



Aides Sociales et Financières autour du Cancer

Dossier réalisé par le service social de l'hôpital de Jolimont en collaboration avec les patients partenaires

Les informations de ce dossier sont régulièrement adaptées.
Attention de toujours vérifier auprès des services compétents

Août 2018

Table des matières

STATUT MALADIE GRAVE.....	4
○ Explication du statut maladie grave	4
○ Différences entre assurance obligatoire mutuelle, assurance complémentaire mutuelle et assurance hospitalisation	4
• Quelle est ma mutuelle ? Lecture de la vignette de mutuelle	4
○ ASSURANCE OBLIGATOIRE	5
• L'affiliation auprès d'une mutualité est-elle obligatoire?.....	5
○ ASSURANCE COMPLEMENTAIRE	5
○ ASSURANCE HOSPITALISATION	5
○ Les différentes mutuelles.....	6
• Mutualité Chrétienne 128.....	6
• Solidaris 317.....	8
• Mutualité neutre 216	10
• Mutuelle libérale (409).....	12
• PARTENAMUT.....	15
• Mutuelle de la S.N.C.B	19
TRANSPORTS POUR TRAITEMENT ONCOLOGIQUE	20
○ Intervention financière dans le coût des transports pour le traitement en chimiothérapie/radiothérapie	20
AIDES AU DOMICILE.....	23
○ Soins infirmiers au domicile.....	23
○ Aides ménagères.....	23
○ Aides familiales.....	24
○ Ergothérapeute.....	25
○ Gardes malades.....	25
○ Centres de coordination d'aides au domicile.....	26
○ Services d'aides au domicile des mutuelles	27
○ Téléassistance	27
CONVALESCENCE-REVALIDATION- COURT ET LONG SEJOUR EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS	28
○ Convalescence	28
○ Centre de revalidation	29
○ Maison de repos et/ou de soins, en court ou en long séjour	30
CONGES THEMATIQUES.....	30
○ Congé pour assistance médicale	30
○ Congé pour soins palliatifs	31
PERTE D'AUTONOMIE et STATUT HANDICAP.....	33
○ AVIQ.....	33
○ ALLOCATIONS POUR PERSONNES HANDICAPEES	35
STATUT BENEFICIAIRE DE L'INTERVENTION MAJOREE (ancien VIPO)	37

DOSSIER MEDICAL GLOBAL	38
MAXIMUM A FACTURER (MAF)	38
AVANTAGES FINANCIERS POUR AIDANT-PROCHES- AIDE A LA TIERCE PERSONNE	40
INCAPACITE DE TRAVAIL	41
○ Les salariés	41
○ Les indépendants	42
ASSOCIATIONS ET GROUPES D'ENTRAIDE	42
LES SOINS PALLIATIFS	46
Pour des informations complémentaires	48

STATUT MALADIE GRAVE

○ *Explication du statut maladie grave*

Tous les cancers sont considérés comme une maladie grave. Vous pouvez dans CERTAINS CAS bénéficier du statut maladie grave.

Le statut « maladie grave » est lié dans la plupart des situations à l'affiliation à une assurance hospitalisation, qu'il s'agisse d'une assurance hospitalisation de la mutuelle ou qu'elle soit privée (Dkv, Vanbreda, Ethias,...).

Dès l'annonce du diagnostic de cancer, CONTACTEZ votre assurance hospitalisation afin qu'elle puisse vous transmettre le formulaire de demande de statut de maladie grave.

Quels sont les avantages octroyés par les mutuelles et assurances dans le cadre du statut de maladie grave ?

Au minimum, ce statut donne droit au remboursement des frais pharmaceutiques liés à la maladie grave. Attention, il faut demander au pharmacien une attestation BVAC.

Une attestation B.V.A.C. est un ticket de caisse détaillé que vous recevez de votre pharmacien pour pouvoir demander un remboursement auprès de la mutualité ou de l'assurance. L'abréviation BVAC signifie 'Bijkomende Verzekering/Assurance Complémentaire'.

Certaines assurances ou mutuelles interviennent de manière complémentaire en matière d'aides au domicile et/ ou frais de transport. Contactez votre mutuelle ou assurance pour connaître vos avantages liés à votre statut de maladie grave.

○ *Différences entre assurance obligatoire mutuelle, assurance complémentaire mutuelle et assurance hospitalisation*

• Quelle est ma mutuelle ? Lecture de la vignette de mutuelle

Numéro d'inscription à votre mutuelle

Numéro de votre mutuelle

Ex: mut 128 : mutuelle chrétienne du Hainaut oriental

3xx
1098765 ddjjmm 1/2 P/T
Nom Prénom
Rue numéro boîte
CP localité
111/111 12345678910 NISS

Registre national

Numéro qui commence par votre date de naissance à l'envers

Code de référence qui fait référence à vos droits. Si ce chiffre se termine par 1, cela signifie que vous êtes bénéficiaire de l'intervention majorée (ancien vipo)

Pour la définition de chaque code, consultez le lien internet suivant : <http://www.securimed.eu/fr/tiers-payant/codes-dassurabilite>

○ ASSURANCE OBLIGATOIRE

● L'affiliation auprès d'une mutualité est-elle obligatoire?

Oui, si vous habitez en Belgique, vous êtes obligé(e) de vous affilier auprès d'une mutualité. Vous devez vous inscrire sous votre propre nom si vous êtes salarié, fonctionnaire ou indépendant ou si vous étudiez/effectuez un stage et que vous avez au moins 25 ans. Vous devez également vous inscrire sous votre propre nom si vous êtes au chômage et que votre stage d'insertion professionnelle est terminé.

En Belgique, l'assurance-maladie obligatoire garantit les mêmes remboursements de base pour vos soins de santé (médicaments, honoraires, hospitalisations...) et les mêmes indemnités pour incapacité de travail. Toutefois, en plus de ce service minimal, les mutualités peuvent également déterminer leurs propres priorités. A ce niveau, chaque mutualité offre différents avantages pour différentes primes. Dès lors, il est important de regarder quels avantages sont importants pour vous et de vous affilier auprès du fonds qui vous convient le mieux.

Vous pouvez consulter le lien ci-dessous pour comparer les différentes mutualités en fonction de vos attentes :

<https://www.guide-epargne.be/epargner/quelle-mutualite.html>

Si vous n'avez pas les moyens financiers pour payer vos cotisations de mutuelle, il existe la CAAMI (caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité). Cette mutuelle a un statut public, cela signifie qu'elle:

- Accueille **toute personne** qui fait appel à ses services, quel que soit le profil médical, économique, culturel ou philosophique de l'assuré
- applique le principe de **l'inscription gratuite**
- ne se charge que de **l'assurance obligatoire**

La CAAMI assume toutes les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tout comme les mutuelles, mais dans le cadre d'un statut public. Néanmoins elle n'intervient pas dans le cadre d'avantages autres (location et achat de matériel, aides au domicile,...). Vous pouvez télécharger le formulaire d'inscription sur le site suivant :

<https://www.caami-hziv.fgov.be/fr>

○ ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

En plus de l'assurance obligatoire, vous devez souscrire à une assurance complémentaire auprès de votre mutuelle. Les avantages de l'assurance complémentaire dépendent non seulement de votre mutuelle mais également de votre localisation géographique. Par exemple, les avantages liés à l'assurance complémentaire de la mutuelle chrétienne du Hainaut picardie (mutuelle 129) sont différents de ceux de la mutuelle chrétienne du Hainaut oriental (mutuelle 128). Il est donc intéressant de s'adresser à sa mutuelle afin de connaître les avantages liés à son assurance complémentaire en cas de cancer. Vous pouvez également consulter leur site internet qui est généralement assez détaillé.

○ ASSURANCE HOSPITALISATION

Vous pouvez souscrire à une assurance hospitalisation auprès de votre mutuelle ou auprès d'une assurance privée. Dans le cadre d'une hospitalisation, il est important de vérifier le type de chambre couvert par votre assurance et le pourcentage couvert (100% ? 200% ? 300% ?). Nous vous conseillons de ne pas prendre de chambre particulière si vous n'avez pas contracté d'assurance hospitalisation car le coût d'une chambre particulière sans assurance hospitalisation est très élevé.

En effet, en prenant une chambre commune, vous avez la certitude de ne pas avoir à payer des suppléments d'honoraires médicaux.

Suivant les conditions et modalités qu'elle prévoit, l'assurance hospitalisation peut vous rembourser :

- vos frais d'hospitalisation : honoraires médicaux et de soins, prix de la chambre, dépenses en médicaments et matériel médical etc., en Belgique et à l'étranger ;
- vos consultations à l'hôpital, les médicaments, les radiographies...(soit vos frais ambulatoires) avant ou après l'hospitalisation. En général, les frais ambulatoires concernent les frais exposés un mois avant l'hospitalisation et trois mois après. Ces délais peuvent cependant varier en fonction de votre contrat d'assurance ;
- ***vos frais pour le traitement de maladies graves (cancer,..). Si vous avez une assurance hospitalisation, peu importe laquelle, nous vous conseillons d'introduire une demande de reconnaissance de maladie grave. En effet, tous les cancers sont reconnus comme « maladies graves ». Dans ces cas, des indemnités plus larges (parfois même sans qu'il y ait de séjour à l'hôpital) pour les frais ambulatoires pourront être prévues.***

Attention, pour la plupart des mutuelles, il faut avoir souscrit à l'assurance hospitalisation avant le diagnostic de maladie grave.

Le contrat d'assurance hospitalisation prévoit généralement une franchise. Celle-ci peut être par hospitalisation ou annuellement. Il est donc intéressant de vous renseigner sur ce point également.

○ **Les différentes mutuelles**

● **Mutualité Chrétienne 128**

1. **Transports pour un traitement oncologique**

Dans le cadre de l'assurance obligatoire :

- 025€/km

En plus de cette intervention, l'assurance complémentaire prévoit un remboursement de :

- 0.20€/km en taxi, en voiture particulière ou avec les bénévoles d'altéo

La mutuelle chrétienne a un service transport « altéo »(voir point transport mutuelle page 23).

2. **Intervention financière dans le coût d'une aide ménagère/aide familiale/garde malade :**

Pas d'intervention spécifique

3. **Possibilité de reconnaissance d'une MALADIE GRAVE et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation :**

- ***Si vous avez l'Hospi solidaire :***

Tous les membres de la Mutualité chrétienne en ordre de cotisations à l'assurance complémentaire bénéficient d'office d'une assurance hospitalisation : l'Hospi solidaire.

Grâce à l'Hospi solidaire, vous bénéficiez donc d'un forfait de 150 euros **suite à une hospitalisation** pour une maladie grave ou coûteuse (**tous les types de cancers sont concernés**). [Téléchargez le formulaire maladies graves ou coûteuses](#) (PDF) à compléter avec votre médecin.

Ce droit est ouvert uniquement après une hospitalisation et peut être prolongé d'un an sur présentation du [formulaire de renouvellement](#) (PDF).

- ***Si vous avez l'Hospi + :***

Vous bénéficiez d'une somme forfaitaire de 150euros + 100 € (forfait supplémentaire renouvelable)

- ***Si vous avez l'Hospi +100 ou +200 :***

Vous bénéficiez d'une somme forfaitaire de 150euros + 200 € (forfait supplémentaire renouvelable)

Procédure d'envoi des frais médicaux à la mutuelle chrétienne dans le cadre de la maladie grave

Depuis le 1^{er} janvier 2017, on ne peut plus envoyer les frais médicaux et pharmaceutiques à la mutuelle chrétienne qu'une fois par an via le document suivant :

https://www.mc.be/media/releve-annuel-depenses-apd2017_tcm49-28041.pdf

Dans le relevé annuel à remettre à la mutuelle mi-janvier de l'année qui suit l'année ayant donné lieu aux frais médicaux. On peut y mettre : les frais pharmaceutiques prescrits mais ne donnant pas lieu à un remboursement INAMI, les factures d'ambulance et transports autre que ceux pour les traitements oncologiques, les frais de bandagisterie,....

Si vous souhaitez d'autres informations concernant le statut maladie grave à la mutuelle chrétienne, vous pouvez télécharger le lien suivant :

<https://www.mc.be/que-faire-en-cas-de/maladie-accident/maladie-grave-couteuse>

4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue:

- 15 euros par séance max 180^e/an

Conditions : Intervention pour des séances psychologiques effectuées :

par un psychologue, agréé par la Commission des psychologues (www.compsy.be), salarié ou indépendant, travaillant en cabinet privé, institution ou en milieu hospitalier.

Faire remplir une demande d'intervention par le psychologue et le renvoyer à la mutuelle.

https://www.mc.be/media/Psychologie_Demande_intervention_tcm377-182378_tcm49-34925.pdf

5. Intervention en centres de convalescence/maison de repos et de soin si en ordre d'assurance complémentaire

Convalescence

Pour bénéficier d'une intervention de la Mutualité chrétienne dans vos frais de séjour, vous devez répondre aux critères suivants :

- ☑ être membre de la Mutualité chrétienne et en ordre de paiement de cotisations complémentaires ;
- ☑ obtenir l'accord pour votre convalescence du service médical du centre ;
- ☑ effectuer un séjour de 14 jours minimum et de 60 jours maximum.

Lien pour télécharger le formulaire de demande de convalescence :

https://www.mc.be/media/demande_admission_maison_convalescence_mc_tcm49-34396.pdf

Il n'y a plus de distinction entre convalescence aigüe et chronique. Le médecin hospitalier peut directement introduire la demande via le formulaire de demande directement au service de convalescence. Il faut absolument avoir l'accord de la mutuelle avant d'entamer son séjour de convalescence.

Durée de la convalescence

: 14 jours à 60 jours max/ année civile.

Organisée au sein des 3 centres (Spa, Nieuport, Zandhoven).

Demande médicale à introduire dans les 14 jours de la sortie d'hospitalisation.

Pour connaître les tarifs et disponibilités de chaque centre ainsi que le montant de l'intervention de la mutuelle, vous pouvez contacter directement le centre souhaité :

✚ **Ter duinen** : tarifs :

<http://www.sejoursetsante.be/media/178290/prijzen-herstel-2018-fr.pdf>

Téléphonez au 058/22.33.22 (de 9h30 à 12h00 et 13h00 à 16h00) ou par e-mail à planning@terduinen.be. Pour les disponibilités .



