



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

COMMISSION
 TOUS LIEUX D'AFFECTATION
 + PENSIONNÉS
 + ECOLES EUROPÉENNES

Spécial



R.C.A.M.

Régime commun d'Assurance Maladie
 Bureau central
 Joint Sickness Insurance Scheme
 Central Office

**UPDATED INFORMATION
 MISE A JOUR DES INFORMATIONS**

This updating incorporates a number of notices explaining some of the procedures to be followed and detailing how certain aspects of the Rules are applied. It supersedes the booklet published as a special issue of the Administrative Notices on 3 June 1986.

Ce document rassemble différentes informations qui précisent certaines procédures ou l'application de certains points de la réglementation. Il annule et remplace les procédures publiées en date du 9 avril 1986.

Contents/Sommaire.	2-3
EN.	4
FR.	25

(Les autres versions linguistiques seront publiées ultérieurement)

CONTENTS

1. Claims for reimbursement of medical expenses . . . p. 4
2. Prior authorization p. 5
3. Reimbursements for pharmaceutical products p.12
4. Non-reimbursable items. p.13
5. Reimbursements for serious illness (100%). p.16
6. Reimbursements for surgical operations. p.17
7. Acupuncture. p.17
8. Therapy : kinesitherapy, physiotherapy and other forms
of therapy. p.18
9. Transport costs. p.18
10. Replacement of silver amalgam fillings. p.21
11. Complementary cover for dependants. p.22

SOMMAIRE

1. Demande de remboursement de frais médicaux p.25
2. Demande d'autorisation préalable. p.26
3. Remboursement de produits pharmaceutiques. p.34
4. Produits non remboursables. p.35
5. Remboursement en cas de maladie grave (100%) . . . p.37
6. Remboursement en cas d'intervention chirurgicale . . . p.38
7. Prestations d'acupuncture. p.39
8. Traitements thérapeutiques:
kinésithérapie, physiothérapie, etc. p.39
9. Frais de transport p.40
10. Remplacement d'amalgames d'argent p.43
11. La complémentarité
(couverture des personnes à charge). p.44

1. CLAIMS FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

- a) All expenses must result from receipted bills which conform to the legislation of the country in which they were issued, bearing the name of the patient, the name of the person administering treatment, the date of the treatment and the fees charged must be produced in respect of all expenses claimed. Only original bills will be accepted (except in the case of complementary reimbursement).
- b) When medical expenses have been paid by transfer or by cheque and it has not been possible to obtain a receipt, members must provide some other proof of payment :
 - a copy of the bank or postal giro statement, on which any irrelevant and/or confidential information may be made illegible,
 - or
 - a copy of the transfer form stamped by the paying bank or post office.

If your claim for reimbursement includes numerous medical expenses, please complete a first claim for itemising part of your medical expenses (maximum 13 items) and fill in the box marked "Total per currency". Attach to this form the supporting documents relating to it (original bills, proof of payment, etc.). Proceed in the same way for the remainder of your medical expenses.

However, you are advised to send in your medical expenses regularly, for example, as soon as you have 6 or 7 paid bills.

Those staff working in the Delegations outside the Community are please asked to clearly indicate "H.C." or "DAD" on the top of each claim form.

2. PRIOR AUTHORIZATION

Introduction

Certain expenses will be reimbursed only if prior authorization for the treatment has been granted.

At present, numerous applications for authorization have to be returned to members either because they are not required for the treatment in question or because they are incomplete.

The aim of this guide is to reduce the number of unnecessary applications and to ensure that the ones that are submitted are properly documented, thereby speeding up reimbursement.

General

- a) Applications for prior authorization must always contain the following:
 - the member's surname and forename;
 - the patient's surname and forename.
(Applications stating only the spouse's maiden name, or a child's name which is different from that of the member entail extra work.)
 - personnel number;
 - the type of treatment requiring prior authorization;
 - the number of sessions requested;
 - the probable duration of treatment.

- b) Applications must always be accompanied by a medical prescription (signed by a doctor, or by a dentist in the case of dental treatment).

The prescription must always state the date, the patient's name, and the type of treatment and number of sessions requested as well as a diagnosis of the illness requiring treatment. It must be submitted before treatment is started.

The prescription must be on letterhead or bear the stamp of the issuing practitioner.

- c) Applications must be submitted when the treatment is prescribed and, except on duly substantiated medical grounds, may not cover treatment already given.
- d) A separate application form should be used for each patient and each type of treatment.
- e) The answer will indicate whether the application has been approved or refused by the Settlements Office, the scheme's code for the treatment, the number of sessions approved, a comment in certain cases, and the period for which the authorization is valid.

If at the end of the period of validity the full number of sessions has not been used up, a new application must still be submitted to obtain reimbursement for subsequent sessions.

[The section numbers cited below refer to Annex I to the Sickness Insurance Rules (Rules governing the reimbursement of medical expenses).]

Section 1 - SURGERY VISITS AND HOME CALLS

In the case of certain treatment (e.g. osteopathy and acupuncture), fees systematically including both consultation and treatment proper will not be covered. Only two consultations per course of treatment (one at the beginning and one at the end) will be reimbursed. In exceptional cases, an application for prior authorization should be submitted to the medical officer.

Section II - SURGICAL OPERATIONS

Plastic surgery is the only form of surgery requiring prior authorization.

Section III - HOSPITALIZATION

Only stays in convalescent homes for the elderly and/or disabled or in establishments other than hospitals require prior authorization. Prior authorization must also be obtained to cover the cost of a stay in hospital by a family member accompanying the patient.

Section V - PHARMACEUTICAL PRODUCTS

Prior authorization is not required for pharmaceutical products. However, a number of products are not reimbursable. For further details, see Chapter 3 of this guide (non-reimbursable items).

Section VI - DENTAL TREATMENT. DENTAL PROSTHESES AND ORTHODONTIC TREATMENT

Before starting certain dental treatment - dental prostheses, or orthodontic or periodontal treatment - the appropriate form (ESTIMATE - Form A1) must be submitted to the Settlements Office. The purpose of this is:

- to obtain authorization to start the proposed treatment;
- to be told how much you are likely to be reimbursed for each item of treatment and its code;
- to be called for an examination by the dental officer.

This form does not have to be submitted for simple dental treatment (basic fillings, extractions, etc.), but you are recommended to complete it for complex dental treatment or treatment combined with dental prostheses.

On completion of treatment, complete form A2 - BILL, which doubles as proof of payment and claim for reimbursement. This must then be submitted to the Settlements Office for reimbursement.

Section IX - PHYSIOTHERAPY, KINESITHERAPY AND SIMILAR TREATMENTS; MEDICAL APPLIANCES

- a) **Prior authorization is not required** for the treatment listed below provided the aggregate number of sessions per year does not exceed the ceiling laid down in the Rules. A medical prescription (stating reasons for the treatment) must be attached to the claim form.

