

INTRODUZIONE

L'assicurazione per le cure sanitarie e per le indennità [in FR: soins de santé et indemnités] è obbligatoria

Il nostro sistema d'assicurazione obbligatoria per le cure sanitarie e per le indennità si articola in **due campi**:

- da un lato, abbiamo **l'assicurazione per le cure sanitarie** che copre una parte delle spese legate alla salute ;
- dall'altro, esiste **l'assicurazione per le indennità** che assicura un reddito di sostituzione alla persona riconosciuta in incapacità di lavoro.

Per poter essere tutelati dalle due coperture è necessario soddisfare delle condizioni comuni:

- iscriversi presso una mutua (assicuratore privato) oppure presso la CAAMI (assicuratore pubblico). Esiste anche una mutua specifica per i lavoratori e i pensionati delle ferrovie SNCB;
- rispettare un periodo d'attesa dal momento dell'iscrizione [in FR: stage];
- essere in ordine con il pagamento dei contributi della sicurezza sociale o il pagamento dei contributi legali obbligatori.

LE REGOLE GENERALI

L'ENTE ASSICURATORE

La scelta dell'assicuratore è libera tranne nel caso del personale delle ferrovie. La scelta fatta dalla persona che apre il diritto [in FR: titulaire] si applica alle persone che ha, eventualmente, a carico [in FR: personnes à charge].

Esistono:

1) **5 unioni nazionali delle mutue:**

- l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes;
- l'Union nationale des mutualités socialistes;

- l'Union nationale des mutualités neutres;
- l'Union nationale des mutualités libres;
- l'Union nationale des mutualités libérales.

2) La **CAAMI** (Caisse Auxiliaire d'assurance maladie-invalidité) ;

3) La **Caisse de soins de santé de la SNCB Holding** (le ferrovie).

Queste mutue articolano la loro azione **in diversi modi**, offrendo:

- **l'assicurazione obbligatoria per le cure sanitarie e per le indennità** [in FR: l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités];
- **l'assicurazione complementare**[in FR: l'assurance complémentaire];
- **un servizio di aiuto, d'informazione, di orientamento e di assistenza** per promuovere il benessere fisico, sociale e psichico;
- **l'assicurazione per il ricovero** in ospedale;
- **un servizio giuridico.**

1. L'assicurazione obbligatoria

Le mutue gestiscono **l'assicurazione obbligatoria per le cure sanitarie e per le indennità**. Lo fanno occupandosi del rimborso delle spese legate alle cure e versando le indennità nei casi di incapacità di lavoro, di congedo di maternità, di paternità e di adozione.

In questo quadro legale, ogni mutua offre diversi servizi: assicurazioni, cure sanitarie, indennità d'incapacità, d'invalidità e di maternità, convenzioni internazionali, servizi dei medici della mutua ecc.

Alcune mutue garantiscono la presenza di sportelli dove i propri membri possono avere un contatto diretto con un operatore della mutua. Quest'ultimo ha il compito di inserire nel sistema gli attestati comprovanti le cure ricevute, le richieste di rimborso vincolate all'accordo del medico della mutua (per esempio per i trattamenti d'ortodonzia); l'operatore fornisce inoltre i tagliandi per il rimborso [in FR: vignettes] oppure i documenti per i soggiorni temporanei all'estero (come la TEAM, tessera europea assicurazione malattia). Si occupa inoltre delle domande dei cittadini che vogliono iscriversi alla mutua e di chi vuole cambiarle.

La mutua deve inoltre informare gli assicurati rispetto ai loro diritti e doveri.

2. L'assicurazione complementare

Le mutue offrono diversi servizi e attività ai propri membri.

Molto importante. garantiscono una copertura per le spese mediche non coperte dall'assicurazione obbligatoria (come le spese di ortodonzia per i bambini) e per le spese legate al benessere dell'individuo (come il risparmio prematrimoniale [in FR: épargne pré-nuptiale]).

I servizi offerti variano a seconda della mutua:

- risparmio prematrimoniale;
- spese per la pedicure;
- spese per la logopedia;
- spese dentistiche (non coperte dall'assicurazione obbligatoria), spese d'ortodonzia, spese per protesi dentarie;
- vaccini necessari nel caso di viaggi;
- montature per gli occhiali;
- materiale per l'incontinenza;
- spese per l'omeopatia;
- bonus nascita o adozione;
- lenti a contatto per i giovani;
- rimborsi delle spese legate all'assistenza dei bambini malati;
- spese di iscrizione a club di sport; ecc.

Le assicurazioni complementari variano da mutua a mutua per quel che riguarda: le quote da versare, i benefici, i prodotti e i servizi. Le quote che l'assicurato deve versare sono stabilite liberamente dalle mutue. Per beneficiare della copertura dell'assicurazione complementare, c'è l'obbligo di aderire alle condizioni proposte (il tutto dovrebbe essere indicato nello statuto della mutua).

3. L'informazione, l'orientamento e l'assistenza

Le mutue possono ricoprire **un ruolo di aiuto, informazione, orientamento e assistenza** per promuovere il benessere fisico, sociale e psichico (devono, per

esempio, garantire un servizio sociale, organizzare dei corsi di ginnastica, dei servizi di prevenzione contro il tabagismo, ecc.).

