §3 :	<u>22.7.1986</u>

Jusqu'à présent, les demandes de remboursement spécial étaient introduites par les affiliés auprès des bureaux liquidateurs lorsqu'ils estimaient qu'une somme importante était restée à leur charge.

Dorénavant, et afin de permettre de respecter le délai de 12 mois, une note d'information est transmise, à raison de trois fois par an, aux affiliés susceptibles de prétendre à un tel remboursement.

Après avoir reçu cette information, dont vous trouverez un fac-similé en annexe 7, il reste toutefois nécessaire, pour pouvoir bénéficier de cette disposition, d'en faire la demande écrite le plus rapidement possible auprès du bureau liquidateur en précisant la période exacte à considérer.

Ceci est réalisé en vue d'améliorer et de faciliter les remboursements spéciaux auxquels les affiliés peuvent prétendre.

En ce qui concerne les conjoints affiliés tous deux au régime commun d'assurance-maladie, les dispositions d'interprétation de l'article 8 §2 de la réglementation spécifient que :

- Lorsque deux conjoints sont tous deux affiliés au régime, ceux-ci ont de commun accord la faculté d'opter pour le cumul des parties non remboursées de leurs frais de maladie sous réserve :
 - que celui-ci se fasse dans le chef de conjoint affilié ayant le traitement de base le plus élevé ;
 - que le conjoint - dont la partie non remboursée des frais serait prise en considération lors du décompte des frais du conjoint ayant le traitement de base le plus élevé - renonce à l'introduction séparée d'une demande sur la base des dispositions des articles 72 paragraphe 3 du Statut et 8 paragraphe 2 de la réglementation ;
 - que la période de 12 mois prise en considération soit la même pour les deux conjoints.

Si les deux conjoints souhaitent obtenir la note d'information mentionnée ci-dessus comportant le cumul des deux dossiers frais médicaux, il est nécessaire que la demande soit faite par les deux conjoints.

Cette note d'information sera transmise au conjoint affilié ayant le traitement de base le plus élevé.

- 2) En conséquence de l'Arrêt 115/83 de la Cour de Justice des C.E. portant sur le remboursement spécial des frais de maladie suivant l'article 72 §3 du statut : dans le calcul du remboursement spécial auquel un affilié peut prétendre, il sera tenu compte du coefficient correcteur du lieu d'affectation à appliquer à son traitement de base, ou du coefficient correcteur du lieu de résidence de sa pension ou de son indemnité, si l'affilié en fait la requête lors de sa demande.

V. Paiements directs, avances, paiements accélérés

- 1) Paiement direct - factures d'établissements hospitaliers.

En cas d'hospitalisation excédant deux jours, une lettre de prise en charge peut être délivrée avec l'accord de l'établissement hospitalier concerné, à la demande de l'affilié. Après liquidation de ces frais hospitaliers, le montant restant à la charge de l'affilié et figurant au décompte définitif sera inscrit au compte "avances" des futurs remboursements et sera retenu soit sur ceux-ci soit sur la rémunération.

Il est rappelé que l'intervention d'un régime extérieur primaire ne peut donner lieu à des prises en charge directes par notre régime auprès des établissements de soins. Toutefois, dans le cas où la lettre de prise en charge n'est pas acceptée par l'établissement hospitalier, une avance dont le montant est déterminé par le bureau liquidateur ou par le bureau désigné à cet effet par chaque institution, peut être accordée à l'affilié.

Pour plus d'informations et pour l'établissement d'une lettre de prise en charge, il y a lieu de s'adresser au bureau liquidateur ou au bureau désigné à cet effet par chaque institution.

- 2) Remboursement accéléré.

Un remboursement accéléré peut être demandé si l'affilié, tenant compte de son salaire normal, a dû faire face à des dépenses pour frais médicaux exceptionnellement élevées. Ce paiement est effectué au compte bancaire de l'affilié et repris ultérieurement sur le décompte mécanographique.