Hooïdonk

Téléphonez au 03/320.28.11 ou par e-mail à info@hooïdonk.be

✚ **Spa Nivezée**

Contactez madame Nizet au 087 79 03 14 ou envoyez votre mail à info@niveze.be

Tarifs 2018 : <http://www.sejoursetsante.be/media/177197/Prix-2018-FR.pdf>

✚ **Mariemont-Village** : adresse : 68, rue Général de Gaulle 7140 Morlanwelz
Tel : 064/887111. Veuillez-vous adresser à la mutuelle chrétienne ou au service social de l'hôpital afin d'obtenir le formulaire spécifique de convalescence pour Mariemont-Village.
Prix : 50euros par jour après intervention de la mutuelle, uniquement chambre particulière (kiné pas compris dans le prix mais possibilité d'avoir des séances de kiné). Acompte de 700 euros exigé à l'entrée.

Court séjour en MRS

Durée : 10j minimum et 20j maximum / 2 ans sur base de la facture acquittée.

Intervention : 15^e par jour

Introduire la demande via le formulaire médical suivant :

https://www.mc.be/media/convalescence_autres_centres_tcm49-34404.pdf

Renvoyez ce document à l'adresse mail : mcho.servicesocial@mc.be AVANT l'entrée en Maison de repos et de soin.

Infos : 071/548.428

6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale ou vêtement adaptés, prêt de matériel

Prothèse capillaire

Assurance obligatoire : 180 euros en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie ou 270 euros en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie.

Assurance complémentaire : pas d'intervention supplémentaire

Reconnaissance maladie grave et assurance hospi +, hospi +100 et + 200 : 180 euros d'intervention supplémentaire.

7. Intervention dans le cadre d'un dépistage cancer

Dépistage d'un cancer du sein (le Mammotest) : Remboursé aux femmes âgées de 50 à 69 ans, tous les deux ans

Le dépistage du cancer de la prostate (le dosage PSA) : Remboursé en cas de cancer connu sur prescription médicale

Le dépistage du cancer de l'intestin : remboursé hors consultation chez le médecin aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans.

Le dépistage par frottis : cancer du col de l'utérus, l'endomètre et des ovaires Remboursé une fois au maximum/ 2 années civiles.

Pour toute information, vous pouvez contacter la mutuelle chrétienne au 071/548.548 (pour la mutuelle 128).

• **Solidaris 317**

1. Transports pour un traitement oncologique

Dans le cadre de **l'assurance obligatoire** : 025^e/km

En plus de cette intervention, **l'assurance complémentaire** prévoit un remboursement de :

- 0,50€/km de 0 à 10 kms
- 0,25€/km à partir du 11^{ème} km

Rq : montants applicables à partir du 1^{er} janvier 2018, ***pour les transports en ambulance, taxi et véhicule sanitaire léger, Société de transport.***

ATTENTION : si vous prenez une voiture particulière, vous n'aurez le droit uniquement qu'à 0,25^e/km (remboursement de l'assurance obligatoire).

Solidaris a un service transport : Transport de la C.S.D. (voir page 23). ***Depuis le 1^{er} janvier 2018, les navettes de la CSD ne sont plus gratuites*** et l'intervention dans le coût de la navette est identique quel que soit le transport médical pour un traitement oncologique.

Pour la Solidaris 306 (brabant wallon)

Convention avec MUTAS 02/2720817 qui organise votre transport. Le prix est de 5 euros par jour peu importe le nombre de kms et le type de transport adapté demandé (ambulance comprise si nécessaire).

Démarches et conditions

Avoir un DMG en cours de validité chez un médecin généraliste.

Remboursement sur base du justificatif INAMI (annexe 57 en cas de dialyse ou arrêté ministériel du 06/07/89 en cas de cancer) et facture du transporteur.

2. Intervention financière dans le coût d'une aide ménagère/aide familiale/garde malade

Pas d'intervention particulière

Service d'aides familiales : En fonction des revenus

Service d'aides ménagères titres-services ou aides ménagères sociales (en fonction des revenus)

Garde malade : BIM 2.75^e /h, non-BIM : 3.75^e /h, minimum 4h, max 9h possibilité de faire des nuits.

3. Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation :

Si vous bénéficiez de l'assurance ambulatoire maladie grave.

L'assurance Ambulatoire Maladies Graves est destinée à couvrir les frais survenus en dehors d'une période d'hospitalisation et découlant d'une maladie grave pour autant qu'elle soit diagnostiquée après la souscription.

Ils remboursent jusqu'à 6500^e / an et par assuré contre une prime mensuelle de maximum 2,48 euros par mois pour les moins de 65 ans et de 4,74 euros par mois pour les 65 ans et plus.

Quels remboursements possibles en cas de maladie grave ?

- **Les frais de soins et traitements** ordonnés par un médecin généraliste ou spécialiste (repris dans la nomenclature INAMI) sont remboursés à concurrence de maximum une fois le montant de l'intervention de l'Assurance maladie-invalidité.
- **Les médicaments** prescrits et fournis en Belgique par un médecin généraliste ou spécialiste dans le cadre de cette maladie sont remboursés à concurrence d'un plafond annuel de 1.000 euros.
- **Les frais de nutrition entérale** à concurrence de 1500 euros maximum par an
Faire une copie de la facture. Envoyer l'originale de la facture à Solidaris pour l'intervention de l'assurance obligatoire. Le détail du remboursement est envoyé au patient. Ce dernier doit y joindre la copie de la facture et le tout est à envoyer au service hospimut.
- **Les pansements et compresses** à concurrence de 250 euros maximum par an.

Lien du formulaire :

<http://www.solidaris-assurances.be/NosAssurances/AmbulatoireMG.htm>

4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue:

Intervention de 20^e par consultation avec un psychologue agréé par Mutualis, max 8s/an à la condition d'avoir un DMG.

5. Intervention en centres de convalescence/maison de repos et de soin si en ordre d'assurance complémentaire

Convalescence : Intervention de 40e/jour min 7j et max 60j/an dans les trois centres (Deinze, Morlanwelz et Spa) sur base d'une demande à remplir par un médecin. Par exemple, après intervention de solidaris, une nuit au centre « les heures claires » à Spa coûte 36 euros.

La cure doit suivre immédiatement la sortie de l'hôpital.

Mariemont-Village :Maison de repos et de soins conventionnée avec solidaris pour les séjours de convalescence. Adresse : 68, rue Général de Gaulle 7140 Morlanwelz

Tel : 064/887111. Veuillez-vous adresser à la mutuelle solidaris ou au service social de l'hôpital afin d'obtenir le formulaire spécifique de convalescence pour Mariemont-Village.

Prix : 50euros par jour après intervention de la mutuelle, uniquement chambre particulière (kiné pas compris dans le prix mais possibilité d'avoir des séances de kiné). Acompte de 700 euros exigé à l'entrée.

<http://www.solidaris.be/Charleroi-Centre-Soignies/remboursements-et-avantages/remboursements/liste-des-remboursements/Pages/convalescence.aspx>

Court séjour MRS : 30^e/ jour, max 14j/ année civile non suivi de d'un long séjour en maison de repos et de soins.

6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale ou vêtement adaptés, prêt de matériel

Prothèse capillaire

Assurance obligatoire : 180 euros en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie ou 270 euros en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie.

Assurance complémentaire : pas d'intervention supplémentaire

Prêt de matériel

Les 3 premiers mois de location du matériel suivant sont gratuits :

Aérosol, béquilles, chaise percée, chaise roulante, compresseur matelas, lève-personne, lit électrique, matelas alternating (anti-escarres), tribune.

Deux conditions pour en bénéficier :

- Etre en ordre de cotisations complémentaires.
- La location doit être faite auprès d'un service agréé par Solidaris.

Intervention dans le cadre d'un dépistage cancer

Pas d'intervention

7. Possibilité de souscription à une assurance hospitalisation et à l'assurance ambulatoire maladie grave lorsque le diagnostic de maladie grave est connu.

Possibilité de s'affilier à l'assurance hospitalisation pour toutes les formules= hospimut, hospimut option 100, 150 ou 200% via un stage d'attente de 6 mois ou sans stage si formule équivalente préexistante à une autre assurance. PAS de questionnaire médical.

Attention 100euros de franchise (pour toute hospi même de jour en chambre particulière). Passé l'âge de 70 ans, il n'y a plus que la possibilité de s'affilier à l'hospimut simple (en chambre commune).

Pas de possibilité de s'affilier à l'assurance ambulatoire maladie grave car l'affiliation est soumise à un questionnaire médical.

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter la mutuelle Solidaris 317

• Mutualité neutre 216

1. Transports pour un traitement oncologique

Assurance obligatoire: 0,25e/km

En plus de cette intervention, l'assurance complémentaire octroie le remboursement suivant:

- Taxi 0.40^e /km (max 250^e/an)
- Voiture particulière : 0.15^e /km

Plafond annuel pour l'ensemble des types de transports: 1210^e / an

2. Intervention financière dans le coût d'une aide-ménagère sociale /aide familiale/garde malade

1^e / h (suivant critères) avec maximum 4h/semaine durant 4 semaines consécutives, renouvelable 3x/an

Les prestations doivent, dès la première demande d'intervention, être justifiées par un certificat médical précisant que l'état de santé du **bénéficiaire** ne lui permet plus d'accomplir ses tâches familiales et ménagères. Il faut remettre ce certificat au conseiller mutualiste

Attention, aucune intervention pour les aides ménagères titres-services.

3. Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation :

La reconnaissance de maladie grave est possible si vous êtes affilié à une des

Trois assurances hospi de la mutualité neutre :

Avec Neutra « Plus », confort et « Top ». Dans ce cas, il faut introduire une demande de reconnaissance de maladie grave auprès de la mutuelle (call center : 071/20 52 11). L'affiliation peut démarrer à tout âge et se fait sans examen médical préalable (stage d'attente de 6 mois et de 12 mois à partir de 65 ans).

Ces assurances « hospitalisation » prennent en charge les frais de soins de santé faisant l'objet d'une intervention légale en relation direct avec la maladie et exposés hors hospitalisation en cas de maladie grave.

Le plafond pour le remboursement des frais pharmaceutiques non-reconnus par l'INAMI est de 10.000 euros/an.

Quelle est la franchise en cas d'hospitalisation?

Pour [Neutra+](#), [Neutra Confort](#) et [Neutra Top](#), elle est fixée à 125 € par an et par personne et uniquement en cas de [maladie grave](#).

C'est ainsi que si un [affilié](#) doit être hospitalisé deux fois au cours de la même année civile, la franchise ne sera appliquée qu'une seule fois.

4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue:

Sur base d'une prescription médicale, une intervention dans le cout d'un traitement psychologie auprès d'un(e) licenciée en psychologie :

20^e (1x/an) accordée pour un bilan, 10^e / séance (max 6 séances par an)

5. Intervention en centres de convalescence/maison de repos et de soin si en ordre d'assurance complémentaire

❖ Dans un des trois centres de convalescence :

20^e / jour pour un séjour en convalescence de 7 jours à maximum 21 jours, prolongation possible à 28 jours sur accord du médecin conseil

Ces centres conviennent aux personnes autonomes ou moyennement autonomes (possibilité kiné et infi mais ce ne sont pas des centres médicalisés mais plutôt des centres de vacances).

Pour plus d'informations, contactez la mutuelle neutre au 071/20 52 11.

❖ Dans n'importe quelle M.R. ou M.R.S.

Intervention de 20^e / jour pour un séjour en convalescence de 7 jours à maximum 21 jours, prolongation possible à 28 jours sur accord du médecin conseil.

6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale ou vêtement adaptés, prêt de matériel

Prothèse capillaire

Assurance obligatoire : 180 euros en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie ou 270 euros en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie.

Assurance complémentaire : 50^e à l'achat d'une prothèse capillaire pour les personnes qui suivent un traitement de chimiothérapie.

Location d'un lit (quel que soit le service de location de lit)

Intervention de 20^e / mois pour la location d'un lit à domicile. Intervention de maximum 240^e pour la location du lit quel que soit la durée de la location (cette intervention peut être étalée notamment sur plusieurs années.

7. Intervention dans le cadre d'un dépistage cancer

Prise en charge des tickets modérateurs pour un maximum de 25^e par année civile dans le cadre du dépistage : Cancer colon et de l'intestin, cancer du sein, cancer de la prostate, cancer de la peau.

8. Autres aides possibles de la mutuelle

❖ Demande d'aide financière auprès de la Caisse de Solidarités de la mutuelle neutre

Une demande d'aide financière peut être introduite dans le cadre d'une maladie grave auprès du service social de la mutuelle neutre. Il n'y a pas de critères de revenus. Il faut juste être en ordre de paiement de cotisations obligatoires et complémentaires.

Un bilan financier sera effectué en tenant principalement compte les frais médicaux des douze derniers mois précédents la demande.

Contact : 071/20.52.11

- Mutuelle libérale (409)

1. Transport traitement oncologique

Assurance obligatoire : 0,25°/km

Assurance complémentaire : pas d'intervention sauf si la personne est fortement dépendante.

Plus d'informations au 064 23 61 90 option 1 ou 081 23 18 23 option 1

Transport pour examen médical ou consultation médicale en milieu hospitalier ou centres médicaux de personnes dont l'état de santé ne leur permet pas de se déplacer par leurs propres moyens (hors traitement oncologique) :

- Transport adapté agréé : remboursement du ticket

- Autres types de transport dont la voiture particulière: 0,20€ du kilomètre

Le total des interventions est limité à 300€ par an sauf pour les patients fortement dépendants (Katz B ou +) ou souffrant d'un handicap majeur.

Pour plus d'informations :

<http://www.lm.be/Hainaut-Namur/Rubriques/Avantages-et-services/Assistance-judiciaire/Transports/Pages/DefaultArticle.aspx>

2. Intervention financière dans le coût d'une aide ménagère/aide familiale/garde malade

AIDE MENAGERE

L'intervention pour les prestations d'aides ménagères dispensées par un CPAS, un centre agréé ou un service agréé titres service est accordée dans les cas suivants :

- Handicap de 66% officiellement reconnu pour la durée de reconnaissance
- Hospitalisation du titulaire ou d'une personne faisant partie du ménage pour la période d'hospitalisation et les 3 mois suivant la sortie de clinique
- Mobilité réduite avec appareillage pour la période d'utilisation de l'appareillage
- Maladie grave pour une durée couverte par un certificat médical (se référer aux statuts)
- Circonstances exceptionnelles et graves (incendie, inondations, sinistre domestique, agression au domicile,...) pour une durée justifiée par un rapport du service social de la mutualité

Intervention :

L'intervention est fixée à maximum 0,75€ de l'heure pour les services d'une aide-ménagère, avec un plafond annuel de 400 heures (toutes prestations confondues avec une éventuelle intervention complémentaire d'une aide familiale).