In questo quadro, **il servizio sociale della mutua** [in FR: service social] è aperto a tutte le persone, che siano iscritte o meno alla mutua stessa.

Le sue missioni legali sono le seguenti:

- offrire un aiuto sociale alle persone che lo richiedono;
- garantire un sostegno psicologico;
- mettere in relazione l'assicurato con i servizi della sua mutua;
- informare l'assicurato riguardo ai suoi diritti;
- accompagnare l'assicurato per superare tutti i problemi che potrebbe incontrare, siano questi di tipo amministrativo, sociale, materiale, finanziario, giuridico, medico-sociale e psicosociale.

4. L'assicurazione per il ricovero in ospedale [in FR: hospitalisation]

Da diversi anni, le mutue hanno sviluppato nuove polizze assicurative, in particolare quelle per il ricovero in ospedale [in FR: hospitalisation]. I benefici e i costi della polizza variano da mutua a mutua.

5. Il servizio giuridico

Le mutue possono difendere i propri assicurati in giustizia per quel che riguarda:

- i servizi relativi all'assicurazione complementare;
- gli accordi e convenzioni previste nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria per le cure sanitarie e le indennità.

Il servizio giuridico è competente per:

- verificare la legittimità dei compensi professionali dell'operatore sanitario che ha fornito le cure;
- verificare e spiegare, laddove necessario, il contenuto delle fatture di ricovero in ospedale e degli attestati comprovanti le cure ricevute;
- garantire un sostegno nei casi di responsabilità professionali da parte del prestatore di assistenza sanitaria (ES. nel caso di errori medici).

Tipi di assicurazione:

Assicurazione per le cure sanitarie e le indennità [in FR: soins de santé et indemnité]	
Obbligatoria	Il cittadino partecipa: <ul style="list-style-type: none">• tramite la ritenuta sui redditi legati al lavoro o alla sostituzione• oppure tramite il pagamento della quota trimestrale obbligatoria (con esonero per le persone a basso reddito)
Assicurazione complementare [in FR: complémentaire]	
Obbligatoria o meno	La quota da versare varia da mutua a mutua, a seconda dei benefici offerti
Assicurazione per il ricovero in ospedale [in FR: hospitalisation]	
Facoltativa	La quota dell'assicurazione varia da mutua a mutua, a seconda dei benefici offerti.

LA CAAMI Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité

Chi non vuole assicurarsi presso una delle cinque grandi mutue, allora DEVE farlo presso uno degli uffici regionali della CAAMI (che non possono rifiutare la domanda d'iscrizione).

La CAAMI è un ente pubblico ed è dotato di personalità giuridica. Questo ente è composto da una sede centrale (a Bruxelles) e da 10 uffici regionali.

Le sue missioni

La CAAMI, in quanto ente assicuratore, ha l'obiettivo di garantire ai suoi assicurati le prestazioni previste dell'assicurazione obbligatoria per le cure sanitarie e per le indennità, così come gli altri enti assicuratori privati.

La CAMMI tuttavia si limita solo a garantire l'assicurazione obbligatoria per le cure sanitarie e per le indennità. A differenza delle mutue, non

prevede alcun sistema di assicurazione complementare.

La CAAMI è tenuta ad accettare qualsiasi richiesta di iscrizione da parte di un cittadino e di tutelare i suoi diritti. Questo a condizione che quest'ultimo rispetti le condizioni necessarie per aprire e per mantenere il diritto:

- al rimborso delle prestazioni sanitarie;
- al pagamento delle indennità d'incapacità, invalidità e maternità.

La CAAMI ha anche l'obiettivo di dare la priorità ai servizi di informazione, assistenza e promozione della salute.

Le quote

La CAAMI non percepisce alcuna quota ulteriore per coprire le assicurazioni complementari e non impone ai suoi membri di iscriversi ad altre assicurazione privata.

La CAAMI esige, ovviamente, il pagamento delle quote relative all'assicurazione obbligatoria per le cure sanitarie.

CAMBIARE MUTUA

È possibile cambiare mutua, ma bisogna rispettare alcune regole. Questa procedura viene chiamata mutazione [in FR: mutation]. Ogni assicurato può chiedere di assicurarsi presso un altro ente.

Le condizioni per farlo

È necessario:

- essere assicurato, come titolare, da almeno un anno presso la mutua che si vuole lasciare (o presso la CAAMI);
- non aver ricevuto delle sanzioni nel periodo della procedura di cambiamento [in FR: mutation];
- non avere debiti nei confronti della mutua che si vuole cambiare;
- presentare la richiesta;
- non introdurre tale richiesta presso diversi organismi assicuratori,

ma presso uno in particolare.

Le procedure

Il titolare deve completare un modulo di **richiesta di cambiamento individuale** [in FR: demande de mutation individuelle] presso la nuova mutua (o la CAAMI). Quest'ultima si incarica di trasferire il modulo alla mutua che il titolare desidera lasciare.

La procedura [in FR: mutation] inizia il primo giorno di un trimestre civile (1° gennaio, 1° aprile, 1° luglio o 1° ottobre).

Bisogna presentare la domanda non oltre il 5 del mese che precede quello in cui si vuole far iniziare la procedura.