Kinesitherapy
(therapeutic massage, remedial gymnastics,
occupational therapy, mechanotherapy, traction,
mud baths, hydrotherapy) 60 sessions

Physiotherapy (electrotherapy,
diadynamic currents, microwave therapy,
ionization, short-wave therapy,
special forms of electrotherapy) 60 sessions

Aerosol therapy, inhalation, insufflation,
irrigation, nebulization, spray treatment 30 sessions

Infra-red radiation and ultrasound therapy 40 sessions

Radiotherapy unlimited

Acupuncture performed by a doctor 30 sessions

- b) In cases of serious illness requiring more sessions than are allowed under the Rules, an application for prior authorization must be submitted when the ceiling is reached, indicating clearly that the maximum number of sessions allowed has been exceeded. Detailed medical reasons for the treatment must be provided (see under 8 - therapeutic treatments).

- c) **Prior authorization is always required** for the treatments listed below:

Laser therapy (except for ophthalmological treatment or surgery)

Ultraviolet radiation

Chiropractic and osteopathy

The prescription must be drawn up as follows by the doctor:
"I, the undersigned, Doctor X, prescribe n sessions of chiropractic (or osteopathy) for (medical grounds) to be carried out by (name of chiropractor or osteopath) under my responsibility. "

Medical chiropody - pedology

Mesodermal microinjection therapy

Psychotherapy

The psychotherapy prescription must always be issued by a neuropsychiatrist or neurologist (or by a paediatrician if the patient is a child).

For psychotherapy performed by a psychologist (a profession not legally recognized in most Member States of the European Union) the prescription must be drawn up as follows:

"/, the undersigned, Doctor X, specialist in psychiatry/neuropsychiatry, prescribe n sessions of psychotherapy to be carried out by (name of psychotherapist) for (medical grounds). I certify that the psychotherapist in question is qualified to carry out the treatment. It will be carried out under my responsibility and supervision. "

Logopaedics

The medical prescription must be accompanied by a detailed logopaedic report, setting out the test results.

Graphomotor therapy

Psychomotor therapy

- d) **Prior authorization is always required** for the hire or purchase of medical appliances (sprays, respirators, glucometers, blood pressure gauges, etc.). The medical prescription must clearly state the diagnosis of the condition for which the appliance requested is essential and include a precise description of the appliance. An estimate must be attached to the application.

Section X - TREATMENT BY MEDICAL AUXILIARIES AND NURSING

- a) **Prior authorization is not required** for treatment by **medical auxiliaries** (mainly nursing care).
- b) **Prior authorization is always required for nursing attendance.** The medical prescription must state clearly:
- the diagnosis and the patient's condition;
 - the number of nursing hours per day;
 - the probable duration;
 - in the event of attendance by non-nursing staff, the doctor must provide the name of the person(s) selected and certify that they are properly qualified.

Section XI - CURES

Prior authorization is required for all types of cure.

- a) Convalescence cures. The prescription must state clearly the diagnosis, the patient's current condition, and why the convalescence cure is necessary: recent operation (nature and date), major therapy, relapse, etc.

b) Thermal cures. A detailed medical report must be submitted. In the case of initial applications for a cure, the report must include the following information:

1. medical history
2. symptoms presented
3. results of the medical examination
4. precise diagnosis of the illness
5. report on additional examinations carried out in connection with the illness (X-rays, analyses, respiratory tests, etc)
6. details of previous treatment (medicinal products, physiotherapy and kinesitherapy - type and number of sessions - and any other treatment)
7. type of thermal cure prescribed, proposed centre and duration of cure.

In the case of applications for renewal, the report must describe how the condition has evolved and cover points 2, 3 and 5 (any new tests carried out), 6 (treatment since last cure) and 7.

c) Cures for delicate children. Please refer to (a) or (b) above, whichever is relevant.

Section XII-PROSTHESES ON MEDICAL PRESCRIPTION

a) Prior authorization is not required for any of the following:

- spectacles (lenses and frames) and contact lenses
- artificial eyes
- hearing aids
- orthopaedic soles (unless they are made by a podologist)
- elastic bandages, support hose for varicose veins, artificial limbs and crutches.

b) Prior authorization is required for:

- orthopaedic shoes (maximum 2 pairs per annum)
- wheelchairs and similar appliances (zimmer frame, commode, special bed, etc.).

An estimate must be attached to applications for the above items. Where the estimated cost of appliances or prostheses exceeds BFR 50 000, it is advisable to contact the head of the Settlements Office as several estimates may be required in some cases.

Section XIII - TRANSPORT COSTS AND TRAVELLING EXPENSES

- a) Prior authorization is not required** for urgent transport to hospital from the patient's place of residence. A medical prescription stating reasons for the urgency must be attached to the claim for reimbursement.
- b) Prior authorization is required** for other transport costs or travelling expenses. For further details, see Chapter 9 (Transport costs).

3. REIMBURSEMENTS FOR PHARMACEUTICAL PRODUCTS

The cost of pharmaceutical products is reimbursed on the basis of receipted chemists' bills, which must include:

- the name of the doctor issuing the prescription
- the patient's name
- the price of each product
- the chemist's stamp and signature
- the date the products were supplied
- the name of each product prescribed and supplied, or its composition if it is made up from prescription (the number of the preparation is insufficient)

- the full price and the amount reimbursable by the "state" insurance scheme in the case of persons with complementary cover.

These particulars must also be supplied in the case of renewal of a prescription. The prescription must be attached to the claim, unless it is retained by the chemist.

The cost of pharmaceutical products which are not prescribed by a doctor or for which the bills are not properly receipted will not be reimbursed!

4. NON-REIMBURSABLE ITEMS

The purpose of this Chapter is to provide more information for members on which pharmaceutical products are reimbursed and which are not.

As already indicated above, to be reimbursed pharmaceutical products must be prescribed by a doctor.

However, certain products are not reimbursable even if they are prescribed by a doctor.

If you have any doubts about whether a given product will be reimbursed or not, you should contact the medical officer before purchasing it.

A. Products explicitly excluded from reimbursement

Section V of the Sickness Insurance Rules explicitly excludes certain products from reimbursement:

mineral water

tonic wines and beverages

infant foods (except where special products are essential to survival, in which case the additional costs involved are reimbursed)

cosmetics and haircare products (even if used as part of dermatological treatment)

special diet foods

hygiene products

irrigators

thermometers

tisanes

aromatherapy products (essential oils extracted from plants).

B. Other non-reimbursable products

In other cases the decision not to reimburse is based on the opinion of the medical officer on the grounds that there is no scientific proof that they are effective and/or safe. This is in line with Section XV(3) of Annex I to the Rules, which states that expenses in respect of "treatment considered non-functional or unnecessary" by the Settlements Office are not reimbursed.

The main categories of product which are not reimbursable are set out below, but the list is not exhaustive.