IL est bien entendu qu'il ne peut être fait appel à cette procédure lorsqu'il s'agit de dépenses s'échelonnant sur une longue période. Compte tenu des complications administratives que cela implique, les affiliés sont priés de > n'avoir recours aux paiements accélérés et aux avances qu'en cas de réelle urgence.

Modalités à suivre pour obtenir un remboursement accéléré :

- a) L'affilié - en faisant la demande - doit déclarer se trouver dans une situation financière difficile suite à des paiements qu'il a faits pour des prestations médicales ;
- b) Les traitements médicaux qui ont eu lieu plus de deux mois avant la date de la demande ne peuvent pas être pris en considération pour bénéficier de cette facilité ;
- c) Les sommes prises en considération doivent être au moins de :

10.000.- FB pour les fonctionnaires de grade D jusqu'à C4

15.000.- FB pour Les fonctionnaires de grade C3 à B3 et A8

45.000.- FB pour les fonctionnaires de grade B2 à B1 et de A7 à A4

70.000.- FB pour les fonctionnaires de grade A3 et au-delà de ce grade.

VI. Médecine préventive

Suite à la modification de L'article 72 du statut, il est rappelé aux assurés qu'ils peuvent bénéficier d'exams de dépistage périodiques et systématiques.

Les examens doivent être obligatoirement pratiqués dans un centre agréé par Le R.C.A.M. Toutefois, en ce qui concerne Les pensionnés, volontaires et agents isolés ne résidant pas à proximité d'un de ces centres, ils peuvent bénéficier des mêmes avantages en s'adressant soit à leur médecin traitant, soit à un centre spécialisé ; Les frais y afférents seront remboursés pour autant que les bénéficiaires soient inscrits auprès du Bureau central de Bruxelles et que ces frais

correspondent aux barèmes publics en vigueur. Les frais de déplacement ne sont pas pris en charge.

Les convocations sont envoyées :

- tous les trois ans pour les femmes (programme n° 1) et les hommes (programme n° 3) de moins de 40 ans ;
- tous les deux ans pour les femmes (programme n° 2) et les hommes (programme n° 4) âgés de 40 à 50 ans ;
- tous les ans pour les femmes (programme n° 2) et les hommes (programme n° 4) âgés de plus de 50 ans.

Seules les prestations contenues dans les programmes sont totalement à charge du R.C.A.M.

Voir en annexe 8, 9, 10, 11, les fac-similés des programmes détaillés.

Les personnes déjà inscrites sont convoquées automatiquement. Tous les assurés non inscrits peuvent le faire à tout moment.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser :

- Luxembourg : Mlle Wolter - Parlement européen - tél. 2745
- Ispra : Mme Combet - tél. 5061
- Bruxelles : Mme Lopéra - tél. 57694 - et Mme Wrana tél.53866

VII. Prestations non remboursées

Suite aux avis du Conseil médical et du Comité de gestion du régime commun d'assurance maladie, les consultations et les prescriptions des Heilpraktiker et des naturopathes ne sont pas remboursables, sauf si ceux-ci sont médecins.

Les tests de grossesse ne sont remboursés que s'ils sont effectués par un médecin.

La néonatalogie, technique de psychothérapie, n'est remboursable que lorsqu'elle est prescrite par un neuropsychiatre.

La réflexologie n'est pas reconnue médicalement et n'est donc pas remboursable.

Les oligoéléments, l'aromathérapie, la phytothérapie, ne donnent pas lieu à remboursement.

VIII. Généralités

Les formulaires (demande de remboursement, demande d'autorisation préalable, devis dentaire, etc.) peuvent être obtenus au secrétariat de chaque unité administrative, ou au bureau désigné à cet effet par chaque institution.

Pour toute information d'ordre général, il y a lieu de s'adresser au bureau liquidateur ou au bureau désigné à cet effet par chaque institution. Les affiliés affectés dans un lieu isolé, les pensionnés et les volontaires, peuvent obtenir des informations et/ou des formulaires auprès du secrétariat du bureau liquidateur de Bruxelles.