IL TITOLARE/LA PERSONA A CARICO [IN FR: TITULAIRE/PERSONNE À CHARGE]

La normativa distingue **due categorie di beneficiari** che hanno diritto ai rimborsi delle cure sanitarie.

1. **Il titolare [in FR: titulaire]**, cioè la persona che apre il diritto all'assicurazione per le cure sanitarie per sé e per le persone che sono a carico suo.
2. **La persona a carico [in FR: personne à charge]**, che gode di questo diritto per via della relazione di coabitazione o familiare che intrattiene con il titolare.

1. Il titolare [in FR: titulaire]

Le seguenti persone possono essere assicurate in quanto titolari. Aprono il diritto al rimborso delle cure sanitarie per loro stessi e per le persone a carico.

- i lavoratori dipendenti (operai e impiegati);
- i lavoratori autonomi;

- i lavoratori dipendenti e indipendenti che si trovano in incapacità di lavoro o in invalidità;
- i lavoratori dipendenti e indipendenti durante il congedo di maternità;
- i lavoratori disoccupati;
- i pensionati;
- gli studenti di un insegnamento di terzo livello presso un'istituzione che somministra corsi in giornata;
- le persone iscritte al Registro nazionale delle persone fisiche [Registre National de personnes physiques] (chiamate comunemente titolari « residenti » o titolari « registro nazionale »),
- i vedovi e le vedove dei titolari sopra-citati,
- i bambini orfani di padre e madre,
- i membri delle comunità religiose,
- i minori stranieri non accompagnati (MENA),
- i bambini a carico dei minori stranieri non accompagnati.

Obbligo di essere in regola di soggiorno e quindi essere in possesso di un documento di identità elettronico valido!

Una buona parte di questi assicurati è titolare in quanto ha uno proprio statuto di lavoratore o di persona considerata “lavoratore” [in fr: assimilée].

Per poter beneficiare delle cure sanitarie, **altre categorie di persone** devono invece rispettare delle condizioni specifiche e, alcune di loro, versare delle quote trimestrali obbligatorie.

Le altre categorie di titolari sono le seguenti:

I beneficiari che non versano i contributi nel quadro di un reddito professionale (o di sostituzione) hanno anch'essi diritto alle cure sanitarie tramite il pagamento di quote personali. Le mutue percepiscono queste quote dai loro membri.

Categorie di titolari (aggiornato al 1° gennaio 2020):

Persone incapaci di effettuare un lavoro a causa del proprio stato di salute.

Per esempio : le persone riconosciute come disabili/ handicappate.	
↪	Quota Esenzione dal pagamento
Alcuni studenti che stanno ancora studiando e che non possono più essere a carico dei propri genitori perché hanno più di 25 anni.	
↪	Quota 63,43 € a trimestre
Le persone che non rientrano in una delle categorie pre-citate, ma che sono iscritte nel registro nazionale = titolari “registro nazionale” o titolari “residenti” . Per esempio i beneficiari del CPAS e coloro a cui sono pagati gli alimenti ecc.	
Una sola condizione : l’iscrizione al registro della popolazione o al registro degli stranieri	
↪	Quota La quota da versare per trimestre è fissata in funzione del reddito annuo lordo, e può andare da 0 a 748,19 € Alcune categorie, come i beneficiari del reddito d’integrazione sociale [in FR: RIS] e della pensione sociale [in FR: GRAPA], sono esonerate dal pagamento.
I minori stranieri non accompagnati [in FR: MENA] devono rientrare nei requisiti per essere considerati come tali. Attenzione: i bambini a carico dei MENA sono anch’essi beneficiari delle cure sanitarie	
↪	Quota Esenzione dal pagamento

2. La persona a carico

Possono essere considerati a carico :

- **il coniuge;**
- **il coabitante;**
- **i figli;**
- **e i genitori.**

Persona a carico :

Il coniuge	
↪	Condizione - vivere con il titolare,

		- non avere un reddito lordo superiore a 2517,74€ a trimestre (aggiornato a aprile 2019).
Il coabitante		
↩	Condizione	- vivere con il titolare, - non avere un reddito lordo superiore a 2517,74 € a trimestre.
Il figlio		
↩	Condizione	- avere meno di 25 anni
Il genitore		
↩	Condizione	- vivere con il titolare, - non avere un reddito lordo superiore a 2517,74 € a trimestre.

3. Gli obblighi del titolare

Per beneficiare del rimborso delle cure sanitarie, è obbligatorio:

Essere assicurato come titolare a una mutua o alla CAAMI,

Essere in ordine con i documenti e con i pagamenti dell'assicurazione

- In materia di assicurazione per le cure sanitarie, non è richiesto un periodo di attesa [in FR: stage] per l'apertura del diritto.
- Le prestazioni sanitarie sono dunque dovute per il semplice fatto di essere assicurati presso una mutua (in quanto lavoratore, disoccupato, invalido, pensionato, disabile/handicappato, residente, studente di più di 25 anni, beneficiario del reddito d'integrazione sociale [in FR: RIS], ecc.).
- Il diritto al rimborso per le cure sanitarie viene garantito a partire dal primo giorno del trimestre nel corso del quale viene acquisita la qualità di titolare. Il diritto è mantenuto fino al 31 dicembre dell'anno civile successivo. ES. titolare si affilia il 5 gennaio 2021, il diritto alle cure sanitarie viene mantenuto fino al 31 dicembre 2022.
- Se, per qualsiasi ragione, il titolare perde il proprio diritto alle cure sanitarie per più di due anni, si deve assicurare nuovamente presso la mutua. In questo caso, per riaprire il diritto, dovrà far trascorrere un periodo di attesa [in FR: stage] della durata di 6 mesi. Non avrà quindi diritto al rimborso delle cure sanitarie prima della fine del periodo di attesa (cioè dopo 6 mesi). ES. un titolare ha diritto alle cure sanitarie fino