Phytotherapy (the use of plants or parts of plants in different forms):

- * infusion
- * decoction
- * maceration
- * powder
- * spray
- * mother tincture

The chemically pure substances extracted from plants (e.g. digitalin) are not included under this heading; nor are the mother tinctures used in homeopathic dilution, recognized by the code following the name of the mother tincture (e.g. 4CH, D6, 200K).

Plant extracts in homeopathic dilution D1 are regarded as coming under the heading of phytotherapy and are not reimbursable.

Organotherapy: the treatment by lysates of whole animal organs (the name of the organ used is found in the formula (e.g. diencephalis, liver, cartilage).

- **Fresh cells:** the injection of fresh preparations of whole cells of animal origin.

Serocytols: the administration of animal antibodies produced by horses or cattle in response to human organ extracts; these products are available in the form of suppositories or injections.

Extracts of mistletoe (*viscum album*): a remedy of anthroposophic origin found under several names (Isador, Plenosol, Helixor, Vysorel).

Procaine: a method originating in Romania, using procaine injections as a "youth cure" (KH3, H11, Gerovital, Aslovital).

Chelate therapy: the perfusion of chelates to clear blocked arteries; the efficacy of this treatment has not been proven by any scientific studies.

Trace-element therapy: the use in minute quantities (less than one milligram per dose) of trace elements derived from metals (e.g. copper, gold, cobalt, manganese) and marketed under a variety of names (e.g. Oligosols, Gammadyn, Biogam, Labcatal).

5. REIMBURSEMENTS FOR SERIOUS ILLNESS(100%)

Applications for 100% reimbursement of medical expenses incurred as the result of serious illness must be accompanied by a detailed medical report in an envelope marked "confidential" and addressed to the medical officer.

In the case of initial applications, the report must include:

- a precise diagnosis of the serious illness
- details of the treatment prescribed
- the date on which the expenses entailed by the illness were first incurred.

In the case of applications for renewal, the report must indicate:

- how the serious illness has evolved
- the treatment and/or check-ups still needed.

The periodic review provides the medical officer with up-to-date information on the patient's condition, enabling him to establish with greater accuracy the items relating to the serious illness which are to be reimbursed at 100%.

There are certain restrictions on reimbursement at 100%; for example, a ceiling may be applied (for further details, see Section IV of the Rules).

Claims for 100% reimbursement are systematically presented to the medical officer for an opinion before rating. These claims must be submitted on a separate form, stating that authorization has been obtained and quoting the reference. Other expenses should be claimed separately. Failure to do so will generate considerable extra work and delay reimbursement.

6. REIMBURSEMENT OF SURGICAL OPERATIONS

For surgical operations the surgeon must specify the nature of the operation, either on the bill (by stating the number used for the operation in the national nomenclature) or on a certificate giving details of the operation (to be enclosed in a sealed envelope addressed to the medical officer attached to the appropriate Settlements Office)

7. ACUPUNCTURE

It has been decided by the Medical Council that acupuncture treatment must be performed by a doctor if it is to be reimbursed. Prior authorization is not required, but a medical prescription (stating reasons for the treatment) dated less than six months before the date of the start of treatment must be provided.

80% of the cost of sessions is reimbursed, there is a ceiling of BFR 900 per session and 30 sessions a year.

However, it should be noted that, pursuant to an opinion issued by the Medical Council, fees for each session of acupuncture may not systematically include both consultation and the acupuncture session proper. Except under special circumstances, only two consultations per course of treatment (one at the beginning and one at the end) will be reimbursed. Fees for the other consultations will not be reimbursed in line with Section XV(3) of Annex I to the Rules, which provides that "expenses in respect of treatment considered non-functional or unnecessary by the office responsible for settling claims after consultation of the medical officer shall not be reimbursed".

8. THERAPEUTIC TREATMENTS ; KEVESITHERAPY. PHYSIOTHERAPY. ...

(See Annex IV of Sickness Insurance Rules)

The reimbursement of treatments such as kinesitherapy, physiotherapy, ect., is limited to a maximum number of sessions per twelve-month period (for example : 60 kinesitherapy sessions).

This limit can also be reached by combining various treatments of a same group of items (for example 30 kinesitherapy sessions and 30 therapeutic massage sessions)

However, a higher number of sessions can be granted in exceptional circumstances on the basis of a prior authorization accompanied by a duly justified medical certificate which will be submitted to the Medical Officer (see under 2. Section IX - Physiotherapy, Kinesitherapy and similar treatments, of this publication).

In the Interpretation of Sickness Insurance Rules, it is specified that, "by way of exception" one means in particular the cases of complaints recognized as serious illnesses and those involving severe trauma following an accident.

The two following situations are also taken into consideration
cases of pregnancy;
cases of chronic illness.

9. TRANSPORT COSTS

Annexe I. Section XIII of Sickness Insurance Rules

1. The cost of transporting the patient may be reimbursed at the rate of 80% of the actual cost, after the medical officer of the office responsible for settling claims has been consulted, where necessary, provided such transport was undertaken as a matter of urgency or absolute necessity.

- 2, Travelling expenses incurred in respect of treatment outside the place of employment or residence shall be reimbursed only in exceptional circumstances upon prior authorization granted after the medical officer of the office responsible for settling claims has been consulted.

Interpretation of Sickness Insurance rules

Basis for reimbursement: 80% of the cost of transporting the sick person established by supporting documents or, if no supporting documents are produced, a standard 80% of the first-class rail fare.

Where a practitioner certifies that by reason of age and/or condition a person covered by the scheme needs to be accompanied (by one person), the medical officer will be consulted on the need for an accompanying person.

If the medical officer agrees, 80% of the costs incurred by the accompanying person will be reimbursed if supporting documents are produced, otherwise a standard 80% of one first-class rail fare only will be reimbursed.

Claim for reimbursement of expenses

In the case of a standard rate reimbursement (for example : following the use of your own car), you must provide the Settlements Office with the cost of the first-class rail ticket for the corresponding journey.

Settlements Offices - general practice

Examples of claims usually agreed

- Transport from home or the public highway to the nearest hospital (emergency)
- .Transport from the nearest hospital to home (absolute necessity)

Return trip for each radiotherapy or chemotherapy session, or for other specific treatment for patients with impaired mobility (disabled)

Transfer from a hospital without the necessary equipment to the nearest hospital with the necessary equipment

Examples of claims which may be agreed but require prior authorization¹

To consult a specialist:

- * where it is not possible to consult a general practitioner
- * where the patient's mobility is impaired

At the beginning of a course of kinesitherapy or physiotherapy following an accident when special equipment is required and treatment cannot therefore be performed at home; for a very limited period only

Return trip to the nearest hospital (university) if there is no such hospital at the place of residence

Transport to a hospital (university) other than the one nearest home where it provides special treatment (e.g. protonbeam therapy); rare cases

Examples of claims usually refused

Travel to a spa for a cure

Travel to the workplace

To consult a general practitioner

¹ A detailed medical report must be attached to the application for prior authorization, stating why transport is necessary, the number of journey s, the distance and the mode of transport required.