B. Accident et maladie professionnelle

Les frais médicaux entraînés par un accident d'un affilié ou d'un assuré doivent faire l'objet de demandes de remboursement ne reprenant que ces frais ; ces frais sont d'abord soumis à l'application de la réglementation relative à la couverture des risques de maladie et aux procédures qui en découlent notamment en ce qui concerne les demandes d'autorisation préalable.

En vertu des dispositions de l'article 73 du statut et de la réglementation qui y est visée, un remboursement supplémentaire est prévu pour le fonctionnaire et l'agent temporaire au titre de la couverture contre les risques d'accident et de maladie professionnelle (dans ce dernier cas, les frais sont également à soumettre au remboursement séparément).

Il est rappelé que, sauf cas de force majeure ou pour tout autre motif légitime, le fonctionnaire ou l'agent temporaire, doit

introduire une déclaration de L'accident dont il a été victime dans Les dix jours ouvrables suivant la date à laquelle l'accident s'est produit.

Par ailleurs, lorsque la cause d'un accident ou d'une maladie est imputable à un tiers, il est rappelé qu'eu égard à l'article 85bis du statut "les Communautés sont, dans la limite des obligations statutaires leur incombant consécutivement à l'événement dommageable, subrogées de plein droit à la victime ou à ses ayants-droit dans leurs droits et actions contre le tiers responsable".

RÉGIME COMMUN D'ASSURANCE - MALADIE

NOTE D'HONORAIRES

INSTITUTION

RELEVÉ DES SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES EFFECTUÉES ET MONTANT ANALYTIQUE DES HONORAIRES REÇUS PAR LE PRATICIEN

Nom et prénom de l'affilié

Personne assurée du chef de l'affilié à qui les soins ont été donnés

N° de matricule

<p>HAUT</p> 	<p>(A remplir par le praticien APRES le traitement s v p) en indiquant simplement le chiffre de la dent</p> <p>Radiographies Nombre _____ Régions _____</p> <p>Soins Obturation normale de _____ -- -- Obturation avec dévitalisation de _____ -- -- Inlay sur _____</p> <p>Chirurgie Extraction de _____ -- -- Extraction dent incluse de _____ -- -- Apectomie de _____ -- -- Gingivectomie _____</p> <p>Traitements particuliers _____</p>	<p>Honoraires REÇUS</p>
<p>BAS</p>		
<p>HAUT</p> 	<p>Prothèse fixe (à décrire dans la colonne employée) Couronne sur _____ -- -- _____ sur _____ Richmond sur _____ -- -- -- -- _____ sur _____ Richmond/Veneer (*) sur _____ Inlay sur _____ -- -- dents intermédiaires _____</p> <p>Matières employées _____</p> <p>Prothèse mobile Dentier supérieur { dents à remplacer _____ crochets ou attachement (*) sur _____ Base (résine metal Inox chrome cobalt) (*) _____</p> <p>Dentier inférieur { dents à remplacer _____ crochets ou attachement (*) sur _____ base (résine metal Inox chrome cobalt) (*) _____</p> <p>Réparations (à détailler) _____</p> <p>Prothèses provisoires _____</p>	
<p>BAS</p>		
<p>* (biffer les mentions inutiles)</p>		<p>TOTAL des honoraires reçus</p>

Cachet du praticien traitant

Je certifie avoir effectué les soins ou prothèses indiqués sur cette fiche et en avoir perçu les honoraires qui s'élevaient à _____

Avis du Dentiste-Conseil

Le

19

Signature,

Avis du Medecin-Conseil

242 004

12431/1978

RELEVÉ D'HONORAIRES

TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

Formulaire B 2

244.002

Cachet du praticien traitant	Je certifie avoir effectué le traitement orthodontique complet de la denture de M et avoir perçu pour l'ensemble de mes prestations des honoraires globaux s'élevant à Signature,	Avis du Dentiste-Conseil Avis du Médecin-Conseil
, le	196.	