L'intervention éventuellement versée directement au service qui a octroyé l'aide ne peut dépasser 0,50 € de l'heure, de sorte que l'affilié bénéficie de la différence à concurrence des plafonds fixés.

Comment obtenir l'intervention ?

Présenter l'attestation officielle du service ayant organisé les prestations avec un détail des heures prestées.

Plus d'informations, COSEDI au 078 151 000 ou cosedimut409.be ou encore sur www.cosedinet.net

AIDE FAMILIALE

Intervention :

L'intervention est fixée à maximum 1€ de l'heure pour les services d'une aide familiale, avec un plafond annuel de 400 heures (toutes prestations confondues avec une éventuelle intervention complémentaire d'une aide ménagère).

L'intervention éventuellement versée directement au service qui a octroyé l'aide ne peut dépasser 0,50 € de l'heure, de sorte que l'affilié bénéficie de la différence à concurrence des plafonds fixés.

Comment obtenir l'intervention ?

Présenter l'attestation officielle du service ayant organisé les prestations avec un détail des heures prestées.

Plus d'informations au 064 23 61 90 option 1 ou 081 23 18 23 option 1

3. Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation :

➤ Dans le cadre de l'assurance complémentaire

Intervention annuelle de 248€ octroyée aux bénéficiaires quel que soit l'âge atteint d'un cancer suivant un traitement oncologique. Il faut au moins 248° de tickets modérateurs au moment de la demande.

Comment introduire une demande de reconnaissance de maladie grave ?

Introduire une demande auprès du service du médecin-conseil.

Une attestation médicale doit être remplie par l'oncologue indiquant la pathologie, la date du diagnostic et le traitement ainsi que la durée prévue de celui-ci. Il n'y a pas de formulaire spécifique.

➤ Dans le cadre de l'assurance hospitalisation « Hôpital + »

Hôpital Plus rembourse la partie de la facture d'hospitalisation qui reste à la charge du patient après l'intervention de l'assurance maladie. Les coûts médicaux relatifs à l'hospitalisation pour des prestations qui ont été effectuées jusqu'à un mois avant et trois mois après l'hospitalisation sont également remboursés par Hôpital Plus. En outre, Hôpital Plus intervient dans le cadre d'une série de maladies graves et rembourse les soins médicaux administrés hors de l'hôpital (= soins ambulatoires).

Garanties "Hôpital Plus"

Hospitalisation

- frais de séjour	Jusqu'à € 15.000 pour H+100 et € 25.000 pour H+200 par an et par affilié
- honoraires et suppléments	Jusqu'à 100% de l'intervention INAMI pour l'assurance Hôpital Plus 100
- prestations	Jusqu'à 200% de l'intervention INAMI pour l'assurance Hôpital Plus 200

Maladie grave

Intervention maximale supplémentaire de € 5.000 pour H+100 par an et par affilié
Intervention maximale supplémentaire de € 7.000 pour H+200 par an et par affilié.

4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue:

10 euros par séance chez un psychologue ou un psychothérapeute, avec un maximum de 60 euros par année civile.

5. Intervention en centres de convalescence/maison de repos et de soin si en ordre d'assurance complémentaire

Intervention pour le centre de Convalescence Cosmopolite à Blankenberge :

29 euros/nuitée

32€/nuitée pour un bénéficiaire de l'intervention majorée (bim, ancien vipo)

jusqu'à 60 nuitées par an. Attention, il faut être autonome.

Intervention pour un Court séjour en Maison de repos et de soins :

14 e/nuitée, 30 nuitées max en MRS

Comment introduire la demande ?

Vous devez introduire une demande pour un séjour de convalescence via le service social de votre mutualité. Le médecin conseil de la mutualité prend alors une décision concernant votre demande.

service social de la mutuelle libérale du Hainaut : 064 23 61 90

Numéro du

Lien pour télécharger le formulaire de demande de convalescence et court séjour en Maison de repos:

<http://www.cosmopolite-blankenberge.be/userfiles/file/Formulaire%20convalescence%20repos%20F.pdf>

6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale ou vêtement adaptés, prêt de matériel, alimentation entérale

Prothèse capillaire

Assurance obligatoire : 180 euros en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie ou 270 euros en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie. L'assurance hospitalisation « Hôpital + » intervient dans le cadre de la prothèse capillaire en plus de l'assurance obligatoire.

Pas d'intervention supplémentaire pour l'alimentation entérale ou les vêtements adaptés.

7. Intervention dans le cadre d'un dépistage cancer

20€/max par an quel que soit le dépistage cancer si le dossier médical global est en **ordre**.

8. Interventions supplémentaires dans le cadre de l'assurance complémentaire

Intervention de 450 e par année pour les frais d'hospitalisation (hospi de jour également) hors service de gériatrie. Cette intervention ne peut avoir lieu que si le Maximum à facturer n'est pas atteint.

Intervention des tickets modérateurs pour les consultations chez le médecin traitant et médecin spécialiste d'un montant de 100€ par an. La demande est à introduire via un formulaire de la mutuelle et à rendre à la mutuelle 1x/trimestre.

Pour toute question : contact@mut409.be ou tel au 064 23 61 90

• PARTENAMUT

1. Transports pour un traitement oncologique

***Assurance obligatoire** : 0,25^e/km

***Assurance complémentaire pour les transports avec un véhicule privé** : pas d'intervention

***Intervention de l'assurance complémentaire pour les transports non urgents (tous les bénévoles, taxi. Tous les transports sauf ambulance, 112 et hélicoptère) dans le cadre d'une chimio- ou radiothérapie :**

Le remboursement est de 100% du prix payé avec un plafond de 200 euros par mois civil. Cette intervention est complémentaire à l'assurance obligatoire (qui prévoit 0,25^e/km).

- Document intitulé «Demande d'intervention dans les frais de voyage du bénéficiaire qui satisfait aux dispositions de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 » à demander au secrétariat de chimio/radiothérapie et à remettre auprès de la mutuelle avec les factures ou reçus du transport. Pour les transports pour soins ambulatoires (tel transport vers hôpitaux, centre de révalidation, dialyses, chimiothérapie, radiumthérapie, ...) : joindre aussi un certificat médical attestant votre incapacité à utiliser votre voiture privée ou les transports en commun (sauf si un justificatif établissant votre perte de mobilité est déjà en possession de la mutualité).

Il n'y a pas de service de transport à partenamut. Il y a une plateforme de recherche de transport qui se charge de trouver le transport le moins coûteux et le plus adapté en fonction de la mobilité du demandeur: 078/15.50.91

Attention : prévenir 48h à l'avance.

Pour plus d'informations : Tel partenamut 02/444.41.11

<https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/transport-urgent#hospitalia-plus>

2. Intervention financière dans le coût d'une aide ménagère/aide familiale/garde malade

Aidant proche

Partenamut dispose d'une Cellule aidants proches.

Ce service offre un accompagnement pour les membres de la famille, voisins ou amis qui contribuent à la prise en charge d'un proche plus fragile. Ces aidants sont des proches du malade, qui maintiennent à domicile ces personnes en situation de dépendance (handicap, maladie, accident, vieillesse). Assumer un tel rôle peut avoir des répercussions sur la vie et la santé de ces aidants. Partenamut intervient auprès des aidants d'un point de vue financier et pour divers services :

- **Aide-ménagère ou familiale** : jusqu'à 250 €/an (5 €/titre-services et/ou par prestation d'aide familiale).
- **Psychologie** : jusqu'à 180 €/an chez un psychologue licencié ou détenteur d'un master en psychologie (15 €/séance pour 12 séances/an).
- Intervention de **35 € dans les frais de séjour de convalescence** pour un aidant proche accompagnant la personne en perte d'autonomie
- **2 jours de court répit** pour aidant proche grâce à la mise en place d'une garde organisée pour la personne aidée.

Tel du département d'aides aux personnes de partenamut : 02/549.76.70

Comment introduire la demande de statut « aidant proche » ?

1. Rendez-vous sur partenamut.be/aidants et complétez le formulaire prévu ou contactez le département d'aides aux personnes.
 2. Selon votre situation, un entretien vous sera proposé avec notre cellule spécialisée pour les aidants proches.
 3. Cet entretien vous fournira une foule d'informations et de conseils pour faciliter votre quotidien et celui de votre proche.
 4. Si vous répondez aux critères, vous serez reconnu « Aidant proche Partenamut » pour une période d'un an et pourrez bénéficier d'avantages spécifiques.
- L'aidant proche doit être affilié à partenamut par contre, ce n'est pas demandé pour « l'aidé ».

3. Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation :

- ***Pour avoir la reconnaissance de maladie grave auprès de partenamut, il faut être affilié à l'Hospitalia +. (l'hospitalia ne suffit pas).*** Cette reconnaissance permet ***d'obtenir des interventions pour les soins ambulatoires, une prothèse capillaire ou le prêt de matériel.***

Le montant des remboursements peut atteindre 7.000 €/an. Types de soins pris en charge dans le cadre de la Garantie Maladies Graves :

- Les **tickets modérateurs** et les suppléments d'honoraires (limités à 100% de l'intervention de l'assurance obligatoire) des consultations et visites des médecins généralistes et spécialistes, des actes techniques médicaux, des soins infirmiers, la kinésithérapie...
- Le prix réellement payé pour des produits pharmaceutiques allopathiques, préparations magistrales ou perruques sur prescription médicale et s'il y a intervention de l'assurance obligatoire.
- La location de matériel médical.

Comment obtenir ce service ?

Pour obtenir la couverture de la Garantie Maladies Graves :

1. Envoyer à Partenamut la demande d'octroi de la Garantie Maladies Graves complétée.
2. Celle-ci doit être accompagnée d'un certificat médical spécifiant le diagnostic confirmé par des examens biologiques ou anapathologiques, par l'imagerie médicale ou par tout autre examen médical reconnu.
3. Une fois la demande introduite, le médecin-conseil d'Hospitalia Plus doit donner son accord.
4. Cet accord est valable pour une période d'1 an. Une demande de prolongation peut ensuite être demandée.

Pour le remboursement des frais avec la Garantie Maladies Graves :

1. L'intervention dans les frais n'est pas automatique : pour obtenir un remboursement, compléter et envoyer à Partenamut une demande d'intervention.
2. Joindre toutes factures originales, notes d'honoraires, attestation BVAC du pharmacien ou pièces justificatives.

Pour plus d'informations et télécharger le formulaire :

<https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/garantie-maladies-graves>

4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue:

- 15 € par séance, pour 8 à 12 séances par an.
- **Conditions** : Formulaire de la mutuelle ou état de dépense rempli par le psychologue (les séances doivent être réalisées en ambulatoire chez un psychologue licencié ou détenteur d'un master en psychologie) et certificat médical attestant la pathologie cancéreuse après les 8 premières séances. Infos et formulaire sur le site suivant :

<https://www.partenamut.be/fr/remboursements/psychologie>

5. Intervention en centres de convalescence/maison de repos et de soin si en ordre d'assurance complémentaire

Les séjours de convalescence

- Demander l'accord de la mutualité. Pour ce faire, nous vous conseillons de contacter préalablement les travailleurs sociaux de Partenamut Solutions et Assistance afin de choisir au mieux le centre de convalescence le plus adapté à votre situation au 02 549 76 70 .

Conditions

- Etre dépendant pour ses actes quotidiens et avoir besoin de soins.
- Perdre temporairement ou définitivement son autonomie suite à une hospitalisation, un traitement lourd ou des séances de dialyse.
- L'institution doit figurer sur la liste des maisons de convalescence agréées par la mutualité.
- Accord préalable de la mutualité nécessaire.
- Validité de l'accord : 2 mois.
- Plafond/limites : maximum 28 jours/année civile.
- Pas de condition d'âge.

En plus de cette intervention, si vous êtes affilié à L'assurance Hospitalia Plus , vous pouvez demander une intervention complémentaire de 15 €/jour pour les séjours de convalescence peu importe la maison de convalescence choisie.

Conditions

- L'intervention n'est accordée que si le séjour a débuté dans les 14 jours qui suivent la sortie de l'hôpital.
- Plafond de 15 jours/an et par bénéficiaire.

Intervention financière de votre mutualité

- Séjour de soins/convalescence : 35€/jour, max. 28j/an (en fonction des critères) + 35€/jour pour votre aidant-proche.

Lien internet : <https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/sejour-convalescence#avantages-partenamut>

Court-séjour en maison de repos : 30€/jour – Max. 14j/an

Remettez à la mutualité l'original ou une copie de la facture établie par la maison de repos ou MRS (Maison de repos et de soins).

Conditions :

- Pour les personnes ayant perdu définitivement leur autonomie.
- Pour qui le maintien à domicile est temporairement impossible : suite à une indisponibilité temporaire de l'aidant proche (hospitalisation, vacances, besoin de répit).

Attention: Pas d'intervention si admission en maison de repos de longue durée dans un délai de moins de trois mois suivant le court séjour

6.Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale ou vêtement adaptés, prêt de matériel, alimentation entérale, aménagement du domicile

- Prothèse capillaire : Assurance obligatoire : 180 euros en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie ou 270 euros en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie. Pas d'intervention supplémentaire dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Remettre à Partenamut la prescription du médecin et la facture d'achat de la perruque.

- Intervention de l'assurance complémentaire dans l'achat de vêtements adaptés à raison de maximum 75 euros /an, à défaut d'une intervention en assurance obligatoire (soutien-gorge, foulard, maillot de bain spécialisé, ...). Sur production de pièces probantes admises par la mutualité (facture).
- Alimentation entérale par sonde : forfait de 25 euros /mois, accordé automatiquement après l'intervention de l'assurance obligatoire.
- Intervention pour l'aménagement du domicile de 350 € possible, après le passage du service d'aménagement pour les affiliés de plus de 65 ans. Contactez le service d'ergothérapeutes pour l'aménagement de votre domicile au 02 549 76 70.