For treatment at a place outside the place of residence for family or personal reasons

- Repatriation after an accident or illness outside the place of residence (except in the case of staff serving outside the Community)²

Travel to a hospital other than the one located closest to home

Members are advised to take out private insurance to cover travel costs incurred as the result of an accident or illness occurring in an isolated place of residence, during personal travel or in the course of sporting activities, notably those listed in Article 4(1)(b), (c) and (d) of the Rules on the Insurance of Officials of the European Communities against the Risk of Accident and of Occupational Disease. Search and rescue costs (skiing, climbing, sailing) are never covered by the scheme.

The cost of using one's own car or a car driven by a member of the family or a neighbour is not reimbursed for travel in and around the town of residence; however, a payment of BFR 9/km may be made, subject to prior authorization, if, say, it is not possible to have the treatment (radiotherapy) or to consult a specialist at the place of residence.

10. REPLACEMENT OF SILVER AMALGAM FILLINGS

The use of silver amalgam to fill cavities is a well-established and widely used technique in dentistry.

A number of recent requests for the systematic replacement of silver amalgam fillings by gold or porcelain inlays on account of the possible toxicity of the material used have led the scheme's dental officers to look into the question. They have concluded

² Staff serving outside the Community should refer to the text already published. Only Level 3 repatriation requires prior authorization.

that there is at present no scientific proof that silver amalgam fillings are toxic.

Following the opinion issued by the Management Committee it has been decided that the replacement of fillings which are still functional or in satisfactory condition will be regarded as treatment which is unnecessary and non-functional and will consequently not be reimbursed in line with Section XV(3) of Annex I to the Rules.

Needless to say, this decision in no way affects the reimbursement of inlays placed for other reasons. But you are reminded that you must submit an estimate prior to such treatment.

11. COMPLEMENTARY COVER FOR DEPENDANTS

A. Provisions governing complementary cover

- Case 2 of Article 3(1) of the Sickness Insurance Rules and the relevant rules for their interpretation
- Article 72(4) of the Staff Regulations
- Article 6 of the Sickness Insurance Rules and the relevant rules for their interpretation
- Rules for the Interpretation of Article 9 of the Sickness Insurance Rules.

B. Persons entitled to complementary cover

1. Spouses who are gainfully employed or in receipt of a pension or unemployment benefit deriving from previous gainful employment provided:
 - their annual income before tax does not exceed the basic annual salary of an official in the first step of Grade C5;

- they have primary cover against the same risks under another sickness insurance scheme.
2. Dependent children provided the scheme covering the spouse referred to above agrees to grant them primary cover with no extra contribution.

C. Arrangements

1. Free choice of doctor and hospital or clinic

Spouses must first apply to the outside scheme for the reimbursement of medical expenses as our scheme provides only complementary cover.

However, our scheme will cover certain items not covered by the outside scheme provided there is no doubt that they are both medically necessary and functional (e.g. spectacles, dental prostheses).

National schemes generally lay down precise rules and/or restrictions regarding the choice of doctor or medical establishment, e.g. reimbursement for the public sector only or special conditions for treatment abroad. If the exercise of freedom of choice means that reimbursement from the outside scheme is impossible, our scheme will in certain cases agree to intervene. It is not possible to list all these cases here, so you should consult the Settlements Office beforehand to check whether or not the treatment in question will in fact be reimbursed.

2. Reimbursements

Claims for reimbursement should be made on the normal form.

- Where partial reimbursement by the outside scheme has already been made, copies of the receipted bills, the original statement issued by the outside scheme and

proof of payment as referred to on page ... or the original receipt must be attached.

In the case of some items, only part of the full cost is paid by the patient (*ticket modérateur*). In such cases, the full cost and the amount paid by the outside scheme must also be indicated, not just the actual cost to the patient.

Since the complementary reimbursement is worked out for each item, the form must be completed accordingly, stating the amount already reimbursed opposite each item. Only the difference, if any, between the amount reimbursed by the outside scheme and the amount reimbursed by our scheme will be paid, subject in all cases to the ceilings imposed by our scheme

Where our scheme is acting as the primary scheme, the original receipted bill (with the indication that it has been refused by the outside scheme) must be attached to the claim

1. DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX

- a) Tous les frais doivent ressortir de factures conformes à la législation du pays dans lequel elles ont été émises, acquittées, indiquant le nom du malade, le nom du prestataire des soins, les dates et les honoraires perçus pour chaque acte médical. Seul l'original des factures est accepté, sauf en cas de remboursement complémentaire.
- b) Pour les prestations dont les paiements ont été effectués par virement ou par chèque et pour lesquelles il n'a pas été possible de faire acquitter la/les facture(s), les affiliés sont tenus de fournir une autre preuve réelle de paiement, à savoir :
- une copie de l'extrait de compte sur laquelle les indications inutiles et/ou confidentielles pourront être rendues illisibles,
 - ou
 - une copie du virement exécuté avec cachet de la banque ou de la poste.

Si votre demande de remboursement comporte de nombreux frais médicaux, veuillez compléter un premier formulaire de demande de remboursement avec une partie de vos frais médicaux (maximum 13 prestations). Joignez à ce document les pièces (factures originales, preuves de paiement, etc.) y afférentes. Procédez ensuite de la même manière pour le reste des frais médicaux.

Toutefois, il est conseillé d'introduire régulièrement vos frais médicaux, par exemple, dès que vous avez 6 ou 7 factures payées.

Il est demandé aux personnes affectées dans les délégations hors Communauté, de faire figurer sur la demande de remboursement la mention "HORS COMMUNAUTE".

2. DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE

Introduction

Une autorisation préalable est requise pour obtenir le remboursement de certaines prestations par l'Assurance Maladie.

Actuellement, de très nombreuses demandes d'autorisation préalable doivent être renvoyées aux affiliés, soit parce qu'elles ne sont pas requises pour les prestations en cause, soit parce qu'elles ne contiennent pas toutes les informations nécessaires.

Ce guide est rédigé dans le but d'aider les affiliés à introduire uniquement des demandes nécessaires et correctement documentées, afin de réduire les délais de réponse.

Généralités

- a) Les demandes d'autorisation préalable (DAP) doivent toujours mentionner les points suivants:
 - NOM et PRENOM de l'affilié
 - NOM et PRENOM du bénéficiaire
(les demandes mentionnant uniquement le nom de jeune fille d'une femme mariée, ou le nom d'un enfant quand il diffère de celui de l'affilié, exigent un surcroît de travail de recherche)
 - N° de personnel
 - Type de prestation faisant l'objet de la DAP
 - Nombre de prestations demandées
 - Durée éventuelle du traitement

- b) Les DAP doivent toujours être accompagnées d'une prescription médicale (rédigée par un docteur en médecine ou par un dentiste pour les prestations dentaires). Cette prescription doit toujours mentionner le nom du patient, le type et le nombre de prestations demandées, le diagnostic de la maladie nécessitant ces soins et la date de prescription. Elle doit précéder la prestation demandée.