al 31.12.2019. Nel febbraio 2020, va negli Stati Uniti per cercare lavoro. Torna in Belgio a inizio 2022 e ottiene un lavoro come dipendente a partire dal 1 marzo 2022. Si reca quindi con il proprio contratto di lavoro presso la sua vecchia mutua, dove viene iscritto come titolare dipendente a partire dal 1 gennaio 2022. Il periodo di attesa per riaprire il diritto [stage] è di 6 mesi e inizia il 1 gennaio 2022. Aprirà nuovamente il diritto al rimborso delle cure sanitarie a partire dal 1 luglio 2022. Nonostante queste circostanze, alcuni titolari che vogliono riscriversi, sono esonerati dal periodo di attesa (come i beneficiari del reddito d'integrazione sociale [in FR: RIS]):

- se il titolare non è in regola da meno di due anni, dovrà regolarizzare la sua situazione pagando un complemento delle quote, oppure cercando un altro status per assicurarsi nuovamente. **Attenzione: la mutua deve sempre cercare di proporre al cittadino lo status che gli costa meno e che gli fornisce maggiori benefici!**
- Ogni anno la mutua verificherà se il titolare è in ordine con il pagamento dell'assicurazione. Come? Per avere diritto al rimborso delle cure sanitarie nel 2020, la mutua verificherà se nell'anno di riferimento del 2018, ovvero due anni prima, tutte le quote erano state pagate.

Anno di riferimento ↓	Anno in cui il titolare ha diritto al rimborso delle cure sanitarie	
	↓	↓
2018	2019	2020
2019	2020	2021

LA PRESTAZIONE SANITARIA EROGATA

La prestazione fornita dal medico di base, dallo specialista o da un altro professionista sanitario viene riportata sull'attestato comprovante le cure ricevute [in FR: attestation de soins] sotto ad **un codice a 6 cifre che è ripreso nella nomenclatura delle cure sanitarie.**

Grazie a questo numero la mutua potrà:

- conoscere la prestazione che è stata fornita (visita dal medico di base, per esempio);

- stabilire il costo della retribuzione professionale convenzionata [in FR: honoraires conventionnées],
- effettuare il rimborso all'assicurato di una parte della somma pagata dallo stesso.

La quota [in FR: quote part] che il paziente deve pagare si chiama ticket [in FR: il ticket modérateur] e varia in funzione:

- della prestazione ricevuta;
- del prestatore di assistenza sanitaria: se convenzionato, non convenzionato o parzialmente convenzionato;
- dello status dell'assicurato: assicurato ordinario oppure beneficiario dell'intervento maggiorato [in FR: BIM].

Costo prestazione convenzionato [in FR honoraires]	Rimborso della mutua Assicurato ordinario	Rimborso della mutua Assicurato BIM
Medico di base N°101076		
26,78 €	Rimborso : 20,78, € A carico del paziente : 6 €	Rimborso : 25,28 € A carico del paziente : 1,50 €
Pediatra N°102572		
42,10 €	Rimborso: 30,10 € A carico del paziente : 12 €	Rimborso : 39,10 € A carico del paziente : 3 €

al 01/04/2020

La differenza tra medico convenzionato e medico non convenzionato

Ogni anno o ogni due anni, tutte le mutue e le organizzazioni che rappresentano il personale sanitario (medici, dentisti, logopedisti, ecc.) stipulano delle **convenzioni**: si tratta di accordi di categoria [in FR: conventions] in cui vengono fissati le retribuzioni per le prestazioni professionali che erogano. I medici sono liberi di aderire o meno a questi accordi:

- se aderiscono, rientrano nella categoria dei **convenzionati** [in FR: conventionnés];
- se non aderiscono, rientrano tra quelli **non convenzionati** [in FR: non conventionnés];
- addirittura, possono essere convenzionati anche solo durante alcune fasce orarie specifiche: in questi casi, rientrano tra quelli **parzialmente convenzionati** [in FR: partiellement conventionnés].

I prestatori di assistenza sanitaria non convenzionati non devono proporre ai pazienti la tariffa convenzionata. Nel caso di prestazioni effettuate da un professionista non convenzionato, la mutua rimborsa soltanto la parte della somma prevista dalla convenzione. Questo significa che, in aggiunta al ticket [in FR: ticket modérateur], il paziente dovrà farsi carico anche della differenza tra la tariffa convenzionata e il supplemento richiesto dal professionista.

Retribuzione professionale operatore sanitario		
<u>TARIFFA CONVENZIONATA</u>		<u>EVENTUALI COSTI AGGIUNTIVI</u>
Parte rimborsata dalla mutua	Ticket a carico del paziente [in FR: ticket modérateur]	Interamente a carico del paziente (per esempio quando si tratta di un professionista non convenzionato)

L'assicurazione obbligatoria per le cure sanitarie riguarda tanto **le cure sanitarie che quelle preventive** necessarie al mantenimento e al ristabilimento della salute.