7.Intervention dans le cadre d'un dépistage cancer

- Formulaire type à demander à la mutuelle au 02 549 76 70
- 5x10e/année civile

8.Intervention complémentaire dans le cadre de reconnaissance du statut palliatif

- Avec les Avantages Partenamut , chaque patient reconnu palliatif bénéficie d'une intervention forfaitaire de 150 € pour les frais de soins palliatifs à domicile. Celle-ci est renouvelable 1 fois. L'intervention est automatiquement versée si votre médecin traitant a averti le médecin-conseil de Partenamut que des soins palliatifs sont donnés à domicile.

Pour toute question, vous pouvez contacter votre mutuelle partenamut au 064/235411

- **Mutuelle de la S.N.C.B**

1. Transports médicaux pour un traitement oncologique

- 0,25^e /km dans le cadre de l'assurance obligatoire uniquement
- 100% des frais remboursés pour les transports en commun.

2. Intervention financière dans le coût d'une aide ménagère/aide familiale

- 1,50^e/heure.
- Conditions : il doit s'agir d'un service agréé et le patient doit fournir une prescription médicale stipulant la nécessité de l'aide vu l'état de santé sauf pour les personnes âgées de minimum 70 ans.
- Prescription médicale à transmettre à la mutuelle pour les – de 70 ans.

Numéro vert SNCB : 0800/95484

Intervention financière dans le coût d'une garde malade

- 2 euros/heure prestée, max 8h/jour ou par nuit avec un maximum de 120jours/an.
- Conditions : il doit s'agir d'un service de gardes malades agréées
- Contacter préalablement la mutuelle au numéro vert de la SNCB au 0800/95484

3. Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation :

Oui, via l'assurance hospitalisation AXA . Tous les ayants droits et pensionnés ont d'office l'assurance hospitalisation AXA en chambre commune. Un supplément pour une chambre particulière peut être demandé. Si les membres du ménage sont affiliés auprès de la mutuelle de la S.N.C.B., ils auront également le bénéfice automatique de l'assurance axa. Si ceux –ci sont affiliés à une autre mutuelle, ils peuvent s'affilier à la S.N.C.B.

Condition : Faire parvenir un certificat médical stipulant la date et le diagnostic de cancer à l'adresse suivante en demandant le statut maladie grave:

Axa Assurance

Avenue Louise, 166 bte 1

1050 Bruxelles

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter Axa via le mail suivant :

hr-rail@axa-assistance.com

4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue:

10 euros par séance, 6 séances par année calendrier (le psychologue doit être reconnu par la commission des psychologues).

Lien pour trouver un psychologue reconnu par la Commission des psychologues :

<https://www.compsy.be/fr/cherche-psychologue?naam=lachaux+&erkenningsnr=&postcode=&gemeente=&recherche>

5. Intervention en centres de convalescence/maison de repos et de soin si en ordre d'assurance complémentaire

➤ **La mutuelle de la S.N.C.B. collabore avec deux Centres de convalescence :**

- ❖ **De Branding** à De Haan-Wenduine
- ❖ **Les Heures claires à Spa**

Intervention de 25euros/jour maximum 30 jours calendriers/année civile

➤ **Pour les courts séjour**

Demander le formulaire à la SNCB avant l'entrée. L'intervention s'élève à 10 euros par jour 60 jours maximum en Wallonie sur base de la facture transmise à la mutuelle après accord.

6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale ou vêtement adaptés, prêt de matériel

- Assurance obligatoire : 180 euros en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie ou 270 euros en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie. Pas d'intervention en plus de l'assurance obligatoire

7. Intervention dans le cadre d'un dépistage cancer

- Pas d'intervention en plus de l'assurance obligatoire

8. Intervention pour les frais d'incontinence

Lorsque l'infirmière du domicile introduit, via l'échelle de Katz, le forfait incontinence dans le cadre de l'assurance obligatoire, l'affilié peut demander une intervention financière complémentaire.

Condition : envoyer une prescription médicale ainsi que les tickets d'achat des protections quel que soit le magasin d'achat.

TRANSPORTS POUR TRAITEMENT ONCOLOGIQUE



o Intervention financière dans le coût des transports pour le traitement en chimiothérapie/radiothérapie

Dans le cadre de l'assurance obligatoire, un remboursement de 0,25/km vous est octroyé pour le trajet entre votre domicile et l'hôpital, quel que soit votre moyen de transport (sauf ambulance). Remboursement intégral pour les trajets en transport en commun.

Comment faire pour obtenir ce remboursement ?

- 1) Une « Demande d'intervention dans les frais de voyage du bénéficiaire qui satisfait aux dispositions de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 » est complétée par le secrétariat de radio ou chimiothérapie, est signée par l'oncologue/l'hématologue et vous est transmise régulièrement. Vous pouvez également la réclamer.
- 2) Cette attestation est à renvoyer à votre mutualité afin de bénéficier du remboursement.
- 3) Certaines assurances hospitalisation interviennent de manière complémentaire dans le cadre de la reconnaissance de la maladie grave

Voici le lien internet pour infos concernant la réglementation :

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/intervention-frais-deplacement--patients-cancereux.aspx>

Transports des mutuelles			
Mutualité Chrétienne	« Altéo » Solidarités locales Permanences de 9h/12h Altéo mobilité pour les personnes à mobilité réduite	La Louvière (joignable lundi et mercredi) 064/23.84.66 Binche (joignable lundi, mercredi et vendredi): 064/23.64.33 Braine-le-Comte : 067/49.38.84 070/210013 accessible tous les matins	Prix : 14€/an de cotisation annuelle 0,35€/km Même tarif mais camionnette adaptée pour chaise roulante
Solidaris	Service d'aides et transport Tel 48h à l'avance Attention : transport de porte à porte à porte. Le chauffeur vous dépose à l'entrée de l'hôpital	Centrale : 078/15 52 23	Prix : 5 euros par trajet + 0,3468€/km avec la navette de la C.S.D. depuis la csd jusqu'au domicile jusqu'à l'hôpital. Ceci 2x pour traitement chimio car le chauffeur n'attend pas durant le traitement.
Partenamut 509 Omnimut 506 (tournai)	Plateforme de recherche de transport. Prévenir 48h à l'avance Tel au service social	Centrale : 078/15.50.91 Travaille notamment avec patient assistance 069/890138 AS Guillaume Plancart	Prix convention patient assistance 11,5e si / trajet complet , à partir du domicile du bénévole se situe entre 0 et 30km Au delà 0.36e/km Prix: 0,3468e/km Remboursement: 0,25e ao et 0,9e/km (transport bénévole)
Mutualité libérale	Service : « COSEDI »	Centrale : 078/15.10.00	Prix : Bénévoles avec leurs propres véhicules. 0.39e/Km pour affilié 1e/km non affilié Pas d'autre frais

Autres Transports médicaux			
Sociétés de transport	Contact	Prix	Régions
Equipe de transport bénévole conventionnée avec l'hôpital de Jolimont	Madame Vanhemelrayck Marie-Christine Tel: 0477/298731 Pour personnes mobiles	0,35e/km	Chapelle-Lez-Herlaimont Besonrieux Boussu Mons Ath Anderlues Ecaussinnes Estinnes Morlanwelz Binche Haine-Saint-Pierre
ASBL Assistance et transport	Mr Liem Tel: 0499/245072	0.35e/km	La Louvière
APIA Mobil	Coordinateur: Jean-Luc Francart Véhicule adapté avec chaise roulante Tel 0496/119096 Jacquet Didier Véhicule classique 0496/65.53.82	30 euros AR 5 camionnettes équipées de chaises roulantes 0,35€/km	Houdeng, Le Roeulx, la Louvière, Manage, Seneffe, Chapelle Lobbes
Patient assistance	Tel : 02/7330732 ou 0498/52 96 61 (tel d'urgence hors horaires de bureau Formulaire de demande via le site web www.patientsassistance.eu info@patientsassistance.eu	0,3595€/km	Bénévoles sur La Louvière mais aussi dans toute la Belgique
Envi	Alongi Marjorie, aide soignante Tel :0497/363622 A le document de remboursement de solidaris Véhicule adapté avec rampe pour chaise roulante, dispose d'une chaise roulante	30 euros aller-retour dans un rayon de 20 kms (entre le domicile de la bénévole chssée brunehault, 80 7134 Peronnes-lez-Binche , le domicile du demandeur et l'hôpital). Pas de supplément en cas d'attente pour traitement onco.	Péronnes-Lez-Binche La Louvière
Binche solidaire	Tel : 064/266906 Contacter au plus tôt. Pas les wk et pas après 17h.	Véhicule adapté pour chaise roulante fonctionne par titre-service (2 titres « aller retour ») peut faire un accompagnement pour un titre en plus.	

Transports C.P.A.S. et communaux			
Taxi social du CPAS d'Erquelinnes	Tel : 071/592923	0.3595/km 1.50/15 minutes d'attente. 1 véhicule adapté. Peuvent réaliser un accompagnement.	Peuvent aller partout tant que la personne est domiciliée sur Erquelinnes
CPAS Binche	064/67.77.75 lundi au vendredi de 8h à 16h	4 €/heure comprenant le temps d'attente ou d'accompagnement et 0,35 € par km parcouru. Forfait de 2,40 € si le déplacement se fait dans un rayon de 4km (+4 €/heure si l'accompagnant reste sur place).	Binche
CPAS d'Ecaussinnes			
CPAS d'Anderlues			
Taxi solidarité			Morlanwelz
Taxi collectif	0478823327	Accompagnement ou traitement 0.60 ^e /km au départ de Jemappes	Mons

AIDES AU DOMICILE

○ Soins infirmiers au domicile

Les infirmiers à domicile travaillent comme employés, ou alors comme indépendants qui sont éventuellement rattachés à une pratique de groupe.

Toutefois, s'ils sont conventionnés, tous offrent les mêmes services aux mêmes tarifs avec une intervention de la mutualité.

Certains infirmiers à domicile sont spécialisés. Ce qui leur permet, contrairement aux infirmiers « normaux », d'exercer certaines prestations, comme les soins de plaies, l'éducation au diabète, les soins palliatifs,...

Il y a des infirmières au sein des services d'aides à domicile des mutuelles, au sein de certains CPAS et des indépendantes. Les soins infirmiers peuvent être mis en place très rapidement (coordonnées page 27).

Pour de plus amples renseignements

Voici un lien pour connaître le nombre de passages infirmiers en fonction de l'état de dépendance (qui est déterminé en fonction de l'échelle de katz) : <http://www.soft33.eu/documents/calcul-katz.html>

○ Aides ménagères

AIDES MENAGERES TITRES-SERVICES

Les titres-services, qu'est-ce que c'est ?

Un titre-service est un moyen de paiement subventionné par la Région wallonne.

Grâce à ce mode de paiement, toute personne majeure domiciliée en Wallonie peut bénéficier de prestations d'aide-ménagère, de repassage, de courses ménagères ou de transport de personnes à mobilité réduite au prix de 9 euros par heure (1 titre-service= 1h de prestations) .

Il y a une réduction d'impôt de **0,9€** par titre-service pour les **150 premiers titres-services** achetés par personne. On peut commander jusqu'à 500 titres-services maximum par année civile. Les 400 premiers titres-services sont à 9€, les 100 derniers titres-services (du 401ème au 500ème) sont à 10€ (sauf cas spécifiques). Un titre-service de 9€ ne vous coûte en réalité que **8,10€** après la réduction d'impôt. Le **1^{er} mars de chaque année**, une attestation fiscale est envoyée par la firme « Sodexo » et est à joindre à la déclaration fiscale afin de bénéficier de votre réduction fiscale. **Les titres-services sont valables 8 mois** à dater de leur émission.

Comment commander des titres-services ?

On peut commander des titres services papiers ou électroniques.

Pour le format électronique :

<http://www.wallonie-titres-services.be/#comment-m-inscrire>

Pour le format papier :

http://mkt.sodexobenefits.be/TS/Docs/wal/fr/4001_Formulaire_Inscription_fr_W.pdf

Comment trouver une aide-ménagère ?

Pour trouver une aide-ménagère, il faut d'abord contacter une entreprise agréée. Celle-ci vous aidera, à trouver une aide-ménagère qui convient à vos attentes.

Ainsi, vous pourrez déterminer un ensemble de questions pratiques:

- Horaires de travail;
- Activités/prestations.

Pour trouver une entreprise agréée dans votre Région, vous pouvez consulter la liste notre

[moteur de recherche](#).

Questions concernant les titres-services ?

<http://www.wallonie-titres-services.be/>

Contactez Sodexo de 9 à 17 h les jours ouvrables au 02/4013170

AIDES MENAGERES SOCIALES

La Centrale de services d'aides au domicile de solidaris du Centre (317) et de la mutuelle chrétienne du hainaut oriental(128) ont un service d'aides ménagères sociales dont le prix est calculé de la même manière que l'aide familiale (voir point « aides familiales » ci -dessous).

○ Aides familiales

Que font les aides familiales ?

Les aides familiales accomplissent tous les actes de la vie quotidienne : nettoyer la maison, préparer les repas, faire les courses mais aussi s'occuper de l'hygiène et du confort, des démarches administratives, ...

En Région wallonne, le prix d'une heure de travail d'une aide familiale varie entre 0,87 euros et 7,81 euros. Ce prix est fonction de la situation familiale, du nombre de personnes à charge et des revenus nets mensuels du ménage.

Il y a des aides familiales au sein des services d'aides aux familles de la plupart des C.P.A.S. et des mutuelles (voir page 27).

○ **Ergothérapeute**

L'**ergothérapeute** va effectuer une analyse de l'environnement de la personne afin d'améliorer son lieu de vie en travaillant sur son confort et sa sécurité. En cas de perte d'autonomie suite à un cancer, l'ergothérapeute peut se rendre au domicile et donner des conseils sur les aides techniques à mettre en place. Elle peut vous conseiller pour l'aménagement de votre domicile (par exemple : un monte-escalier) et vous orienter vers des firmes compétentes.

Où trouver une ergothérapeute ?

Vous pouvez faire appel à une ergothérapeute au sein du service d'aides au domicile de votre mutuelle (voir page 30). Pour certaines mutuelles, ce service est gratuit.

○ **Gardes malades**

Il y a deux types de gardes malades : les gardes des mutuelles et les gardes malades privées.

1. Les gardes malades des mutuelles

Vous pouvez faire appel au service de coordination de votre mutuelle afin de connaître les disponibilités et les prix (voir point «services de coordination, page 26 »).

Ceux-ci sont très différents d'un service à l'autre. Leurs missions sont également différentes d'un service à l'autre.