Reçu partiel à faire remplir par le praticien

Nom et prénom de l'affilié	Reçu de M	, la somme	
.....	de	pour soins orthodontiques	
N° de matricule	donnés à	au	196
.....	au cours du	Le	196
Cachet du praticien traitant		Signature	
Remarques			

SPECIMEN

Reçu partiel à faire remplir par le praticien

Nom et prénom de l'affilié	Reçu de M	, la somme	
.....	de	pour soins orthodontiques	
N° de matricule	donnés à	au	196
.....	au cours du	Le	196
Cachet du praticien traitant		Signature	
Remarques			

Reçu partiel à faire remplir par le praticien

Nom et prénom de l'affilié	Reçu de M	, la somme	
.....	de	pour soins orthodontiques	
N° de matricule	donnés à	au	196
.....	au cours du	Le	196
Cachet du praticien traitant		Signature	
Remarques			

Reçu partiel à faire remplir par le praticien

Nom et prénom de l'affilié	Reçu de M	, la somme	
.....	de	pour soins orthodontiques	
N° de matricule	donnés à	au	196
.....	au cours du	Le	196
Cachet du praticien traitant		Signature	
Remarques			

0911/68 IX A

COMMUNAUTÉS EUROPEENNES

REGIME COMMUN D'ASSURANCE-MALADIE

Annexe 4

CETTE DEMANDE DOIT ETRE INTRODUITE
EN TROIS EXEMPLAIRES AU BUREAU LIQUIDATEUR

DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE

N° PERSONNEL DE L'AFFILIE

NOM et prénom de l'affilié(e)

Mme/Mlle/M _____

ADRESSE à laquelle la réponse doit
être retournée (en majuscules)

S'AGIT-IL D UN ACCIDENT ? OUI - NON *
SI OUI, INDIQUER LA DATE

N° de téléphone _____

J'ai l'honneur de présenter une demande d'autorisation préalable pour le remboursement des frais relatifs aux prestations mentionnées ci-dessous prescrites par

le Dr _____ en date du _____

Nom, prénom et date de naissance du malade _____

Cure de convalescence (post-opératoire) pour la période du _____ au _____

Cure de convalescence (longue ou grave maladie) pour la période du _____ au _____

Cure thermale pour la période du _____ au _____ à (i) _____

Cure pour enfants débiles, pour la période du _____ au _____

Physiothérapie, hydrothérapie, massages médicaux, gymnastique médicale, thérapie par rayons ultraviolets, infrarouges, ultrasons, bains fango, logopédie, psychothérapie, électrothérapie, pédicure médicale, acupuncture, chiropractie (**) et traitements assimilés (*) _____

Nombre de séances _____

Examen psychologique _____

Appareils orthopédiques bandages et autres prothèses (**) _____

Autres appareils pour traitement médical (**) _____

Frais d'accompagnement (benefitiation d'un enfant) _____

Frais de déplacement en dehors du lieu d'affectation _____

Frais de garde malade (établissement hospitalier ou domicile) _____

Pièces jointes a) prescription médicale indispensable
b) devis en cas d'appareils auditifs orthopédiques bandages et autres prothèses
c) pour la cure thermale un rapport médical détaillé doit être joint à la présente, sous pli fermé, à l'intention du Médecin-Conseil

(*) Rayer la mention inutile
(**) Autorisation préalable pas nécessaire si pratiquée par un médecin
(i) Préciser le lieu de la cure
(ii) Préciser le type d'appareil

Date _____ Signature de l'affilié _____

Parte réservée à l'avis du Médecin Conseil _____ pour _____ jours
(Tout refus doit être motivé) _____ pour _____ séances
_____ pour _____

Date _____ Signature du Médecin-Conseil _____

PARTIE RESERVEE AU BUREAU LIQUIDATEUR

Autorisation accordée ou refusée pour _____

Date de communication à l'affilié _____

Observations éventuelles _____

Signature _____

Cette décision ne préjuge pas l'application des dispositions réglementaires relatives à la couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle

DEVIS

PROJET DE SOINS ET DE PROTHÈSE DENTAIRES ET MONTANT ANALYTIQUE DES HONORAIRES PROBABLES

NOM et prénom de l'affilié(e)

Mme/Mlle/M. _____

ADRESSE à laquelle le devis
doit être retourné
(en majuscules)