La legge prevede circa 30 categorie di prestazioni sanitarie. Tra queste troviamo:

- **le cure ordinarie**, vale a dire:
 - le visite e le consultazioni dei medici di base e degli specialisti;
 - le cure dispensate dagli infermieri e dai servizi di cure infermieristiche a domicilio;
 - i trattamenti fisioterapici;
 - le cure dentistiche (conservatrici e/o riparatrici, protesi dentarie incluse);

- **le consultazioni dei medici specializzati** (pediatri, dermatologi, gastroenterologi).
- **il parto**;
- la fornitura di **occhiali e protesi oculari**, apparecchi **uditivi**, impianti, sedie a rotelle, fasciature, plantari e protesi esterne;
- **i medicinali**: preparazioni galeniche, specialità farmaceutiche, farmaci generici;
- **il ricovero in ospedale** per un'osservazione o per un trattamento;
- **la rieducazione funzionale, la logopedia, la podologia**, i consigli dei **dietisti**, ecc.
- le prestazioni erogate all'interno di:
 - **case di riposo** e di cura riconosciute;
 - **case di cure psichiatriche** riconosciute;
 - **centri riconosciuti di cure giornaliere**;
 - **ambulatori** riconosciuti.
- le **spese di trasporto dei genitori di un bambino malato** di cancro che è ricoverato per osservazione o per un trattamento. La quota dell'intervento è calcolata sulla base della distanza tra il domicilio del bambino e il luogo dove si trova l'ospedale;
- le spese di trasporto in **ambulanza**, per i trasporti organizzati nei casi di assistenza medica **urgente**.

Attenzione!

L'assicurazione per le cure sanitarie generalmente non interviene per coprire le prestazioni ricevute a fini estetici e per quelle ricevute a fini di ricerca scientifica o di test clinici (a parte in certi casi regolamentati).

La ricevuta delle cure prestate [in FR: La quittance de soins donnés]

In cambio dell'attestato comprovante le cure sanitarie ricevute, l'assicurato riceve dalla sua mutua una ricevuta delle cure sanitarie. Si tratta di una prova di pagamento. Questo tipo di ricevuta permette di tenere sotto controllo diversi elementi:

- le cifre rimborsate;
- il ticket a carico della persona [in FR: ticket modérateur];

- le somme considerate per calcolare la cifra massima che può essere fatturata [in FR: maximum à facturer];
- i costi aggiuntivi eventuali per la retribuzione professionale del prestatore dell'assistenza sanitaria.

 0000 00 000	Cognome e nome dell'operatore che prescrive la cura [in FR: Non et prénom du prescripteur]
DA COMPLETARE DALL'OPERATORE: Cognome e nome del beneficiario [in FR: À REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR : Nom et prénom du bénéficiaire :]	
Tagliando della mutua [in FR: Réserve à la vignette du conditionnement]	R/
Timbro dell'operatore [in FR: Cachet du prescripteur]	Data e firma dell'operatore [in FR: Date et signature du Prescripteur]
	Rilasciabile dalla data precitata o a partire da [in FR: Délivvable à partir de la date précitée ou à partir du :]

RICETTA DEI MEDICINALI
[in FR: PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS]

LA RICETTA [IN FR: PRESCRIPTION]

Per ottenere il rimborso dei farmaci, i pazienti non ricoverati devono essere in possesso di una **ricetta**, in forma cartacea o elettronica.

Il medico può prescrivere i prodotti che ritiene opportuni:

- sotto forma galenica: le preparazioni galeniche sono preparate dal farmacista in base alle indicazioni contenute nella ricetta;
- sotto forma di specialità farmaceutiche: prodotte dall'industria farmaceutica e protette da un brevetto;
- sotto forma di farmaci generici: quelle specialità il cui brevetto è scaduto e la formula è accessibile a tutti. Il farmaco generico è un farmaco equivalente a quello di una marca determinata, che viene commercializzato sotto un'altra denominazione, da altre industrie, in seguito alla scadenza del brevetto del principio attivo.

Il rimborso dei farmaci

Per questi prodotti esistono diverse tariffe di rimborso. In alcuni casi, il rimborso è totale e il paziente non paga nulla. In altri casi, il rimborso è parziale e il paziente paga la sua parte.

Per farsi rimborsare la spesa di determinati farmaci è necessario seguire una procedura particolare: sostanzialmente ottenere l'autorizzazione al medico della mutua [in FR: médecin-conseil].

Infine, alcune disposizioni relative ai farmaci cambiano da ospedale a ospedale.

Dal farmacista

A ogni farmaco è attribuita una categoria di rimborso, che indica quanto può intervenire l'assicurazione obbligatoria per le cure sanitarie.