Exemples : La mutuelle chrétienne offre un service de garde malade de nuit uniquement par forfait de 10h au coût de 60 euros, d'autres services ont des gardes malades en journée.

Pas de service de garde malade pour la mutuelle neutre, ni la SNCB. Néanmoins, la mutuelle de la S.N.C.B. intervient à raison de 2euros/heure prestée, 8h /jour ou par nuit max 120 jours par an.

2. Les gardes malades privées

❖ Service Bien-être à domicile

À domicile, la garde malade peut s'occuper de toute l'organisation de la vie quotidienne : la toilette, les soins d'hygiène, la gestion des pansements, l'organisation des repas, le rangement (petits nettoyages), les visites et les sorties à l'extérieur 24h/24 7j/7.

Tel : 02 513 23 02

Lien internet

<http://www.bienetreadomicile.be/>

❖ Service « Etre en sécurité chez soi »

Il s'agit d'un groupe d'**aides-soignantes expérimentées** qui s'inscrit dans le cadre du **maintien à domicile des personnes en perte totale ou temporaire d'autonomie** et du soulagement des familles concernées.

Ils assument **la garde à domicile 7 jours/7 et 24h/24, l'accompagnement aux rendez-vous médicaux, les sorties, les promenades, les courses, les démarches administratives, les toilettes et l'administration orale de médicaments avec l'autorisation de l'infirmière ou de la famille.**

Ils interviennent dans la **Région Bruxelloise**, dans le **Brabant Flamand**, le **Brabant Wallon** et le **Hainaut**.

Tel : 0491 19 55 32

Lien internet

<http://securitechezsoi.be/nos-services/>

○ **Centres de coordination d'aides au domicile**

Quel est le rôle de la coordinatrice ?

- Préparer le retour à domicile après une hospitalisation, un séjour en maison de repos, en centre de revalidation.
- Proposer et mettre en place une structure d'aide et de soins à domicile en fonction des besoins et des ressources du patient.
- Améliorer la coordination des différents prestataires au chevet du patient.
- Proposer des solutions si un placement s'avère nécessaire.
- Faire des démarches pour améliorer le bien-être à domicile.
- Informer des différents services existant sur le territoire.

Quand se rend-t-elle chez vous ?

- Dès qu'une demande est réceptionnée, elle est transmise à une coordinatrice.
- Celle-ci se rend chez vous ou à l'hôpital dans les plus brefs délais.
- Avec vous et votre entourage, elle analyse vos besoins et vous propose les services à mettre en place pour assurer une prise en charge optimale à domicile par les différents prestataires.
- Avec votre accord elle informe votre médecin traitant.

Quel tarif ?

- L'intervention de la coordinatrice est **gratuite et accessible à tous**.
- Les services qui sont mis en place pour vous accompagner à domicile sont payants.

❖ **Liste des Centres de coordination**

Mutuelle chrétienne	SOLIDARIS	Partenamut	Mutuelle libérale
A.S.D. (aides et soins au domicile du Hainaut oriental (mutuelle 128)) 064/23.84.60 ASD Brabant Wallon : 02/ 386 43 73	C.S.D.(centrale de services au domicile) 317 : 064/23.88.45 (La Louvière) 064/23.88.44 (région du centre) C.S.D. Brabant Wallon : 010/84.96.40 C.S.D. Mons : 065/8430.30	V.A.D.S.H. (Vivre aides sud hainaut) 065/84.09.66 <u>VAD-BW :</u> <u>010/24.46.33</u>	COSEDI Hainaut-Namur (409) 078/151000 COSEDI Brabant Wallon :010/245153

➤ La mutuelle de la S.N.C.B et la Mutuelle neutre (216) : pas de service de coordination

○ Services d'aides au domicile des mutuelles

Mutuelle chrétienne	SOLIDARIS	Partenamut	Mutuelle libérale
A.S.D. Hainaut oriental : 071/59.96.66 ASD Brabant Wallon :067/89.39.59 A.S.D. Mons : 065/40.31.31	C.S.D (317) : 064/23.87.70 C.S.D. Brabant Wallon : 010/84.96.40 C.S.D. Mons : 065/8430.30	V.A.D.S.H. (Vivre aides sud hainaut) 065/84.09.66 VAD-BW : 010/24.46.33	COSEDI Hainaut-Namur (409) 078/151000 COSEDI Brabant Wallon :010/245153

○ Téléassistance

Une téléassistance est un système qui vous permet de signaler que vous avez fait une chute ou un malaise chez vous. En cas de chute ou de malaise, vous pouvez contacter une plateforme téléphonique joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Vous appuyez sur un médaillon, montre ou bracelet portés en permanence. Selon le degré d'urgence de la situation, un proche est contacté ou une intervention est déclenchée pour vous porter assistance. Il faut au minimum avoir deux personnes de contact sur la liste des « proches appelables ». Il a y le système de téléassistance relié via la ligne téléphonique fixe ou par gsm. Voici les différents systèmes de téléassistance des mutuelles :

	Mutuelle chrétienne du Hainaut oriental (mutuelle 128)	SOLIDARIS (317)	Mutuelle neutre (216)	Partenamut et mutuelles libres	Mutuelle libérale (409)
<u>Prix membres</u>	Non bim : 11 ^e /mois Bim : 6 ^e /mois	Pour tel fixe Non Bim : 13,50 ^e /mois Bim : 6 ^e /mois	9 e/mois	Phone assistance : 17,40 ^e et 15,40 ^e pour les BIM	17,40 ^e /mois – remboursement de 5e/mois sur présentation facture à la mut
<u>Fonctionne avec gsm</u>	Oui, supplément : 6 ^e /mois	Oui Bim : 18 ^e /mois Non bim : 25,50 ^e /mois Autre mut : 28 ^e /mois	Non	Non	Oui
<u>Coût de l'installation</u>	1x 49,50e	Gratuit	Gratuit	25e	25 e
<u>Contact</u>	078/15.12.12	CSD 078/15.52.23	071/20 52 11	Partenamut : 065/84.09.66 Pour les autres fédérations : 078/15.21.48	Cosedi 078 151 000

Pour la mutuelle de la S.N.C.B., pas de service de téléassistance, mais possibilités d'intervention d'un montant de 120 euros pour 12 mois ou 10 euros par mois.

Conditions : être âgé de 65 ans minimum et envoyer une copie du contrat ainsi que la preuve de paiement à la mutuelle. Il faut vivre seul ou à défaut être considéré comme assez isolé et nécessitant la mise en place d'une téléassistance. Pour plus d'informations, vous pouvez contacter le numéro vert de la S.N.C.B. au 0800/95484.

❖ LOCATION DE MATERIEL MEDICAL, TECHNIQUE

Si vous avez besoin de matériel comme par exemples : tribune, chaise roulante, béquille, lit électrique, aérosol,.... Vous pouvez faire appel au service de location de matériel de votre mutuelle :

Mutuelle chrétienne	SOLIDARIS	Partenamut	Mutuelle libérale	Mutuelle neutre (216)
Qualias (mut 128) : 071/15.99.15 Qualias Mons (129) 065/402645 Qualias Nivelles (mut chrét109) 067/77.13.24 Qualias Lobbes : 071/15.99.15	CSD(317) 078/15.52.23 CSDBW (305) 010/84.96.40 C.S.D. Mons (315) 065/84.30.30	Prodomo : 065/84.09.66	COSEDI (409) 064/23.84.91 064/23.61.90 COSEDI Brabant Wallon : 010/24.51.53	Vivamut 071/20.52.11

La mutuelle de la SNCB n'a pas de service de prêt de matériel médical mais peut octroyer une intervention financière dans la location ou l'achat de matériel. Il faut contacter leur numéro vert au 0800/95484 afin de demander un modèle vierge spécifique de prescription qui sera à compléter par le docteur et à renvoyer à la mutuelle.

CONVALESCENCE-REVALIDATION- COURT ET LONG SEJOUR EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Certains patients et/ou leur famille se demandent si ils existent des structures pouvant les accueillir, soit à la sortie de leur hospitalisation, soit en ambulatoire ou après un traitement. Les durées de séjours hospitaliers sont de plus en plus courtes et lorsqu'une sortie est envisagée au niveau médical, le patient ne se sent pas toujours prêt à rentrer à domicile. Il y a plusieurs possibilités:

○ *Convalescence*

Il y a deux types de convalescence :

les convalescences mutuelles : Il faut alors s'adresser à votre mutuelle pour plus d'informations. La plupart des Centres de convalescence des mutuelles sont situés à la côte belge et en Ardennes.

Les convalescences privées qui se font au sein de certaines maisons de repos et soins de la région notamment. Adressez-vous à votre mutuelle afin de savoir avec quelle(s) maison de repos et soins elle collabore.

○ *Centre de revalidation*

Le patient a perdu de l'autonomie suite à sa maladie et au traitement et il aimerait retrouver une certaine autonomie.

Définition officielle:

Un service Sp est un « service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinés à des patients atteints d'affections définies ». Pendant une période adaptée à la situation, le patient reçoit un traitement intensif combinant soins d'infirmier, revalidation, réactivation et thérapie dans le but de rétablir ou maintenir de façon optimale ses aptitudes physiques, psychiques et sociales.

Il y a un service de revalidation locomotrice au sein de l'hôpital de Jolimont. Si la personne est hospitalisée, c'est le médecin (rapport médical) et l'assistant social (rapport social) du service hospitalier qui introduisent la demande auprès du revalidateur.

Si le patient est au domicile, le médecin traitant peut s'adresser directement au service de revalidation.

Service de revalidation :

Centre de Jolimont : Faxer la demande au 064/23 57 82.

Tél: 064/ 23 57 80

Il y a également d'autres services de revalidation dans la région :

- ✚ Revalidation hôpital de Tubize : Dr Lousberg – tél : 02/390 02 48
- ✚ Hôpital « Ambroise Paré » : 2 Bld Kennedy 4g 7000 Mons Tél 065/41 46 80.
Faxer la demande médicale au Dr Vendervleugel ou Dr Halkin au 065/41 40 19.
Revalidation neurologique et locomotrice.
- ✚ Revalidation locomotrice du centre hospitalier Hornu-Frameries : route de Mons 63 7301 Boussu 065/71 37 06 (service social Mme Noe Marie)
Faxer la demande à Mme Noe au 065/71 36 98
- ✚ Centre de revalidation de l'Hôp de la Haute Senne : Bld Roosevelt 17 Soignies 067/348 482.
Revalidation cardio pulmonaire, ostéo articulaire et neurologique. Dossier de pré admission à compléter.
- ✚ Revalidation Hôp St-Joseph/ Warquignies : Revalidation locomotrice et neuro se fait sur le site de Warquignies (faxer la dde au service social 065/44 97 28). Les lits Sp chroniques (cardio,...) se trouvent sur le site St-Joseph (faxer le dde au serv au 065/44 97 25).
Contacter le service social avant de faxer une demande.
Tel central : 065/38 55 11.
- ✚ Revalidation locomotrice Hôpital Tivoli : Faxer la demande au Dr Dinu, 064/27 63 28.

○ *Maison de repos et/ou de soins, en court ou en long séjour*

Il y a de nombreuses Maisons de repos et Maisons de repos et de soins dans la région. Il est par contre parfois difficile de trouver une place dans la M.R.S. choisie. Une inscription préventive sur liste d'attente peut être effectuée et n'engage pas la personne contractuellement.

Voici les différences entre les diverses structures :

La Maison de Repos : il s'agit de l'établissement qui peut être public ou privé. Il doit être agréé par la région (Wallonne, Bruxelloise, Flamande).

Ces institutions s'adressent à des personnes de plus de 60 ans qui y résident de façon habituelle. Dans ces maisons de repos, le logement mais aussi les services collectifs, les aides à la vie journalière et si nécessaire des soins sont organisés.

La Maison de Repos et de Soins consiste, la plupart du temps, en un certain nombre de lits ('de soins') intégrés dans une maison de repos.

Ces " lits " sont réservés à des personnes fortement dépendantes ne nécessitant plus des soins aigus mais à l'égard desquelles une garantie d'encadrement supérieur est assurée.

La Résidence Service propose le logement et des prestations proposées " à la carte ". Cette formule permet de garder une vie indépendante tout en garantissant la mise à disposition de services tels que par exemple, le service repas.

Centre de court séjour : établissement d'hébergement, médicalisé ou non, visant à assurer la sécurité matérielle, affective et psychologique des personnes âgées pour une durée de séjour qui peut varier de quelques jours à quelques semaines.

Certaines mutuelles interviennent dans le coût du court séjour à certaines conditions. Nous vous invitons à contacter votre mutuelle.

Outil de recherche d'une MR/MRS en Belgique :

<http://www.maisons-de-repos.be/new/index.php>

CONGES THEMATIQUES

○ *Congé pour assistance médicale*

➤ **Qu'est-ce que le congé pour assistance médicale?**

Il s'agit d'un congé thématique, c'est-à-dire une forme spécifique d'interruption de carrière complète ou partielle (1/2^{ème} tps, 1/5^{ème} tps) vous permettant de suspendre ou de réduire temporairement vos prestations pour assister ou octroyer des soins à un membre de votre ménage ou de votre famille (1^{er} et 2^{ème} degré et alliés) qui souffre d'une maladie grave. Durant cette interruption, vous pouvez obtenir des allocations d'interruption payées par l'ONEM.

➤ **La durée de ce congé ?** De 1 à 3 mois avec possibilités de prolongation.

➤ **Quelles sont les conditions pour obtenir le droit à l'assistance médicale?**

Vous avez droit à une interruption de carrière complète ou partielle, si vous présentez une attestation du médecin traitant de la personne gravement malade pour laquelle vous demandez l'assistance médicale.

➤ **Quel formulaire utiliser?**

Vous pouvez compléter votre demande en ligne et l'envoyer à l'ONEM par Internet : **Formulaire C61** - assistance médicale si vous faites partie du secteur privé, du secteur public ou du secteur de l'enseignement ; http://www.onem.be/sites/default/files/assets/formulaires/C61-Assistance-Medicale/31-10-2017_C61_Assistance_Medicale_FR.pdf

Formulaire C61 EP - assistance médicale si vous faites partie du personnel d'une entreprise publique autonome (Proximus, BPost, la SNCB, Belgocontrol).

http://www.onem.be/sites/default/files/assets/formulaires/C61EP-Assistance-Medicale/31-10-2017_C61EP-Assistance-Medicale_FR.pdf

ou compléter le formulaire papier et l'envoyer à l'ONEM de votre domicile par la poste

Pour plus d'informations, voici le lien du site de l'ONEM :

http://www.onem.be/fr/documentation/feuille-info/t18#h2_0

Quel est le montant de l'allocation d'interruption payée par l'ONEM ?