N° de matricule _____

INSTITUTION _____

Personne assurée du chef de l'affilié à qui les soins seront donnés _____

		(A remplir par le praticien AVANT le traitement s.p.p. en indiquant simplement le chiffre de la dent)	Honoraires PROBABLES	RESERVE AU BUREAU LIQUIDATEUR Remboursements prévus
<p>HAUT</p>  <p>BAS</p>	<p>Radiographies : Nombre _____ Régions _____</p> <p>Soins : Obturation normale de _____ Obturation avec dévitalisation de _____ Inlay sur _____</p> <p>Chirurgie : Extraction de _____ Extraction dent incluse de _____ Apectomie de _____ Gingivectomie _____</p> <p>Traitements particuliers : _____</p> <p>Prothèse fixe : (incluer la matière employée) Couronne sur _____ Dentier (supérieur) _____ Richmond sur _____ couronne sur _____ Richmond/Veneer (+) sur _____ Bridge _____ inlay sur _____ dents intermédiaires _____ Matières employées _____</p> <p>Prothèse mobile : Dentier supérieur { dents à remplacer crochets ou attachements (+) sur _____ base (résine - métal Inox - chrome-cobalt) (+) _____</p> <p>Dentier inférieur { dents à remplacer crochets ou attachement (+) sur _____ base (résine - métal Inox - chrome-cobalt) (+) _____</p> <p>Réparations (à détailler) _____</p> <p>Prothèses provisoires : _____</p>			
	<p>Cachet du praticien traitant</p>			
Signature	(*) Biffer les mentions inutilisées		<p>TOTAL des honoraires probables : FB _____ Autres devises _____</p>	

Date le _____

19 _____

Avis du Dentiste-Conseil
ou du Médecin-Conseil

PLAFOND de REMBOURSEMENT ↑
Autorisé le _____ 19 _____
Refusé _____
Visa _____

Art 241/005

2282/5 S

DEVIS

FORMULAIRE B 1

NOM et prénom de l'affilié(e) : Mme/Mlle/M

ADRESSE à laquelle le devis doit être retourné (en majuscules)

N° de matricule

INSTITUTION

PROJET DE TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

(A remplir par le praticien AVANT le traitement s v p)

Prénom de l'enfant assuré du chef de l'affilié à qui les soins seront donnés	Anomalie constatée
né le	
Durée probable du traitement	Mode de paiement désiré
	Acompte de
	Fractions de de tous les mois.
Honoraires globaux prévus par le praticien	RESERVE AU BUREAU LIQUIDATEUR
	Remboursements prévus
Cachet du praticien traitant	Avis du Dentiste-Conseil ou du Médecin-Conseil
Signature :	PLAFOND DU REMBOURSEMENT
	Autorisé le 197
	Refusé
Le 197	Viss :

REGIME COMMUN D'ASSURANCE-MALADIE DES
FONCTIONNAIRES DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

DATE - 10/10/85

BUREAU LIQUIDATEUR
DE BRUXELLES-BRUSSEL

NOTE D'INFORMATION ART. 72 / 3

du 10/10/85

VEUILLEZ TROUVEZ CI-DESSOUS, L'ETAT DES MONTANTS A PAYER INTRODUITES PAR LE
REGIME D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES PERIODES DE PAIEMENTS CONSECUTIFS SUIVANTS :

PAGE:

MOIS	MONTANTS A CHARGE FRB	PERIODE DU	CUMUL DES MONTANTS A CHARGE FRB	1/2 TRAITEMENT DE BASE MOYEN MENSUFL FRB	DEPASSEMENTS FRB
10/84		11/83	10/84		
11/84		12/83	11/84		
12/84		1/84	12/84		
1/85		2/84	1/85		
2/85		3/84	2/85		
3/85		4/84	3/85		
4/85		5/84	4/85		
5/85		6/84	5/85		
6/85		7/84	6/85		
7/85		8/84	7/85		
8/85		9/84	8/85		
9/85		10/84	9/85		

SI VOUS DESIREZ SOLLICITER L'APPLICATION DE L'ART. 72/3, VOUS ETES PRIE D'INTRODUIRE
UNE DEMANDE AUPRES DE VOTRE BUREAU LIQUIDATEUR EN PRECISANT LA PERIODE DE VOTRE CHOIX.