Le prescripteur doit être clairement identifié par un document à en-tête ou par un cachet.

- c) Les DAP doivent être introduites au moment de la prescription et, sauf pour raison médicale dûment justifiée, ne peuvent couvrir le remboursement de prestations déjà effectuées.
- d) Il convient d'utiliser un formulaire de DAP séparé pour chaque bénéficiaire et chaque type de prestations.
- e) La réponse comportera l'accord ou le refus du bureau liquidateur, le code interne de la prestation, le nombre de prestations éventuellement accordées, une remarque dans certains cas et la période de validité de l'accord.

Si à la fin de cette période de validité, le nombre de prestations accordées n'a pas été totalement consommé, une nouvelle demande devra néanmoins être introduite pour obtenir le remboursement de ces prestations au-delà de cette période.

[Les points cités ci-après se réfèrent à l'Annexe I de la Réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes (règles régissant le remboursement des frais médicaux).]

Point I - CONSULTATIONS ET VISITES

En ce qui concerne certains traitements (ostéopathie, acupuncture, par ex.), les honoraires ne peuvent comprendre systématiquement à la fois ceux d'une consultation et ceux de la séance de traitement proprement dite. Seules deux consultations (en début et en fin) par série de traitement seront remboursées. Pour des cas exceptionnels, une DAP est alors à introduire au médecin-conseil.

Point II - INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Une DAP doit être faite uniquement pour les interventions de chirurgie plastique.

Point III - HOSPITALISATIONS

Une DAP est nécessaire uniquement pour les séjours en maison de repos et de soins pour personnes âgées et/ou handicapées ou dans des établissements autres que des centres hospitaliers. Les frais d'accompagnement d'un patient hospitalisé par un membre de sa famille requièrent une DAP.

Point V - PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Les produits pharmaceutiques ne sont pas soumis à DAP.

Toutefois, un certain nombre de produits ne sont pas remboursables. Pour plus de détails à ce sujet, il y a lieu de se reporter au point 3 de la présente publication "Produits non remboursables par le RCAM".

Point VI - SOINS DENTAIRE. PROTHESES DENTAIRE ET ORTHODONTIE

Avant le début de tout traitement prothétique, orthodontique ou de parodontologie, il est toujours nécessaire d'introduire le formulaire adéquat mentionné ci-dessous, dans le but :

- d'obtenir l'autorisation de commencer le traitement proposé;
- d'être informé du montant de remboursement de chaque prestation et de leur codification;
- d'être éventuellement convoqué par le dentiste-conseil pour une visite de contrôle.

Pour les prothèses dentaires et la parodontologie, utiliser le formulaire DEVIS A1.

Pour l'orthodontie, utiliser le formulaire DEVIS B1.

S'il s'agit uniquement de soins dentaires simples (quelques obturations, extractions, etc.), cette procédure n'est pas obligatoire; elle est cependant souhaitable s'il s'agit de soins dentaires complexes ou couplés avec un traitement prothétique (utiliser le formulaire DEVIS A1).

A la fin du traitement, utiliser le formulaire NOTE D'HONORAIRES A2 qui a valeur de preuve de paiement et de demande de remboursement. Ce formulaire A2 doit être introduit au bureau liquidateur en vue du remboursement.

Point IX - KINESITHERAPIE ET TRAITEMENTS ASSI-MILABLES. APPAREILS DE TRAITEMENTS MEDICAUX

a) Pour les traitements suivants, une DAP n'est pas requise tant que le nombre de séances, toutes pathologies confondues, dans l'année ne dépasse pas le plafond indiqué dans la réglementation. Une prescription médicale motivée doit être jointe à la demande de remboursement.

Kinésithérapie (massages, gymnastique médicale, rééducation, mécanothérapie, tractions, fangos, hydrothérapie) 60 séances

Physiothérapie (électrothérapie, courants diadynamiques, radar, ionisations, ondes courtes, courants spéciaux) 60 séances

Aérosolthérapie, inhalations, insufflations, irrigations, nébulisations, pulvérisations 30 séances

Infrarouges et ultrasons 40 séances

Radiothérapie sans limite

Acupuncture effectuée par un médecin 30 séances

b) Si la gravité d'une affection exige un nombre de séances supérieur aux plafonds repris dans la réglementation, une DAP doit être introduite au moment où ce plafond est atteint en précisant clairement qu'il s'agit d'un dépassement du plafond. Le justificatif médical doit être précis et détaillé (voir point 8 - traitements thérapeutiques : kinésithérapie, physiothérapie, ...).

c) **Pour les traitements suivants, une DAP est toujours nécessaire :**

Laser (sauf pour les traitements ophtalmologiques ou chirurgicaux)

Ultra-violets

Chiropraxie et ostéopathie

La prescription doit être rédigée par le médecin dans les termes suivants :

"Je soussigné, docteur X, prescris N séances de chiropraxie (ou ostéopathie), pour (motif médical), à effectuer par (nom du chiropracteur ou de l'ostéopathe), sous ma responsabilité".

Pédicurie et podologie

Mésothérapie

Psychothérapie

La prescription de psychothérapie doit toujours émaner d'un (neuro-)psychiatre, ou éventuellement d'un pédiatre s'il s'agit d'un enfant.

Si le traitement est effectué par un psychologue (pour lesquels il n'existe pas de reconnaissance légale dans la plupart des Etats membres de l'UE), la prescription doit être rédigée comme suit :

" Je soussigné, docteur X, spécialiste en psychiatrie/neuropsychiatrie, prescris N séances de psychothérapie à effectuer par (nom du psychothérapeute), pour (motif médical). Je certifie que ledit psychothérapeute possède les qualifications nécessaires pour effectuer ce traitement. Celui-ci sera effectué sous ma responsabilité et sous ma surveillance. "

Logopédie

La prescription médicale doit être accompagnée d'un bilan logopédique précis, mentionnant le résultat des tests pratiqués.

Graphomotricité

Psychomotricité

- d) **Une DAP est toujours requise** pour la location ou l'achat d'appareils médicaux (appareils aérosols, respirateurs, glucomètres, tensiomètres...).

La prescription médicale doit mentionner clairement le diagnostic de l'affection en cause, en quoi l'appareil demandé est indispensable au traitement et la nature exacte de l'appareil. Un devis doit être joint à la demande.

Point X - PRESTATIONS D'AUXILIAIRES MEDICAUX ET DE GARDES-MALADES

- a) **Les prestations d'auxiliaires médicaux** (essentiellement les soins par infirmier(e)s), **ne nécessitent pas de DAP.**
- b) Pour des **prestations de garde-malade**, **une DAP est toujours requise.** La prescription médicale doit mentionner clairement :
- le diagnostic de l'affection et l'état du patient;
 - le nombre d'heures de garde par jour;

- la durée prévue;
- en cas de garde par un personnel non infirmier, le médecin doit en outre indiquer le nom de la ou des personnes choisies et attester leur compétence pour assurer les soins à ce patient.