L'allocation d'interruption est forfaitaire.

Montants en vigueur depuis le 1.7.2017

	Allocation mensuelle en EUR (brut)	
Suspension complète des prestations	818,56	
Réduction des prestations à ½ temps	< 50 ans	≥ 50 ans
	409,27	694,22
Réduction des prestations à 4/5 temps	138,84	277,69
Réduction des prestations à 4/5 temps (*)	186,71	

(*) Allocation majorée si le travailleur est isolé, c'est-à-dire cohabite exclusivement avec un ou plusieurs enfants à sa charge.

Pour les travailleurs à temps partiel, les montants seront calculés en proportion.

○ Congé pour soins palliatifs

➤ Qui peut bénéficier du congé pour soins palliatifs?

Tous les travailleurs salariés peuvent bénéficier du congé pour soins palliatifs.

➤ Quelles sont les formes d'interruption possibles?

Interruption complète ou partielle (1/5^{ème} tps ou 1/2^{ème} tps)

L'interruption complète peut être obtenue, quel que soit votre régime de travail (à temps plein ou à temps partiel)

Par contre, pour obtenir une interruption partielle sous la forme d'une réduction de prestations d'un cinquième, vous devez obligatoirement être occupé à temps plein. Pour la réduction de prestations à mi-temps, il faut que vous soyez occupé au moins à 3/4 temps.

➤ Le congé pour soins palliatifs peut-il vous être refusé?

Non, pas dans les secteurs publics et privés

➤ **Quel est le montant de l'allocation ONEM**

	Allocation mensuelle en EUR (brut) à partir du 01/07/2017	
Suspension complète des prestations	818,56	
Réduction des prestations à ½ temps	< 50 ans	≥ 50 ans
	409,27	694,22
Réduction des prestations à 4/5 temps	138,84	277,69
Réduction des prestations à 4/5 temps (*)	186,71	

(*) Allocation majorée si le travailleur est isolé, c'est-à-dire cohabite exclusivement avec un ou plusieurs enfants à sa charge.

En cas de suspension complète ou réduction des prestations de travail d'1/2 temps, les travailleurs à temps partiel recevront un montant en proportion.

PERTE D'AUTONOMIE et STATUT HANDICAP

- **AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité) anciennement appelé « AWIPH »**

L'AVIQ est le service public compétent pour les informations, aides et conseils des personnes en situation de handicap, et plus particulièrement :

- **la sensibilisation et l'information en matière de handicap.** Par exemple, un agent de l'Aviq peut se rendre sur le lieu du travail afin d'expliquer et de sensibiliser les collègues de travail aux répercussions de l'handicap.
- **les aides et conseils en matière d'accueil, d'hébergement et d'aide à domicile .**

Il y a diverses infrastructures d'accueil de jour, résidentielles qui peuvent être proposées aux personnes en situation d'handicap.

Concernant l'aménagement du domicile, il faut adresser une demande écrite au bureau de l'AVIQ stipulant : la nature de la demande, le matériel nécessaire , les devis, un rapport d'une ergothérapeute, acte de propriété si propriétaire et si locataire, il faut l'accord écrit du propriétaire pour effectuer l'aménagement du domicile, les protocoles médicaux ou attestation des différentes pathologies et les conséquences en matière de perte d'autonomie.

Le dossier est traité dans un délai d'environ 6 mois.

Ne jamais effectuer les travaux avant d'avoir reçu l'accord. Lorsqu'il y a un accord, la personne reçoit une cession de créance. Attention, ne compléter cette cession de créance uniquement pour l'acompte et le solde lorsque les travaux sont effectués. La personne en situation d'handicap ne doit pas avancer l'argent des travaux.

Il y a une intervention financière personnelle demandée :

✚ 2% quand la personne est B.I.M. (bénéficiaire de l'intervention majorée)

✚ 10% si la personne n'est pas B.I.M.

- **les interventions financières dans l'équipement de matériel spécifique** qui favorise l'autonomie au quotidien. Par exemple, un ergothérapeute de l'AVIQ peut se rendre sur le lieu de travail afin d'aménager le poste de travail en fonction du handicap.
- **le soutien à l'insertion professionnelle** via des aides à l'emploi et à la formation ;
Concrètement, des aides financières peuvent être octroyées à l'employeur qui maintient une personne handicapée à son poste de travail ou qui engage une personne qui a un numéro Aviq. Lors d'un engagement, un agent d'intégration professionnelle de l'AVIQ peut se rendre chez l'employeur pour expliquer les différentes primes.

Il y a trois types de primes :

1.Primes à l'intégration : Une intervention fixée à 25% du coût salarial est accordée à l'entreprise pour un travailleur handicapé qui n'a pas travaillé depuis au moins six mois.

2.Prime de compensation : la perte de rendement engendrée par l'handicap est évaluée et calculée et une compensation financière est octroyée à l'employeur sur base du calcul. Elle est accordée pour un maximum de cinq ans et renouvelable.

Ces deux types ne sont pas cumulables mais peuvent se chevaucher.

3. Prime au tutorat : Un tuteur sera désigné dans l'entreprise à l'engagement du travailleur handicapé. Le rôle du tuteur est d'épauler, de soutenir et d'encadrer le travailleur handicapé afin qu'il puisse effectuer son travail dans les meilleures conditions. Le tuteur a par conséquent, une perte de rendement qui est couverte par une prime : 750 € par trimestre. L'intervention peut durer 6 mois.

- **l'agrément et la subvention de services** qui accueillent, hébergent, emploient, forment, conseillent, accompagnent... les personnes en situation de handicap.

Condition pour toutes les demandes

Etre âgé de – de 65 ans au moment de l'introduction de la demande.

Après 65 ans, pour autant que cela concerne le même type d'handicap et qu'une demande a déjà été introduire avant 65 ans, on peut introduire une nouvelle demande.

Coordonnées

Bureau de Mons
Bld Gendebien, 3
7000 MONS

Numéro de téléphone 065/32 86 11

E-mail br.mons@aviq.be

https://www.aviq.be/handicap/vosbesoins/se_former_travailler/travailleurs/index.html

Horaires

8h30-12h30 et 13h30-16h30

Du lundi au vendredi

Il est possible de prendre rendez-vous pour un contact personnalisé en téléphonant au 065/32 86 11.

○ ALLOCATIONS POUR PERSONNES HANDICAPEES

SPF SECURITE SOCIALE



Qu'est-ce que le SPF Sécurité Sociale ?

Mieux connu sous le nom de « Vierge Noire », le SPF Sécurité Sociale est le service compétent dans la reconnaissance de handicap.

En fonction de votre perte d'autonomie, il est possible d'introduire ou de demander une révision d'allocations pour personnes handicapées et/ou avantages sociaux.

Le fait d'être gravement malade n'ouvre pas le droit à des allocations pour personnes handicapées ou avantages sociaux. Votre demande sera examinée d'une part par rapport à votre perte d'autonomie et d'autre part par rapport à votre situation financière.

C'est la perte d'autonomie qui découle de la maladie grave qui est évaluée par le médecin Conseil du SPF Sécurité sociale. Il évalue cette perte d'autonomie en points. De plus, pour bénéficier d'allocations pour personnes handicapées, il faut répondre à certains critères financiers. Une enquête financière est effectuée sur base du dossier administratif que vous devez transmettre.

Quels sont les avantages possibles ?

- 1) Une allocation financière
- 2) Une réduction d'impôt
- 3) Une réduction du précompte immobilier
- 4) Une priorité au logement social
- 5) Un tarif téléphonique social
- 6) Un tarif social électricité
- 7) Une exonération de radio TV redevance
- 8) Une réduction de redevance de télédistribution
- 9) Une carte de parking
- 10) Des avantages sur la TVA de voiture

Vous devez impérativement être reconnue comme « personne handicapée » pour en bénéficier.

Comment puis-je bénéficier d'une carte de stationnement pour personnes handicapées ?

Pour pouvoir bénéficier d'une carte de stationnement, il faut introduire une demande d'allocations d'handicap et avoir de grandes difficultés à se déplacer. La perte d'autonomie totale doit être de 12 points (dont 2 points sur 3 à l'item déplacement).

Si vous vous déplacez dans un fauteuil roulant, accordé par la mutuelle, une simple demande suffit avec copie de l'attestation.

Si vous avez déjà un dossier auprès du spf handicap et que les conditions sont remplies, une simple demande suffit.

Comment introduire la demande de reconnaissance d'handicap ?

- **Via le service social de la mutuelle avec votre carte d'identité et le code pin de celle-ci**

ou

- **Par le biais de votre commune où une permanence SPF est organisée :**

Permanences SPF pour reconnaissance d'handicap par commune

➤ **La Louvière :**

Allocations handicapés: (SPF Handicap)

Le 2ème jeudi du mois, de 9h à 11h30. 064/277 811

Place Communale 1,

7100 - La Louvière

(Peut-être introduit via le service pension tous le 1e et 3e lundi du mois de 9h a 15h30)

Nivelles :

Service public fédéral - Affaires sociales - Handicapés

1er mercredi du mois de 9h à 11h30

(Peut-être introduit tous les jeudi après-midi via les permanences du CPAS)

Tél.: 02/509.84.84

Rue Samiette, 70

1400 Nivelles

➤ **Manage :**

Bureau n°8 au rez-de-chaussée

Place Albert 1er,

7170 Manage

Tél. 064/518.216 - Fax. : 064/518.225

E-mail : population@manage-commune.be

Heures d'ouverture :

Tous les jours de 08h30 à 12h00

Les mercredis et vendredi de 13h00 à 15h00

Le mardi de 14h30 à 16h00 (sauf en juillet et août de 13h00 à 15h00)

➤ **Mons :**

Handicap (SPF DG Personnes handicapées)

Chaque 3ème lundi du mois de 10h à 15h00 sur RDV au CPAS.

Pôle d'Accueil social - 29-31 rue Lamir 7000 Mons

065/412 312

➤ **Binche :**

Permanences du SPF pour les personnes handicapées :

Tous les 3èmes mardis du mois de 9h à 11h au Centre Administratif

Centre administratif – Rue Saint-Paul, 14 – 7130 Binche tel : 064/23 05 56

(Peut-être introduit via le service social de la commune du lundi au mercredi de 8h30 à 15h30)

➤ **Charleroi :**

S.P.F Direction de la personne handicapée :

Madame Christel BAUDSON

Tel : 071/86.10.34

christel.baudson@minsoc.fed.be

Permanences tous les 4èmes mardis du mois de 9h à 11h30 et de 13h à 15h30.
Hôtel de Ville de Charleroi, Place Charles II à 6000 Charleroi
En l'absence de Mme Baudson, son collègue Monsieur Eric DELTENRE la remplace.
Son adresse mail : eric.deltenre@minsoc.fed.be

➤ **Chapelle-lez-Herlaimont :**

Place de l'Hôtel de Ville ,15 - 7160
Chapelle-lez-Herlaimont
Dans les locaux du Plan de cohésion sociale
064/43.13.15

➤ **Anderlues**

Vous pouvez vous adresser au CPAS d'Anderlues où on vous aidera à répondre au questionnaire sur rendez-vous.

Rue Paul Janson, 61
6150 Anderlues
071/52.65.21

➤ **Le Roeulx :**

Grand 'Place 1 - 7070 Le Roeulx
Lundi au vendredi de 08h00 à 11h30
Le mercredi de 13h00 à 16h00
Le samedi de 09h00 à 11h00
064/310.763

STATUT BENEFICIAIRE DE L'INTERVENTION MAJOREE **(ancien VIPO)**

Ce sont les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (anciennement statut vipo). Si le code..../... en bas à droite de votre vignette de mutuelle se termine par le chiffre 1, cela veut dire que vous avez le statut B.I.M.auprès de votre mutuelle.

Ces assurés ont droit à une intervention majorée de la mutualité pour les prestations de soins de santé. Ils paient une quote-part moindre (et parfois aucune) lors d'un séjour hospitalier, ainsi que pour la plupart des soins ambulatoires assurés par les médecins, dentistes, kinésithérapeutes ou encore pour les médicaments.

Le droit à l'Intervention Majorée peut être accordé dans 2 situations différentes:

- le droit automatique : sur base d'un avantage ou situation sans aucune demande des personnes concernées et sans examen de revenus.
- après examen de revenus : suite à l'introduction d'une demande officielle d'une personne qui fait partie du ménage BIM, la mutualité procède à un examen de revenus sur base d'une déclaration sur l'honneur complétée par toutes les pièces justificatives nécessaires et signée par tous les membres du ménage BIM.

Avantages octroyés par d'autres organismes :

Hormis l'intervention majorée de l'assurance soins de santé, le bénéficiaire de l'intervention majorée peut parfois prétendre à d'autres avantages financiers, réservés aux personnes qui répondent à certaines conditions de "qualité sociale" et de revenus :

- tarif social des transports en commun (TEC - SNCB - STIB - DE LIJN)
- accès à l'intervention du fonds social mazout du CPAS
- tarif téléphonique social
- exonération de la redevance radio télévision
- exonération de la taxe régionale bruxelloise
- réduction de la redevance par certaines sociétés de télédistribution
- avantages octroyés par certaines communes (gratuité des sacs poubelles ou réductions sur la taxe immondice).
- etc.

DOSSIER MEDICAL GLOBAL

Le DMG est tenu par le médecin généraliste qui y centralise l'entièreté des données médicales du patient. L'avantage du DMG, outre un meilleur accompagnement individuel et une meilleure concertation entre médecins est qu'il permet d'être remboursé jusqu'à 30% en plus pour une consultation chez le médecin généraliste (à son cabinet ou pour une visite à domicile).

Comment demander un DMG ?

Demander l'ouverture d'un DMG à son médecin généraliste lors d'une consultation ou visite à domicile. L'ouverture du dossier nécessite de payer un certain montant qui sera remboursé intégralement par la mutuelle. Le médecin et la mutualité se chargeront ensuite d'une éventuelle prolongation du DMG. Le DMG est gratuit.

MAXIMUM A FACTURER (MAF)

Le M.A.F. est un système qui garantit à chaque ménage de ne pas dépasser un montant annuel déterminé pour des frais de santé.