REGIME COMMUN D'ASSURANCE MALADIE
DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

BUREAU CENTRAL
Examens de dépistage

Nom et prenom du beneficiaire
Nom et prenom de l'affilié :
n° personnel

LES EXAMENS PROPOSES ETANT FACULTATIFS, IL EST POSSIBLE DE RENONCER A
L'UN D'EUX, MAIS TOUT EXAMEN COMPLEMENTAIRE SERA A LA CHARGE DU PATIENT.

PROGRAMME DE DEPISTAGE FEMME

N° 1

1. Examen clinique

- + acuité visuelle
- + examen O.R.L.

2. Radiographie des poumons

Si l'examen date de plus d'une année, le protocole et les clichés sont demandés.

3. Examens de laboratoire

- Examen de sang .
 - vitesse de sédimentation
 - globules blancs
 - formule leucocytaire
 - globules rouges
 - plaquettes
 - hémoglobine
 - glycémie
 - cholesterol HDL
 - triglycerides
 - urée
 - acide urique
 - creatinine
 - SGPT
 - SGOT
 - γGT
 - test \bar{E} VDRL par immuno fluorescence
 - fer sérique
- Examen des urines :
 - albumine, glucose, ex. microscopique, recherche sang

SPECIMEN

.../

4. Examen gynécologique

- Cytologie du col utérin - frottis + colposcopie
 - Examen clinique des seins
 - Mammographie suivie éventuellement de l'échographie, laissées à la discrétion du gynécologue après examen clinique des seins
- Une mammographie de référence est souhaitable entre 30 et 40 ans.

5. Electrocardiogramme au repos de référence lors du premier examen

6. Rapport de synthèse

SPECIMEN

REGIME COMMUN D'ASSURANCE MALADIE
DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

BUREAU CENTRAL
Examens de dépistage

Nom et prénom du bénéficiaire :
Nom et prénom de l'affilié :
N° personnel :

LES EXAMENS PROPOSES ETANT FACULTATIFS, IL EST POSSIBLE DE RENONCER A
L'UN D'EUX, MAIS TOUT EXAMEN COMPLEMENTAIRE SERA A LA CHARGE DU PATIENT.

PROGRAMME DE DEPISTAGE FEMME

N° 2

1. Examen clinique

2. Examen ophtalmologique complet

- Acuité visuelle ou étude de la correction (sans prescription de verres)
- Fond d'oeil
- Tonométrie

3. Examen O.R.L. complet

4. Radiographie des pommés

Si l'examen date de plus d'une année, le protocole et les clichés sont demandés.

5. Examen de laboratoire

- Examen de sang :

- | | |
|----------------------------|--|
| - vitesse de sédimentation | - créatinine |
| - globules blancs | - SGPT |
| - formule leucocytaire | - SGOT |
| - globules rouges | - γ GT |
| - plaquettes | - test Σ VDRL par immuno fluorescence |
| - hémoglobine | - fer sérique |
| - glycémie | - phosphatases alcalines |
| - cholestérol - HDL - LDL | - calcium |
| - triglycérides | - potassium |
| - urée | - électrophorèse |
| - acide urique | |

- Examen des urines :

- Albumine, glucose, ex. microscopique, recherche de sang
- Recherche de sang dans les selles (3 jours de suite)

.../

6. Rectosigmoïdoscopie - tous les deux ans

Colonoscopie gauche - tous les 4 ans

Ces examens sont conseillés mais restent facultatifs.