Esistono **7 categorie** di rimborso

Categoria A	Specialità d'importanza vitale Per esempio i farmaci per trattare il diabete o il cancro
Categoria B	Specialità farmaceutiche importanti sul piano terapeutico. Per esempio gli antibiotici
Categoria C	Farmaci destinati al trattamento sintomatico. Per esempio le sostanze per il trattamento della bronchite cronica.
Categoria Cs	Vaccino antinfluenzale, farmaci contro le allergie.
Categoria Cx	Per esempio i contraccettivi.
Categoria Fa	Specialità d'importanza vitale la cui base di rimborso prevede una cifra fissa. Per esempio, le eritropoietine (EPO). Osservazione: la differenza eventuale tra il prezzo applicato e la base di rimborso non può essere a carico del paziente.
Categoria Fb	Specialità farmaceutiche importanti sul piano terapeutico, la cui base di rimborso include una quota fissa, per esempio i farmaci utilizzati nei casi di degenerazione della macula. Osservazione : la differenza eventuale tra il prezzo applicato e la base di rimborso non può essere a carico del paziente.

Talvolta ci si riferisce ai farmaci che non rientrano nelle 7 categorie rimborsabili come farmaci della **categoria D**. Si tratta di farmaci per cui non è previsto alcun rimborso. Per esempio, i sonniferi e i tranquillanti.

La parte a carico del paziente può variare in funzione della categoria di rimborso della specialità farmaceutica. Si tiene ugualmente conto:

- del tipo di assicurato (ordinario, o beneficiario dell'intervento maggiorato);
- del condizionamento del farmaco;
- dell'esistenza o no di un'alternativa generica.

I farmaci all'ospedale

Un sistema diverso di finanziamento e rimborso dei farmaci viene applicato:

- *ai pazienti ricoverati in ospedale*, la quota a carico del paziente corrisponde a un forfait fisso 0,62 € per ogni farmaco che sia consumato o meno;
- *ai pazienti in ambulatorio*, per i quali l'intervento personale viene calcolato per specialità farmaceutica sulla base del numero di unità (di tariffazione) ricevute dal paziente e della categoria di rimborso del farmaco.

Ovviamente non è previsto alcun rimborso per i farmaci non rimborsabili. Questi prodotti sono completamente a carico del paziente.

LE SPESE DEL RICOVERO IN OSPEDALE

Un ricovero in ospedale può costare caro!

L'accettazione in ospedale

Il costo del ricovero dipende da diversi fattori:

- **la situazione personale dell'assicurato** (titolare, persona a carico, assicurato ordinario o BIM ecc.),
 - **la durata** del soggiorno,
 - **il tipo di camera** scelta,
 - **lo status del medico** (convenzionato oppure no),
 - **il tipo di intervento**,
 - **i prodotti forniti** rimborsabili, parzialmente rimborsabili o non rimborsabili,
 - gli eventuali prodotti e servizi complementari richiesti o prescritti dal medico,
- + tutte le altre spese, come il telefono, la televisione, ecc.

Quando la persona si presenta in ospedale per un ricovero, riceve o documenti seguenti:

- la dichiarazione di accettazione;
- delle informazioni relative alla dichiarazione di ammissione;

- un riepilogo dei prezzi in vigore sui servizi e sui prodotti proposti dall'ospedale.

Leggere la dichiarazione di ammissione

- Questo modulo è obbligatorio, ed è lo stesso per tutti gli ospedali, eccetto alcuni elementi particolari che si trovano in corsivo;
- La dichiarazione di ammissione è un documento molto importante, poiché stabilisce le condizioni finanziarie del ricovero. Il paziente dovrà indicare su questo documento le sue scelte per quanto riguarda la stanza e il medico; sono scelte che determineranno il costo della fattura;
- è necessario leggere molto attentamente questo documento, così come le informazioni che lo accompagnano. Bisogna soprattutto conservare il tutto, poiché potrebbe tornare utile se ci fosse bisogno di contestare la fattura ricevuta al termine del ricovero.

Consiglio: la dichiarazione di ammissione può essere richiesta al servizio di accettazione dell'ospedale prima del giorno del ricovero. Farlo permetterebbe al paziente di leggere attentamente il documento e di conoscere eventuali costi aggiuntivi (per avere una camera singola o per sapere quali sono i medici convenzionati e non: chirurgo, anestesista, fisioterapista, ecc.)

Attenzione

L'ospedale non può porre il modulo di ammissione già riempito e chiedere al paziente di leggere e firmare rapidamente. Questa pratica è vietata

- La dichiarazione di accettazione non corrisponde a un preventivo. Risulta in effetti impossibile fare una stima della cifra esatta che verrà fatturata poiché alcune spese sono imprevedibili (per esempio durante un intervento chirurgico);
- **se il paziente viene ammesso all'ospedale con urgenza**, queste pratiche verranno espletate in seguito, oppure dal rappresentante legale del paziente. Nell'attesa, l'ospedale deve applicare la tariffa della camera comune.

Compilare la dichiarazione di ammissione

Il paziente può scegliere fra:

- una camera comune,
- una camera con due letti,
- una camera singola.

Nel caso di un ricovero con permanenza di una notte, al paziente che occupa **una camera comune o con due letti**, non verrà applicato alcun costo aggiuntivo né per la camera né per costi aggiuntivi eventuali per la retribuzione professionale dei medici [in FR: suppléments d'honoraires].

Se invece opta per **una camera individuale** (e vi soggiorna), l'ospedale può inserire nella fattura dei costi aggiuntivi relativi alla camera; mentre i medici possono aggiungere alla fattura i costi supplementari alle proprie retribuzioni professionali.