Point XI - CURES

Une DAP doit être faite pour toutes les cures.

a) Cures de convalescence

La prescription médicale doit mentionner clairement le diagnostic de l'affection, l'état actuel du patient et l'élément motivant la nécessité d'une convalescence . intervention récente (type et date), traitement lourd, rechute ...

b) Cures thermales :

Un rapport médical détaillé est requis. Lors d'une première demande de cure il doit comporter les indications suivantes:

1. historique de l'affection
2. symptômes présentés
3. résultat de l'examen physique
4. diagnostic précis de l'affection
5. protocole des examens complémentaires effectués en rapport avec cette affection (radiographies, analyses, tests respiratoires...)
6. indication des traitements déjà effectués pour cette affection (médicaments, traitements de physio-kinésithérapie (avec type et nombre), autres traitements éventuels)
7. la nature des soins thermaux prescrits, le centre de cure envisagé et la durée de la cure.

Pour une demande de renouvellement de cure, le rapport devra insister sur l'évolution du problème, et reprendre les points 2,3,5 (nouveaux examens éventuellement pratiqués), 6 (traitements suivis depuis la dernière cure) et 7.

- c) Cures pour enfants :
Se référer au cas a) ou b) ci-dessus en fonction du type de situation.

Point XII - PROTHESES SUR PRESCRIPTION MEDICALE

a) **une DAP n'est pas requise** pour ce qui suit :

- lunettes (verres et montures) et lentilles de contact
- prothèses oculaires
- appareils auditifs
- semelles orthopédiques (sauf si elles sont confectionnées par un podologue)
- bandages élastiques, bas à varices, membres artificiels, béquilles.

b) **une DAP est nécessaire** pour :

- les chaussures orthopédiques (max. 2 paires par an)
- les fauteuils roulants et appareils auxiliaires assimilés (tribunes de marche, chaises percées, lits spéciaux ...)

Pour ces prestations, un devis doit être joint à la DAP. Pour des appareils ou prothèses dont le coût est estimé à plus de 50.000 FB, il est préférable de prendre contact avec le Chef du bureau liquidateur car, dans certains cas, plusieurs devis peuvent être nécessaires.

Point XIII - FRAIS DE TRANSPORT ET DE DEPLACEMENT

a) **Une DAP n'est pas requise** pour les frais de transport urgents pour hospitalisation au lieu de résidence. Une prescription motivée doit accompagner la demande de remboursement.

b) **Une DAP est nécessaire** pour d'autres frais de transport ou de déplacement.

Pour plus de détails, il y a lieu de se référer au point 9. "Frais de transport" ci-après.

3. REMBOURSEMENT DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Le remboursement des médicaments s'effectue sur base de factures pharmaceutiques comportant :

- le nom du médecin prescripteur,
- le nom du patient,
- le prix de chaque produit,
- le cachet et la signature du pharmacien,
- la date de délivrance des médicaments,
- la désignation du médicament prescrit et délivré ou la composition de la préparation en cas de prescription magistrale (le numéro de la préparation ne suffit pas),
- la mention du prix plein et du prix "mutuelle" pour les personnes assurées en complémentarité.

Ces indications sont également indispensables en cas de renouvellement.

L'ordonnance doit être jointe à la demande de remboursement, sauf si celle-ci est conservée par le pharmacien.

Il n'est pas accordé de remboursement pour les produits pharmaceutiques non prescrits par le médecin ou pour des reçus non conformes!

4. PRODUITS NON REMBOURSABLES

Objectif : Cette note a pour but de clarifier pour les affiliés, les conditions de remboursement des produits pharmaceutiques.

Ainsi que mentionné ci-avant, il y a lieu de rappeler que **les produits pharmaceutiques doivent être prescrits par un médecin** pour bénéficier d'un remboursement.

Néanmoins, un certain nombre de produits ne sont pas remboursables même s'ils ont été prescrits par un médecin.

Par conséquent, en cas de doute quant au remboursement d'un produit par le régime, il vous est toujours loisible de prendre contact avec le médecin-conseil avant l'acquisition du produit.

A. Produits dont le remboursement est explicitement exclu par la réglementation relative à la couverture des risques de maladie

La réglementation mentionne explicitement quelques catégories de produits non remboursables en son point V:

eaux minérales

vins et liqueurs toniques

- **aliments pour nourissons**, sauf en cas de pathologie où des produits spéciaux sont indispensables à la survie (remboursement des frais supplémentaires par rapport aux aliments habituels)

produits cosmétiques et capillaires (même s'ils sont utilisés dans le cadre de soins dermatologiques)

produits diététiques

produits hygiéniques

irrigateurs

- **thermomètres**

tisanes

aromathérapie: emploi d' "huiles essentielles" extraites de plantes.

B. Autres produits non remboursables

D'autres produits ne sont pas remboursables suite à des avis défavorables du Conseil Médical du RCAM, par manque de preuves scientifiques de leur efficacité et/ou de leur innocuité.

En effet, le point XV § 3 de la réglementation stipule que les frais relatifs aux traitements considérés comme non fonctionnels ne donnent pas lieu à remboursement. La liste ci-dessous reprend les principales catégories de produits sans être exhaustive.

phytothérapie:

Traitement utilisant des plantes ou des parties de plantes sous différentes formes:

- * infusion
- * décoction
- * macérât
- * poudre
- * nébulisat
- * teinture-mère

Les substances chimiquement pures tirées des plantes ne font pas partie de cette rubrique (ex: digitaline), de même que les teintures-mères utilisées en dilution homéopathique, reconnaissables au code de dilution qui suit le nom de la teinture-mère (ex: 4CH, D6, 200K).

Les extraits de plantes en dilution homéopathique D1 sont considérés comme étant de la phytothérapie et ne sont donc pas remboursables.

organothérapie :

traitement par lysats d'organes entiers d'animaux.

On retrouve, dans la formule, le nom de l'organe utilisé (ex diencéphale, foie, cartilage...).

cellules fraîches :

il s'agit ici d'injections de cellules entières d'origine animale, fraîchement préparées.

sérocytols :

on administre ici des anticorps animaux fabriqués contre des extraits d'organes humains, par des chevaux ou des bovins. Ces produits existent en suppositoires ou en ampoules injectables.

extraits de gui (Viscum album) :

il s'agit d'un remède d'origine anthroposopique existant sous plusieurs noms (Isador, Plénosol, Hélixor, Vysorel).

procaïne :

méthode d'origine roumaine, utilisant la procaïne en injections, comme "cure de jouvence" (KH3, Hl 1, Gérovital, Aslovital).

chélatiethérapie :

traitement par perfusions d'un agent chélateur pour déboucher les artères obstruées et dont aucune étude scientifique n'a prouvé l'efficacité.

oligoéléments catalytiques :

il s'agit d'oligoéléments utilisés en doses très petites (moins d'un milligramme par prise) et de nature métallique (cuivre, or, cobalt, manganèse...). Ils sont vendus sous plusieurs noms (Oligosols, Gammadyn, Biogam, Labcatal..).