Dès que les tickets modérateurs des frais médicaux atteignent ce montant maximum au cours de l'année, les soins du patient sont remboursés à 100% du tarif INAMI (sauf supplément d'honoraires des médecins non conventionnés).

Il y a deux types de M.A.F. :

Le MAF revenus

Le MAF revenus est un système pour lequel tout le monde entre en ligne de compte.

Dans ce type de MAF, le plafond est variable : il dépend du revenu net imposable du ménage. Pour ça, le revenu annuel perçu 3 ans auparavant est examiné par la mutuelle. Exemple : pour calculer le plafond pour 2016, ce sont les revenus de 2013 qui sont pris en compte.

Le revenu net imposable du ménage est la somme de tous les revenus nets de chaque membre du ménage (c.-à-d. les revenus de biens immobiliers, de biens mobiliers et de capitaux, les revenus professionnels et les revenus divers, diminués des frais déductibles).

Plus le revenu du ménage est élevé, plus le plafond total est élevé (plafond pour l'ensemble de votre ménage).

Si, en raison d'une longue période de chômage ou d'incapacité de travail par exemple, les revenus du ménage diminuent jusqu'à devenir inférieurs à l'un des deux plafonds les plus bas, demandez à votre mutualité de réexaminer votre dossier sur la base de vos revenus actuels et éventuellement d'adapter le plafond.

Tranches de revenus et plafonds

2018

Tranches de revenus	Plafonds
de 0,00 à 18.620,31 EUR	468,18 EUR
de 18.620,32 à 28.625,25 EUR	676,26 EUR
de 28.625,26 à 38.630,22 EUR	1.040,40 EUR
de 38.630,23 à 48.218,29 EUR	1.456,56 EUR
dès 48.218,30 EUR	1.872,72 EUR

2017

Tranches de revenus	Plafonds
de 0,00 à 18.231,97 EUR	459,00 EUR
de 18.231,98 à 28.028,25 EUR	663,00 EUR
de 28.028,26 à 37.824,56 EUR	1.020,00 EUR
de 37.824,57 à 47.212,66 EUR	1.428,00 EUR
dès 47.212,67 EUR	1.836,00 EUR

2016

Tranches de revenus	Plafonds
de 0,00 à 17.879,74 EUR	450,00 EUR
de 17.879,75 à 27.486,76 EUR	650,00 EUR
de 27.486,77 à 37.093,81 EUR	1.000,00 EUR
de 37.093,82 à 46.300,54 EUR	1.400,00 EUR
dès 46.300,55 EUR	1.800,00 EUR

Le M.A.F. social

Si vous avez droit à l'intervention majorée (Statu B.I.M. ancienne appellation VIPO), vous avez en principe droit au MAF social.

Pour ce type de MAF, le plafond est fixe.

Le plafond total du ménage qui bénéficie de l'intervention majorée est de 450 EUR (montant indexé).

b) Le MAF social

Plafond

2018	468,18 EUR
2017	459,00 EUR
2016	450,00 EUR

Comment se faire rembourser ?

La mutualité tient à jour les frais médicaux de chaque affilié. Si ceux-ci dépassent le montant maximum de l'année concernée, elle les lui rembourse automatiquement tous les mois. Le patient n'a donc rien à faire. Il recevra une attestation de sa mutualité en même temps que le premier remboursement dans le cadre du MAF.

Lien internet :

[http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/types-maximum-facturer-\(MAF\)-.aspx#.Wwe6LVIUncs](http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/types-maximum-facturer-(MAF)-.aspx#.Wwe6LVIUncs)

AVANTAGES FINANCIERS POUR AIDANT-PROCHES- AIDE A LA TIERCE PERSONNE

Pouvez-vous recevoir l'allocation pour aide d'une tierce personne ?

Votre mutualité peut vous accorder une allocation pour l'aide d'une tierce personne si :

- vous éprouvez des difficultés à accomplir les actes courants de la vie journalière
- vous pouvez prétendre à des indemnités de maladie de la part de votre mutualité.

Si vous éprouvez des difficultés à accomplir les actes courants de la vie journalière mais que vous ne pouvez pas prétendre à des indemnités de maladie de la part de votre mutualité, vous pouvez vous adresser à la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale.

En quoi consiste l'allocation pour aide d'une tierce personne ?

Votre mutualité paie l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, en même temps que les indemnités de maladie , pour tous les jours de la semaine à l'exception du dimanche.

Le montant de cette allocation journalière est forfaitaire . Il est exonéré d'impôt.

Quand pouvez-vous recevoir l'allocation pour aide d'une tierce personne ?

Vous pouvez recevoir une allocation pour l'aide d'une tierce personne :

- au plus tôt, à partir du 4e mois d'incapacité de travail
- au plus tard, jusqu'à la fin de votre incapacité de travail.

Comment pouvez-vous bénéficier de l'allocation pour aide d'une tierce personne ?

Prenez contact avec votre mutualité. Il revient en effet au médecin-conseil de votre mutualité d'évaluer les conditions d'octroi de la nécessité de l'aide d'une tierce personne.

Quels sont les critères à remplir pour obtenir l'aide d'une tierce personne ?

Le médecin-conseil évalue le degré de nécessité de l'aide d'une tierce personne sur base des activités suivantes :

- se déplacer*
- absorber ou préparer sa nourriture*
- assurer son hygiène personnelle et s'habiller*
- assurer l'hygiène de son habitat et accomplir des tâches ménagères*
- vivre sans surveillance, être conscients des dangers et être en mesure de les éviter*
- communiquer et avoir des contacts sociaux.*

Pour chaque activité, le médecin-conseil vous attribue un score de 0 à 3 points, en fonction des tâches concrètes que vous pouvez encore effectuer.

Pour reconnaître la nécessité de l'aide d'une tierce personne, le médecin-conseil doit vous attribuer un score total d'au moins 11 points (18 points au maximum) et estimer que celle-ci est indispensable pour une période d'au moins 3 mois.

Quand l'aide d'une tierce personne peut-elle être refusée ou suspendue ?

Votre mutualité peut refuser ou suspendre l'aide de tierce personne :

- si vous êtes hospitalisé, hébergé dans une maison de repos ou de soins, une maison de soins psychiatriques ou une maison de repos pour personnes âgées
- si vous êtes en détention privative ou privé de liberté.

INCAPACITE DE TRAVAIL

INDEMNITE MUTUELLE



Vous êtes en incapacité de travail ? Que devez-vous faire ?

○ **Les salariés**

Si vous êtes ouvriers ou employés :

- **Il faut contacter votre employeur**

Le travailleur doit remettre son certificat médical **dans les deux jours** ouvrables après le début de son incapacité ou après le jour de réception de la demande de l'employeur. Ce délai peut être prolongé par une C.C.T. ou par une clause du règlement de travail. En cas d'envoi par la poste, le cachet de la poste fait foi.

Ce délai ne s'applique évidemment pas si un cas de force majeure le rend impossible à respecter. Ainsi, un travailleur célibataire hospitalisé suite à de graves circonstances ne pourra être sanctionné pour le non-respect de ce délai lorsqu'il apparaît qu'il lui était absolument impossible pendant plusieurs jours de remplir ses obligations.

- **Il faut envoyer un confidentiel au médecin conseil de votre mutuelle**

Quel que soit votre statut :

Il faut faire remplir un document appelé « confidentiel » par votre médecin et le renvoyer à la mutuelle. Chaque mutuelle a un confidentiel avec une entête spécifique. **Vous pouvez le télécharger sur le site web propre à votre mutuelle. Les coordonnées actualisées de votre mutuelle :** Attention, il y a un confidentiel différent pour les indépendants à télécharger également sur les sites des mutuelles via le lien suivant :

<http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/autres/mutualites/Pages/contactez-mutualites.aspx#.WkO33VKWzcs>

Comment déclarer votre incapacité de travail ?

Faites compléter totalement ce certificat d'incapacité de travail (appelé « confidentiel ») par votre médecin (traitant ou spécialiste). **Depuis le 1^{er} janvier 2016, le médecin doit mentionner une date de fin, en plus de la date de début d'incapacité de travail.** Pour déclarer l'incapacité de travail, transmettez le « confidentiel » au médecin conseil de la mutualité, dans le délai légal correspondant à votre statut.

Attention

- Tant que vous êtes hospitalisé, vous ne devez pas déclarer votre incapacité de travail, mais faites-le immédiatement après la sortie de l'hôpital.
- Si le dernier jour pour faire votre déclaration tombe un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, vous avez le temps jusqu'au 1^{er} jour ouvrable qui suit.

Si vous déclarez trop tard votre incapacité, les indemnités auxquelles vous avez éventuellement droit seront réduites ! Vous perdrez alors 10 % par jour, à dater du jour où vous avez éventuellement droit à l'indemnité jusqu'au jour de la déclaration inclus.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le lien suivant :

<http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/salaries-chomeurs/Pages/declarer-incapacite-travail-obtenir-reconnaissance-travailleur--salarie-ou-chomeur.aspx#.WkT4ClKWzcs>

○ **Les indépendants**

Est-ce que les indépendants ont le droit à des indemnités de mutuelle ?

Les indépendants ouvrent le droit à des indemnités de mutuelle en cas d'incapacité de travail sous certaines conditions. Vous devez signaler votre incapacité de travail sous 14 jours à votre mutualité, par le biais d'un confidentiel pour indépendant, complété par le médecin. Si vous êtes hospitalisé, le délai de déclaration est suspendu.

Vous avez droit à une indemnité :

- si vous répondez aux conditions fixées en matière de stage : vous devez avoir exercé votre activité indépendante pendant 6 mois minimum sans période d'incapacité de travail et avoir payé vos cotisations sociales pour 2 trimestres.
ET
- si vous êtes reconnu incapable de travailler : ceci n'est possible que si vous avez cessé toute activité pour raisons de santé (vous n'êtes pas obligé de radier votre numéro de tva, vous pouvez demander de suspendre temporairement votre activité indépendante auprès de votre caisse d'assurance sociale). Vous pouvez également demander une dispense de cotisations sociales pour certains trimestres.

Si vous avez droit à une indemnité, celle-ci ne vous est versée qu'à partir du 15^e jour de votre incapacité de travail. Vous ne toucherez donc pas d'indemnités de la mutualité pendant les 14 premiers jours d'incapacité (période de carence). A partir du 15^e jour d'incapacité de travail, votre mutualité interviendra pour un montant journalier (forfait).

Source et informations complémentaires :

<http://www.inasti.be/fr/faq/que-se-passe-t-il-avec-mes-cotisations-sociales-lorsque-je-suis-malade>

Quel est le montant des indemnités d'incapacité de travail pour les autres catégories ?

<http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/montants/salaries-chomeurs/Pages/indemnite-7e-mois-min-salarie.aspx#.WkUGnFKWzcs>



ASSOCIATIONS ET GROUPES D'ENTRAIDE

Besoin de rencontrer des personnes vivant les mêmes difficultés ?

Besoin de poser vos questions ?

Besoin d'écoute ?

[Comment trouver une association d'aide en Belgique ? contacter « La LUSS »](#)

Il y a des groupes de paroles organisés par les associations de patients.

De nombreuses associations de patients organisent des groupes de paroles et des activités d'entraide et proposent à leurs membres des informations sur la maladie ou le handicap, des séances de sensibilisation ou de formation.

La Fédération francophone des associations de patients (LUSS) rassemble de nombreuses d'associations actives en Belgique.

Consultez le site de la LUSS pour en savoir plus.

Contact : T 081 74 44 28

<http://www.luss.be/associations/>

Voici quelques associations avec lesquelles nous collaborons :

➤ **Fondation contre le cancer**



➤ **AIDE FINANCIERE**

Il y a une possibilité d'introduire une demande d'aide financière auprès de la Fondation contre le cancer via le service social de votre mutuelle avec votre carte d'identité et votre code pin.

Voici les critères d'octroi :

La demande ne peut être introduite que lorsque toutes les instances officielles ou privées ont été sollicitées (Mutuelle, CPAS, Fonds Spécial de Solidarité, SPF - Direction générale de la Personne Handicapée, Fonds des maladies professionnelles, assurances privées...)

Le patient doit être inscrit sur les registres de la population ou registre des étrangers et les traitements doivent avoir lieu en Belgique. Il doit également être en ordre d'assurabilité auprès d'une mutuelle.

Les plafonds de revenus nets mensuel du sollicitant ne peuvent dépasser :

1 500€ pour un ISOLÉ (personne qui habite seule) et 2 500€ pour un MÉNAGE (famille/cohabitant domicilié à la même adresse)

Les documents suivants doivent obligatoirement être envoyés sous pli fermé à la Fondation contre le Cancer :

- l'attestation médicale d'une validité de 12 mois maximum dûment complétée (signature + cachet) par un oncologue ou médecin généraliste.
- Une composition de ménage récente
- La preuve des revenus du ménage
- En cas de situation de médiation de dettes avérées, l'attestation d'un centre agréé (médiateur, CPAS, notaire..) doit aussi être envoyée à la Fondation

La demande ne peut être introduite plus de 5 ans après la date du diagnostic (en cas de récurrence, la date prise en compte est celle de la récurrence)

Si plusieurs membres d'un même ménage sont en traitement pour un cancer, les dossiers peuvent être introduits séparément. Il sera néanmoins tenu compte de la situation la plus favorable pour le ménage lors du calcul (cumul ou non des frais et revenus)

Les frais médicaux doivent se rapporter strictement à la pathologie cancéreuse et couvrir une période maximale de 12 mois précédant la demande (en tenant compte de la date du diagnostic).

L'intervention, d'un montant annuel maximal de 1 000 euros, ne peut être accordée plus de deux années consécutives. Par année, il est possible d'introduire quatre demandes pour un même patient à concurrence d'une limite d'intervention de la Fondation de 1 000 euros par patient et par an. Le montant alloué au demandeur est toujours calculé en fonction des coûts médicaux restant à charge du patient. Il ne peut être versé qu'au bénéficiaire ou à son héritier et non au service introduisant la demande ou à toute autre instance (sauf autorisation écrite préalable du demandeur ou dans des situations d'administration de biens).. La demande doit donc toujours être faite dans l'intérêt des patients et non des institutions

Tous les justificatifs doivent être mis à disposition du département Accompagnement social de la Fondation contre le Cancer. Un double devra également être conservé par le service social demandeur jusqu'à réception du courrier confirmant la décision d'octroi ou de refus d'intervention.

La Fondation se réserve le droit de refuser tout dossier ne répondant pas aux critères énoncés ci-dessus ou si le dossier est incomplet.