Un soggiorno in camera individuale è quindi più costoso di uno in camera comune o in camera a due letti. Scegliendo un determinato tipo di camera, il paziente esprime il proprio accordo riguardo alle condizioni finanziarie rispetto alla scelta, in materia di costi aggiuntivi per la camera e per la retribuzione professionale degli operatori sanitari.

Camere	Costi aggiuntivi della camera	Costi aggiuntivi retribuzioni professionali
- comune	No	No
- a due letti	No	No
- singola	Sì	Sì

Attenzione !

- Se il paziente soggiorna, indipendentemente dalla sua volontà, in un tipo di camera più costoso rispetto a quello che ha chiesto, allora vengono applicate le condizioni finanziarie legate al tipo di camera che aveva scelto. ES. All'accettazione sceglie una camera comune ma non è disponibile, quindi viene sistemato in una singola: verranno comunque applicate le condizioni della camera comune.
- Se il paziente soggiorna, indipendentemente dalla sua volontà, in un tipo meno costoso di camera, vengono applicate le condizioni finanziarie legate al tipo di camera occupata. ES. All'accettazione sceglie una camera singola ma non è disponibile, quindi viene sistemato in una

comune: verranno applicate le condizioni della camera comune (anche se il paziente la occupa da solo).

- l'ospedale assegna una camera singola per ragioni mediche. Il paziente pagherà la tariffa relativa a una camera comune. Dovrà tuttavia essere in possesso del certificato di un medico, che dichiara la necessità medica di soggiorno in camera singola.
- il paziente è arrivato al pronto soccorso o in terapia intensiva e non era nelle condizioni di operare una scelta. Durante il soggiorno in questa unità, l'ospedale deve applicare le tariffe relative a una camera comune.

La fattura relativa al ricovero in ospedale

Le spese relative al ricovero in ospedale sono suddivise tra:

- il paziente
- e la sua mutua

Attenzione

Tutte le istituzioni di cura sono obbligate a praticare il sistema del tiers payant [dispositivo che vedremo in seguito]

Prima parte: l'identificazione

- i riferimenti dell'ospedale;
- l'identità del paziente e il suo numero d'iscrizione alla mutua;
- la durata del ricovero (data e ora di entrata e di uscita);
- l'indirizzo di fatturazione;
- la data del diritto al tetto massimo che si può fatturare[in FR: maximum à facturer] per l'anno in corso.

Seconda parte: le spese

Le spese di soggiorno, vale a dire:

- la quota a carico del paziente relativa al prezzo della giornata di ricovero, qualunque sia il costo del tipo di camera a seconda del tipo di paziente (ordinario, figlio, beneficiario di un rimborso preferenziale, persona a carico, ecc.), la durata del ricovero e il tipo di ospedale (generale o

psichiatrico). Si tratta di una quota forfettaria che copre le spese di soggiorno e di cure all'ospedale, ad eccezione:

- dei farmaci;
- delle retribuzioni professionali relative alle prestazioni;
- di eventuali costi ulteriori.

	Beneficiario dell'intervento maggiorato (in FR: BIM) e le persone a suo carico	Figlio Persona a carico (tranne BIM)	Disoccupato da almeno 12 mesi (isolato o capofamiglia) e le persone a suo carico	Beneficiario con persona a carico o che paga gli alimenti (e le persone a suo carico)	Altro beneficiario
1° giorno	5,44 €	32,71 €	32,71 €	42,58 €	42,58 €
A partire dal 2° giorno	5,44 €	5,44 €	5,44 €	15,31 €	15,31 €
A partire dal 91° giorno	5,44 €	5,44 €	5,44 €	5,44 €	15,31 €

+ Forfait farmaco di 0,62 € per giorno.

+ Il costo della camera :

Camera comune	NESSUN COSTO AGGIUNTIVO
Camera a due letti	NESSUN COSTO AGGIUNTIVO
Camera singola	TASSE DI SOGGIORNO FISSATE LIBERAMENTE DALL'OSPEDALE Se il paziente o il suo rappresentante introduce domanda esplicita (= esigenza personale)

- Le spese farmaceutiche, parafarmaceutiche, gli impianti, le protesi e i dispositivi medici non impiantabili.
- Le retribuzioni professionali di medici e paramedici, cioè:
 - forfettari per ammissione (tipo i prelievi);
 - dei medici e degli altri professionisti

Costi aggiuntivi retribuzioni professionali:

Medici convenzionati	Medici non convenzionati
Camera comune o a due letti	
Non possono mai essere richiesti dei costi aggiuntivi sulle retribuzioni professionali.	
Camera singola	
Sia i medici convenzionati che quelli non convenzionati possono inserire nella fattura dei costi aggiuntivi.	
<u>Tranne nei casi in cui</u> <ul style="list-style-type: none"> - lo stato di salute del paziente oppure le condizioni tecniche di esame, di trattamento o di sorveglianza richiedano un soggiorno in camera singola; - le necessità di servizio o indisponibilità di letti nella camera comune costringano il paziente a soggiornare in una camera a due letti; - l'ammissione in ospedale avviene in un'unità di terapia intensiva o di pronto soccorso, indipendentemente dal paziente e per la durata del soggiorno in questa unità; - vi sia il ricovero di un bambino accompagnato da un genitore durante il soggiorno in ospedale. 	