**5. REMBOURSEMENT EN CAS DE MALADIE GRAVE
100%)**

Les demandes de remboursement à 100 % pour maladie grave doivent toujours être appuyées par un rapport médical détaillé adressé au médecin-conseil sous pli confidentiel.

Lors d'une première demande, ce rapport devra mentionner :

- le diagnostic précis de la maladie grave,
- le traitement nécessaire,
- la date de début des frais causés par cette maladie.

Pour une demande de prolongation, le rapport devra indiquer:

- l'évolution de la maladie grave,
- le traitement et/ou la surveillance encore nécessaire.

Cette révision périodique permet aux médecins-conseils de disposer des informations actualisées sur l'état de santé de la personne et par conséquent de déterminer de façon plus précise les prestations en relation avec la maladie grave et qui sont à rembourser à 100%.

Les demandes de remboursement à 100% sont systématiquement soumises au médecin-conseil pour avis avant tarification. Pour certaines prestations, une limitation est appliquée au remboursement à 100%, et celui-ci peut se limiter, par exemple, au plafond (pour plus de détails, voir point IV de la réglementation).

En cas de reconnaissance de la maladie grave, il y a lieu de mentionner la référence de cet accord sur la demande de remboursement dans laquelle vous reprenez tous et seulement les frais médicaux se rapportant à cette maladie grave. Les autres frais doivent faire l'objet d'une demande séparée. Le mélange des frais médicaux remboursables à 100 % avec les autres frais entraîne un surcroît de travail important qui génère pour l'affilié un retard conséquent dans le remboursement des frais médicaux.

6- REMBOURSEMENT EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Eh cas d'intervention chirurgicale, le chirurgien doit préciser la nature de l'intervention (cette précision peut être donnée par un certificat du chirurgien indiquant l'intervention, à transmettre sous pli fermé à l'attention du médecin-conseil du bureau liquidateur compétent).

7. PRESTATIONS D'ACUPUNCTURE

Suite à une décision du Conseil médical, les traitements d'acupuncture doivent être effectués par un médecin. Ceux-ci ne nécessitent pas d'autorisation préalable mais requièrent uniquement une prescription médicale motivée datant de moins de 6 mois avant la date du premier traitement.

Ces séances sont remboursées à 80% avec un montant maximum remboursable de 900 FB par séance. Leur nombre est limité à 30 séances par période de 12 mois.

Toutefois, il y a lieu de noter que, sur base d'un avis du Conseil médical, les honoraires pour chaque séance d'acupuncture ne peuvent inclure systématiquement le prix d'une consultation (honoraires pour la consultation + honoraires pour la séance d'acupuncture).

Sous réserve de circonstances exceptionnelles, seules deux consultations au maximum seront remboursées au cours de l'ensemble du traitement, soit une première consultation au début du traitement et une deuxième à la fin. Les frais payés pour les autres consultations ne seront pas remboursés en vertu du point XV§3 de ^réglementation qui prévoit que les frais relatifs aux traitements considérés comme non fonctionnels ou non nécessaires par le bureau liquidateur, après avis du médecin-conseil, ne donnent pas lieu à remboursement.

8. TRAITEMENTS THERAPEUTIQUES ; KINESITHERAPIE. PHYSIOTHERAPIE. ...

(voir Annexe IV de la réglementation, p. 62-63)

Le remboursement des traitements tels que kinésithérapie, physiothérapie, etc..., est limité à un nombre maximum de séances par période de douze mois (par exemple : 60 séances de kinésithérapie).

Cette limite peut également être atteinte en combinant différents traitements d'un même groupe de prestations (par exemple : 30 séances de kinésithérapie et 30 séances de massages médicaux).

Toutefois, un dépassement de ce nombre maximum de séances peut être octroyé à titre exceptionnel sur base d'une autorisation préalable accompagnée d'un certificat médical dûment motivé qui seront soumis au médecin-conseil (voir ci-avant 2.Point IX - "Kinésithérapie et traitements assimilables").

Dans les Dispositions d'Interprétation, il est précisé que, par "à titre exceptionnel" on entend notamment les cas d'affections reconnues comme maladies graves et ceux relevant d'une traumatologie lourde suite à un accident.

Les deux situations suivantes sont également prises en considération :

- cas de grossesse;
- cas de maladie chronique.

9. FRAIS DE TRANSPORT

Annexe I. point XIII de la réglementation

1. Les frais de transport du malade peuvent être remboursés à 80 % des frais réels, après avis éventuel du médecin-conseil du bureau liquidateur, lorsque ce transport présentait un caractère d'urgence ou de nécessité absolue.
2. Les frais de déplacement exposés pour recevoir des soins en dehors du lieu d'affectation ou de résidence ne sont remboursés qu'à titre exceptionnel, après autorisation préalable accordée après avis du médecin-conseil du bureau liquidateur.

Dispositions d'interprétation

Base de remboursement : 80 % sur base des pièces justificatives afférentes au transport du malade (pièces à présenter) ou, à défaut et à titre forfaitaire, 80 % du coût d'un billet de chemin de fer en première classe.

Lorsque, sur prescription du médecin traitant, un bénéficiaire qui, compte tenu de son âge et/ou de la nature de l'affection, a besoin lors de son transport ou de son déplacement d'être accompagné (une personne) :

l'avis du médecin-conseil sur la nécessité de l'accompagnement sera requis;

en cas d'avis positif, le remboursement s'effectuera à raison de 80 % des frais de transport ou de déplacement de la personne accompagnante sur la base des pièces justificatives à présenter ou, à défaut et à titre forfaitaire, à raison de 80 % d'un billet de chemin de fer en première classe.

Demande de remboursement des frais

En cas de remboursement à titre forfaitaire (par ex. suite à l'utilisation d'un véhicule personnel), il est nécessaire de fournir au bureau liquidateur le coût du billet de chemin de fer 1ère classe pour le trajet effectué.