Dans le cas où un élément manque au dossier, celui-ci restera en attente jusqu'à ce que le document soit envoyé.

Tout document envoyé à la Fondation contre le cancer dans le cadre de l'aide financière est traité le mois qui suit la réception de celui-ci.

Lien de l'intégralité du formulaire

<https://www.cancer.be/sites/default/files/demande-aide-financiere.pdf>

Il faut y joindre une attestation médicale (vous pouvez la demander au service social de l'hôpital)

➤ **Le Fonds Coupe d'Éclat (aide financière cancer du sein en cas de perte des cheveux due au traitement onco)**

De nombreux patients atteints d'un cancer du sein perdent leurs cheveux au cours de leur traitement et ont besoin d'une perruque. Grâce au Fonds Coupe d'Éclat, Think-Pink peut aider les femmes en difficulté financière à cause de leur maladie.

Qui peut faire appel au Fonds Coupe d'Eclat ?

L'intervention est destinée aux personnes se trouvant dans une situation financière précaire, pour lesquelles le revenu mensuel net ne dépasse pas les 1500 € (2000 € pour un ménage).

Rendez-vous au **service social de votre hôpital** et remplissez le formulaire avec l'assistante sociale.

Ensuite, Think-Pink effectuera un virement de 200 € directement sur votre compte pour que le montant soit disponible le plus rapidement possible. Pour finir, envoyez-nous une copie de la facture de votre perruque pour que nous puissions conserver une preuve.

➤ **Raviva**

Raviva est un programme d'activités physiques spécialement conçu pour les personnes majeures atteintes, ou ayant été récemment atteintes, d'un cancer. Raviva vous aide à retrouver une meilleure condition physique et ainsi combattre la fatigue par des activités pratiquées en groupe (gymnastique, aquagym, fitness, marche nordique, yoga, taï chi). Raviva s'adresse aux patients en cours de traitement ou jusqu'à un an après la fin de celui-ci. Le programme Raviva est accessible pendant un an.

À qui faut-il s'adresser ? Adressez-vous à un **professionnel du secteur social** (de votre mutuelle, de votre centre de traitement ou du CPAS de votre commune).

Comment introduire une demande ? Pour introduire une demande, vous devez passer par ce professionnel du secteur social. En effet, lui seul peut introduire les demandes d'aides financières à l'aide du formulaire en ligne ou de sa version papier.

Quelle sera la base du calcul ? L'intervention est calculée sur base de votre demande et tient compte : des **revenus** du ménage -- d'un forfait pour les **frais fixes** -- des **frais médicaux** relatifs à la maladie, sur une période de soins déterminée.

➤ **« Cancer info »**

Médecins et psychologues vous écoutent et répondent à vos questions gratuitement.

Contact

0800/15.801

Tous les jours ouvrables de 9h à 18h

➤ **Au sein des femmes Belgique**

AU SEIN DES FEMMES s'investit dans une prévention active et positive du cancer et de ses récurrences, et plus largement de toute maladie chronique. Ils proposent un accompagnement dans une vision globale et intégrative pour permettre à toute personne d'explorer et expérimenter 3 piliers de santé : corporel, psycho-émotionnel et environnemental.

AU SEIN DES FEMMES souhaite mettre en RESEAU les patients, leurs proches, les professionnels de la santé et toute personne intéressée.

Afin de promouvoir cette vision intégrative de la santé par la complémentarité de différentes approches médicales et paramédicales, AU SEIN DES FEMMES organise des COLLOQUES, des ATELIERS DECOUVERTES/ESPACES OUVERTS, des JOURNEES ZEN et des SEMAINES A LA MER.

Lien internet : <https://www.auseindesfemmes.be/fr/9-fr/1-accueil>

Au sein des femmes	Rue des Ecoles, 1 1435 Mont-St-Guibert	0493/55.73.30
--------------------	---	---------------

➤ A.S.B.L. Aides AUX MALADES DU CANCER DU CENTRE

Il s'agit d'une association qui aide financièrement les personnes atteintes d'un cancer et habitant dans la région du Centre afin qu'elles puissent se soigner sans être limitées par des considérations d'ordre financier. Cette aide est donc principalement consacrée à la prise en charge des factures d'hospitalisation et des frais pharmaceutiques.

Une collaboration est mise en place entre l'A.S.B.L. et Mme Weverbergh, assistante sociale à l'hôpital de Jolimont afin d'examiner les droits financiers et sociaux des demandeurs.

En effet, cette demande est « résiduaire », c'est-à-dire que la personne doit avoir fait valoir tous ses droits avant d'introduire une demande à l'association (par exemple, la personne doit s'adresser au cpas de son domicile pour introduire une demande d'aide pharmaceutique).

Comment introduire une demande d'aide financière ?

Une demande écrite est rédigée par le demandeur avec l'aide de madame Weverbergh et transmise à l'asbl. Cette association se réunit environ 1x/mois.

Vous pouvez contacter madame Weverbergh Juliette au 064/23.40.20

Condition géographique indispensable

Il faut que le demandeur soit domicilié dans la région du Centre qui comprend les entités suivantes : Anderlues, Binche, Braine-le-Comte, Chapelle-Lez-Herlaimont, Ecaussinnes, Estinnes, La Louvière, Le Roeulx, Manage, Merbes-le-Château, Morlanwelz, Seneffe et Soignies.

➤ **« Cancer et psychologie »**

Cette ASBL a pour objectif de proposer un accompagnement psychologique qui offre aux personnes malades et à leur entourage d'être accueillis, entendus, soutenus dans les moments éprouvants survenant lors d'une maladie grave. Cette démarche se situe dans la complémentarité avec les soins médicaux : c'est dans un mouvement commun et complémentaire que la personne malade et ses proches peuvent être restitués dans leur globalité, leur histoire.

Contact

Du lundi au jeudi
de 10 h à 15 h
au 02 735 16 97

Site web :

<http://canceretpsychologie.be/>

E-mail :

coordination@canceretpsychologie.be

➤ **CANCER 7000**

Il s'agit d'une A.S.B.L. qui organise des « cafés-cancer » sur la région de Mons, Soignies et Ecaussinnes. Elle organise également des séances d'informations autour de la maladie.

- **Contact :** Asbl Cancer 7000 rue Henri CULOT 29 7021 HAVRE
- 065/87.55.54 Gsm 0497/78.44.55
- cancer7000asbl@hotmail.be

Lien internet :

<http://www.asblcancer7000.be/nos-cafes-cancer-mons-soignies-ecaussinnes/>

➤ ASSOCIATION POUR LA LUTTE CONTRE LE MÉLANOME MALIN

COORDONNÉES

Institut Jules Bordet - Rue Héger-Bordet, 1 - 1000 Bruxelles

Tel : 02/541.32.97 ou 96

Mail : melanoma@belgacom.net

➤ VIVRE COMME AVANT ASBL (cancer du sein)

Les volontaires de Vivre comme Avant ont toutes eu un cancer du sein et vont à la rencontre des femmes récemment touchées par cette maladie apporter une aide individualisée aux femmes qui sont confrontées au cancer du sein.

COORDONNÉES

Avenue Louise, 223 bte 229 - 1050 Bruxelles

Tel : 02/649.41.68

Mail : vivrecommeavant@skynet.be

SITE WEB : www.vivrecommeavant.be

➤ ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

Parce que chacun doit avoir le droit de faire respecter ses volontés, y compris celle de renoncer à la vie.

Missions :

- Faire respecter le droit pour tout patient d'être informé sur son état de santé, d'accepter ou d'interrompre un traitement, de bénéficier d'une euthanasie si les conditions légales sont respectées.
- Faire respecter en cas d'inconscience du patient, ses volontés relatives au refus de traitement et à la fin de vie antérieurement déclarées.
- Obtenir l'élargissement de la loi de dépenalisation de l'euthanasie aux situations d'incapacité irréversible de s'exprimer.
- Obtenir la suppression de la validité de cinq ans et la simplification de la rédaction de la déclaration anticipée d'euthanasie.

COORDONNÉES

Avenue Eugène Plasky, 144 bte 3 - 1030 Bruxelles

Tel : 02/502.04.85

Mail : info@admd.be

SITE WEB : www.admd.be

LES SOINS PALLIATIFS

Qu'entend t- on par soins palliatifs ?

Certains médecins vous parleront de soins de confort.... Ou palliatifs. Ce sont des mots qui font peur à beaucoup de personnes et pourtant ils s'avèrent d'une grande aide pour le patient et ses proches. On parle de soins palliatifs lorsque le cancer n'est plus guérissable. Les soins palliatifs ne veulent pas dire que les médecins arrêtent de soigner la personne ou que celle-ci va décéder rapidement.

Les médecins soignent et assurent le suivi médical en prenant en compte de manière prioritaire la qualité de vie, la gestion de la douleur physique et psychique de leur patient. Dans ce but, ils doivent identifier précocement et activement les douleurs et les autres symptômes et apporter un traitement adapté.

Les soins palliatifs peuvent se faire dans les Unités Hospitalières de Soins palliatifs, au sein des Maisons de repos et de soins ou au domicile.

Forfait palliatif

L'obtention d'un statut de "patient palliatif" ouvre le droit à divers avantages financiers que l'on soit au domicile ou en MRPA et MRS.

La **première démarche** est de demander le **statut palliatif** à la **mutuelle du patient** par le biais d'un **formulaire** à compléter par le **médecin traitant**, à renvoyer aussi **rapidement** que possible **au médecin-conseil de la mutuelle du patient** (courrier, fax ou e-mail). Les aides financières ne seront effectives qu'une fois les formulaires reçus et traités à la mutuelle.

Dès accord de la mutuelle, vous bénéficierez des avantages financiers suivants :

- **En MRS-MRPA**
 - Le **remboursement** total de toutes les **prestations des médecins généralistes** (suppression du ticket modérateur, voir le [site de l'Inami](#)). Cliquez sur [formulaire médical - MR-MRS](#) pour le consulter ou l'imprimer.
- **Au domicile**
 - **Au domicile**, le patient palliatif bénéficie du **forfait palliatif**, soit :
 - d'une part, une allocation de **663,49 €** (au 01/01/2018, liée à l'indice-santé par A.R. du 09/05/2008 et adapté au 1er janvier de chaque année) pour couvrir une partie des frais engendrés par la maladie. Ce forfait est **renouvelable une seule fois** après un mois.
 - d'autre part, le **remboursement** total de toutes les **prestations des médecins généralistes** (voir [formulaire médical](#)).
 - Le **"forfait infirmier"**, [notification](#) remplie par l'infirmier lui-même, qui permet au patient de **ne plus payer** de ticket modérateur pour **les soins infirmiers à domicile**. L'infirmier s'engage alors à une **prise en charge permanente du patient**, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
 - Le **remboursement** complet des **prestations de kiné** : à domicile, une ou deux prestations par jour, 60 prestations maximum par prescription, prescription renouvelable. **IMPORTANT** : Hormis l'allocation financière, ces divers avantages **ne sont pas limités** à deux mois. D'où l'intérêt de demander le statut palliatif suffisamment tôt.

Où se pratiquent les soins palliatifs?



Toute personne en fin de vie a accès aux soins palliatifs, qu'elle soit à l'hôpital, en maison de repos ou au domicile.

- **A l'hôpital**, [l'équipe mobile en soins palliatifs](#) est accessible à tous les patients en fin de vie. Elle intervient auprès du patient à la demande de l'infirmière de soins, du médecin ou de la famille.
- Les [unités résidentielles](#) sont des services spécialisés en soins palliatifs et offrent par conséquent un service permanent en soins palliatifs.
- **Au domicile et en maison de repos**, le patient palliatif peut bénéficier, avec l'accord du médecin traitant, de l'intervention de [l'équipe de soutien](#) de 2ème ligne, spécialisée en soins palliatifs.

Plates-formes de soins palliatifs

Les plates-formes de soins palliatifs sont composées d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée en soins palliatifs (infirmiers référents, psychologue, diététicienne, assistante sociale, etc...). Elle intervient au domicile du patient, en seconde ligne. Elle suggère des pistes quant à la gestion de la douleur et à la qualité de vie, et peut apporter un soutien psychologique au patient, à son entourage et aux soignants. Dans la pratique, c'est principalement l'infirmière référente de la plate-forme palliative qui se rend au domicile, contacte le médecin traitant et l'infirmière de première ligne (l'infirmière qui vient tous les jours au domicile). Elle évalue la nécessité de faire appel à un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire et convient d'une fréquence de passage au domicile en fonction de la nécessité. Elle met en place un cahier de communication au domicile et assure le suivi au niveau de la gestion du confort.

Mode d'intervention :

- Le médecin traitant est la personne référente pour le maintien au domicile. Aussi, son accord est nécessaire pour l'intervention de l'équipe de soutien.
- Passage au domicile ou en maison de repos et de soins afin d'aider à la prise en charge palliative
- Intervention gratuite pour le patient et sa famille
- Joignable en permanence, 24h/24 - 7j/7

➤ **Plate-forme palliative « Reliance » (pour la région de Mons , La Louvière et Soignies)**

Téléphone : 064/57.09.68

Plate-forme palliative « Domus » (pour le Brabant Wallon)

Téléphone : 010 / 84 15 55

Permanences :

Du lundi au vendredi de 9 à 16 heures.

En dehors de ces heures, un répondeur enregistre les messages. Il y sera donné suite dans les plus brefs délais.

En cas d'urgence vous pouvez appeler 24 h/24 notre infirmière de garde au 0476 / 32 94 23

Pour trouver les plates-formes palliatives des autres régions de Belgique, consultez le lien internet suivant :

<http://www.soinspalliatifs.be/equipes-de-soutien-de-seconde-ligne.html>

Pour des informations complémentaires

En quoi le service social peut vous aider ?

Nous informons et accompagnons les patients au niveau des démarches administratives, financières et sociales. Nous apportons un soutien psycho-social et répondons aux différentes questions sociales générales et spécifiques au secteur « oncologique ».

Pour le site de jolimont : Madame Weverbergh Juliette
Former le 064/23.40.20 du lundi au jeudi de 8 à 17h
Par mail : juliette.weverbergh@jolimont.be

Pour le site de Lobbes : Monsieur Saussez Adrien
Former le 071/597351
Adrien.saussez@jolimont.be

Pour le site de Nivelles : Madame Gambardella Mélanie
Former le 067/885434
Par mail : Servicesocial.nivelles@jolimont.be