7. Examen cardiovasculaire

- électrocardiogramme au repos

- électrocardiogramme après effort selon le cas

- oscillométrie des membres inférieurs à l'appréciation du cardiologue

8. Examen gynécologique

- cytologie du col utérin - frottis + colposcopie

- examen clinique des seins

- mammographie suivie éventuellement de l'échographie laissées à la discrétion du gynécologue après examen clinique des seins

9. Rapport de synthèse

SPECIMEN

REGIME COMMUN D'ASSURANCE MALADIE
DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

BUREAU CENTRAL
Examens de dépistage

Nom et prénom du bénéficiaire :

Nom et prénom de l'affilié :

n° personnel :

LES EXAMENS PROPOSES ETANT FACULTATIFS, IL EST POSSIBLE DE RENONCER A
L'UN D'EUX, MAIS TOUT EXAMEN COMPLEMENTAIRE SERA A LA CHARGE DU PATIENT.

PROGRAMME DE DEPISTAGE HOMME

N° 3

1. Examen clinique

- + acuité visuelle
- + examen ORL
- + examen de la prostate

2. Radiographie des poumons

Si l'examen date de moins d'une année, le protocole et les clichés sont demandés.

3. Examens de laboratoire

- Examen de sang :
 - vitesse de sédimentation
 - globules blancs
 - formule leucocytaire
 - globules rouges
 - plaquettes
 - hémoglobine
 - glycémie
 - cholestérol HDL
 - triglycérides
 - urée
 - acide urique
 - créatinine
 - SGPT
 - SGOT
 - γGT
 - test Σ VDRL par immuno fluorescence

- Examen des urines :
 - albumine, glucose, ex. microscopique, recherche de sang

4. Electrocardiogramme au repos de référence lors du premier examen

5. Rapport de synthèse

SPECIMEN

REGIME COMMUN D'ASSURANCE MALADIE
DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

BUREAU CENTRAL
Examens de dépistage

Nom et prénom du bénéficiaire :

Nom et prénom de l'affilié :

N° personnel :

LES EXAMENS PROPOSES ETANT FACULTATIFS, IL EST POSSIBLE DE RENONCER A
L'UN D'EUX, MAIS TOUT EXAMEN COMPLEMENTAIRE SERA A LA CHARGE DU PATIENT.

PROGRAMME DE DEPISTAGE HOMME

N° 4

1. Examen clinique

+ examen de la prostate

2. Examen ophtalmologique complet

- Acuité visuelle ou étude de la vision sans prescription de verres)
- Fond d'oeil
- Tonométrie

3. Examen O.R.L. complet

4. Radiographie des poumons

Si l'examen date de moins d'une année, le protocole et les clichés sont demandés.

5. Examens de laboratoire

- Examen de sang :

- | | |
|----------------------------|---|
| - vitesse de sédimentation | - créatinine |
| - globules blancs | - SGPT |
| - formule leucocytaire | - SGOT |
| - globules rouges | - γ GT |
| - plaquettes | - test \bar{E} VDRL par immuno fluorescence |
| - hémoglobine | - phosphatases acides totales et prostatiques |
| - glycémie | - phosphatases alcalines |
| - cholestérol - HDL- LDL | - calcium |
| - triglycérides | - potassium |
| - urée | - électrophorèse |
| - acide urique | |

- Examen des urines :

albumine, glucose, ex. microscopique, recherche de sang

- Recherche de sang dans les selles (3 jours de suite)

6. Rectosigmoïdoscopie - tous les 2 ans

Colonoscopie gauche - tous les 4 ans

Ces examens sont conseillés mais restent facultatifs.

7. Examen cardio-vasculaire

- électrocardiogramme au repos

- électrocardiogramme après effort selon le cas

- oscillométrie des membres inférieurs à l'appréciation du cardiologue

8. Rapport de synthèse

SPECIMEN

Den danske udgave vil blive offentliggjort i et senere nummer af Meddelelserne fra administrationen.

Der deutsche Text wird in einer unserer nächsten Ausgaben der Verwaltungsmitteilungen veröffentlicht.

Το κείμενο θα δημοσιευτεί Ελληνικά σε προσεχή έκδοση

The English version of the above will be published in a coming issue of the Administrative Notices.

Il testo italiano verrà pubblicato in un prossimo bollettino delle informazioni amministrative.

De Nederlandse vertaling hiervan zal in een van de komende nummers van de Mededelingen van de administratie worden afgedrukt