Pratique des bureaux liquidateurs

Exemples d'accords courants

du domicile ou de la voie publique vers le centre hospitalier le plus proche (urgence)

du centre hospitalier le plus proche vers le domicile (nécessité absolue)

aller retour pour chaque séance de radiothérapie, chimiothérapie, ou autres traitements spécifiques lorsque le bénéficiaire a des difficultés à se mouvoir (handicapés)

- transfert d'un centre hospitalier ne disposant pas de l'équipement nécessaire au patient vers le centre hospitalier le plus proche dans lequel cet équipement est disponible

Exemples d'accords plus limités nécessitant une autorisation préalable¹

- pour consultation de spécialistes
 - * si cela ne peut pas être fait par le généraliste
 - * et que l'état du patient l'empêche de se déplacer normalement

au début d'un traitement kiné-physio après un accident si celui-ci requiert des équipements ne permettant pas un traitement à domicile, et pour une période très limitée

aller retour pour consulter le centre hospitalier (universitaire) le plus proche lorsqu'il n'y en a pas au lieu de résidence

pour se rendre dans un centre hospitalier (universitaire) autre que celui situé près du domicile dans quelques rares cas où un traitement spécifique y est pratiqué (ex : protonbeam therapy)

Exemples de refus habituel

pour se rendre sur le lieu de cure

pour se rendre sur le lieu du travail

- pour consulter un généraliste

pour se faire soigner hors de son lieu de résidence pour raisons familiales ou de convenance personnelle

¹ Un rapport médical détaillé doit être joint à l'AP, mentionnant le motif, le nombre de déplacements, le trajet à effectuer et le mode de transport nécessaire.

rapatriement après accident ou maladie hors du lieu de résidence (sauf personnel affecté hors Communauté)²

pour se rendre dans un centre hospitalier autre que celui situé à proximité du domicile

Une assurance privée est particulièrement recommandée pour couvrir les conséquences pécuniaires d'accident ou de maladie susceptible de survenir dans les cas de résidence isolée, de déplacement de convenance personnelle, d'activités sportives notamment celles mentionnées par le Règlementation relative à la Couverture des risques d'accident et de maladie professionnelle des fonctionnaires des Communautés européennes (Art. 4, §b, c et d). Les frais de recherches et de sauvetage (ski, montagne, mer etc.) ne sont jamais pris en charge par le RCAM.

A noter que les frais résultant de l'utilisation d'un véhicule personnel ou conduit par des proches (famille, voisins) ne sont pas remboursés lorsqu'il s'agit de trajet dans l'agglomération de résidence mais peuvent l'être, à raison de 9 FB/km, sous réserve d'une autorisation préalable si, par exemple, le traitement (radiothérapie) ou la consultation de spécialiste n'est pas possible au lieu de résidence.

10. REMPLACEMENT D'AMALGAMES D'ARGENT

Le traitement des dents cariées par la pose d'obturations réalisées en amalgame d'argent est une technique largement utilisée par les dentistes, et ce depuis longtemps.

Quelques demandes récentes visant au remplacement systématique d'obturations dentaires en amalgame d'argent par des inlays en or ou en céramique en raison d'une possible

Pour le personnel hors Communauté, prière de se référer à la procédure déjà publiée. Seuls les rapatriements de niveau 3 doivent faire l'objet d'une AP selon les modalités ci-dessus.

toxicité du matériau utilisé ont amené les dentistes-conseil à procéder à une étude sur ce sujet.

Il ressort de celle-ci que, dans l'état actuel des connaissances, aucune preuve scientifique ne permet de conclure que ces obturations en amalgame seraient toxiques pour l'individu.

Suite à l'avis rendu par le Comité de Gestion, il a été décidé que le remplacement des obturations, qui sont encore fonctionnelles ou dans un état satisfaisant, serait considéré comme un traitement non nécessaire et non fonctionnel et, par conséquent, non remboursable ainsi que le stipule le point XV.3 de l'annexe I de la réglementation.

Il va de soi que cette décision ne modifie pas le remboursement d'inlays placés pour d'autres motifs. Il vous est, par ailleurs, rappelé qu'il est nécessaire d'introduire un devis au préalable pour ces prestations.

11. LA COMPLEMENTARITE (COUVERTURE DES PERSONNES A CHARGE)

A. Textes régissant la complémentarité

Article 3, paragraphe 1, 2ème alinéa de la Réglementation et les Dispositions d'Interprétation de la Réglementation y relatives,

Article 72 paragraphe 4 du Statut,

Article 6 de la Réglementation et des Dispositions d'Interprétation de la Réglementation,

Article 9 des Dispositions d'Interprétation de la Réglementation.

B. Oui peut être assuré au titre de la complémentarité ?

1. Le conjoint qui exerce une activité professionnelle ou qui perçoit une pension ou des allocations de chômage provenant d'une telle activité antérieure, à condition :

- que ses revenus imposables annuels ne dépassent pas le traitement de base d'un fonctionnaire de grade C5/1,
 - qu'il soit couvert par un régime d'assurance maladie primaire contre les risques de maladie pour l'ensemble des prestations garanties par le RCAM.
2. Les enfants à charge de l'affilié dans la mesure où le régime du conjoint visé ci-dessus accepte de les couvrir à titre primaire sans cotisation supplémentaire.

C. Modalités

1. Libre choix du médecin et des établissements de soins

Le conjoint assuré en complémentarité doit d'abord avoir recours à sa caisse primaire externe et demander le remboursement de ses frais médicaux auprès de celle-ci, le RCAM n'intervenant que comme régime complémentaire.

Toutefois, pour certaines prestations pour lesquelles il n'y a pas de remboursement prévu par le régime primaire, mais dont la nécessité médicale et la fonctionnalité ne font pas de doute (ex; lunettes, prothèses dentaires,..) le RCAM accepte d'intervenir.

Les caisses nationales prévoient généralement des modalités précises et/ou des restrictions en matière de libre choix du praticien ou de l'établissement de soins, par exemple, remboursement uniquement dans le secteur public ou conditions particulières pour des soins à l'étranger,.... Si par suite de l'exercice du libre choix aucun remboursement par la caisse primaire n'est possible, le RCAM accepte également dans certains cas d'intervenir. Il n'est pas possible d'exposer ici les différents cas pouvant se présenter et il est par conséquent nécessaire de s'assurer au préalable auprès du bureau liquidateur si un remboursement par le RCAM sera accordé.

2. Remboursements

Les demandes de remboursement devront être introduites au moyen du formulaire habituel.

Lorsqu'il y a début de remboursement par le régime extérieur, il faudra y joindre une copie des factures acquittées ainsi que l'original du décompte édité par ce dernier et une preuve de paiement telle que mentionnée au point 1 ou l'original du reçu.

Pour certaines prestations, le patient ne paie pas le coût entier de la prestation mais uniquement la partie des frais à sa charge (ticket modérateur). Dans un tel cas, il faut néanmoins mentionner le prix plein de la prestation ainsi que le remboursement perçu et non pas uniquement le prix réellement payé

Le calcul du remboursement complémentaire se faisant prestation par prestation, il y a lieu de remplir le formulaire en conséquence et en mentionnant le remboursement déjà perçu en regard de chaque prestation.

Seule la différence éventuelle entre le montant garanti par le RCAM et le remboursement obtenu du régime extérieur sera susceptible d'être prise en charge dans la limite des plafonds de remboursements prévus.

Si notre régime se substitue au régime primaire, la facture originale acquittée (avec la mention du refus de la caisse primaire) devra être jointe à la demande de remboursement.