- Le altre forniture, come il sangue, il materiale per il gesso, ecc. sono in gran parte prese in carico dall'assicurazione sanitaria;
- Le altre spese, quelle non mediche, come il telefono, le bevande, ecc.

Ogni ospedale applica le proprie tariffe per gli eventuali costi aggiuntivi: per questo la fattura finale può variare sensibilmente da un ospedale all'altro!

In teoria, ognuno è libero di scegliere l'ospedale dove vuole soggiornare.

Ma, in pratica, il paziente non ha molta scelta poiché solitamente viene ricoverato nell'ospedale dove pratica il suo medico o il chirurgo che gli è stato raccomandato.

Consiglio :

Consultare la propria mutua in caso di dubbi riguardanti la fatturazione dell'ospedale.

IL RIMBORSO DELLE CURE SANITARIE

Le cure sanitarie non vengono rimborsate al 100%. Una quota personale rimane a carico del paziente. Questa quota viene chiamata “ticket sanitario” [in FR: ticket modérateur]

LA QUOTA A CARICO DEL PAZIENTE

La quota a carico del paziente varia secondo:

- Il tipo e la qualità del prestatore d’assistenza sanitaria: medico che utilizza o meno la cartella clinica globale (lo vedremo più avanti), pediatra, ginecologo, dentista, infermiere, fisioterapista, medico dell’ospedale, ecc. Inoltre, è necessario verificare se il professionista è convenzionato, non convenzionato o parzialmente convenzionato.
- Lo status del paziente: assicurato ordinario, beneficiario dell’intervento maggiorato [in FR: *intervention majorée/BIM*], paziente sottoposto a cure palliative ecc.
- Il tipo di consultazione: presso l’ambulatorio medico, a domicilio, tramite servizio di guardia ecc.

IL DISPOSITIVO DEL ‘TIERS PAYANT’

Si tratta della somma che rimborso la mutua.

Questa somma può essere:

- pagata dal paziente al professionista; il paziente chiederà poi il rimborso introducendo il certificato alla propria mutua.
- pagata tramite una procedura chiamata ‘tiers payant’. Questo sistema permette al professionista di fatturare direttamente alla mutua; in questo modo, il paziente pagherà esclusivamente la sua parte personale.

Casi in cui il ‘tiers payant’ viene applicato automaticamente:

- In farmacia: il paziente paga solo la sua parte personale per tutti i farmaci rimborsabili;

- in ospedale: il paziente paga solamente la sua parte personale e i costi aggiuntivi eventuali (su farmaci o retribuzioni professionali). L'ospedale fattura direttamente alla mutua tutte le voci di spesa che quest'ultima deve rimborsare;
- nelle prestazioni di biologia clinica (come i prelievi);
- nelle prestazioni effettuate nel quadro della prevenzione del tumore al seno.

Il 'tiers payant' è invece vietato:

- nelle consultazioni di medici e dentisti;
- in determinati trattamenti dentistici (trattamenti preventivi, radiografie, trattamenti odontoiatrici, ecc.);
- nelle sedute di psicoterapia presso lo studio di uno specialista in psichiatria.

Il 'tiers payant' viene applicato a certe prestazioni, quando queste ultime vengono praticate:

- negli ambulatori [in FR: maison médicale] che praticano un abbonamento a forfait;
- nei servizi di salute mentale;
- nei consultori e nei centri di informazione riguardo alla sessualità;
- nei centri di accoglienza per tossicodipendenti;
- nei centri specializzati che si occupano di bambini, anziani o handicappati/disabili. In particolar modo le case di riposo e di cura, le case di riposo per anziani autorizzate e convenzionate o i centri di rieducazione funzionale convenzionati col comitato dell'assicurazione, o autorizzati dall'autorità competente;
- a dei beneficiari che muoiono o che finiscono in coma nel corso del trattamento.

Il 'tiers payant' sociale

In questo caso, il 'tiers payant' può essere applicato dai medici per determinate categorie sociali di pazienti.

I pazienti interessati dal 'tiers payant' sociale

- I beneficiari dell'**intervento maggiorato** [in FR: intervention majorée /BIM] e le persone a loro carico.

- I beneficiari che percepiscono il sussidio di **disoccupazione** da almeno **6 mesi**, capofamiglia o isolati, e le persone a loro carico.
- I beneficiari che rispettano le condizioni medico-sociali che danno accesso agli assegni familiari maggiorati. Per esempio **nel caso di bambini handicappati/disabili**.
- I beneficiari che si trovano, eccezionalmente, in **una situazione economica difficile**. Per esempio nei casi di una consultazione a un beneficiario che, per dei motivi validi, non vuole che la fattura venga indirizzata al titolare che apre il diritto al rimborso; oppure nei casi di una consultazione a una persona che non dispone dei mezzi necessari e che non si trova in una delle altre categorie qui citate.
- I titolari (e le persone a loro carico) che sono **titolari residenti e che sono esonerati dal pagamento della quota trimestrale legale**, poiché il loro reddito annuale lordo è inferiore a 19.566,25€ (aggiornato allo 01/07/2019).
- I beneficiari che hanno lo status di **malati cronici**; sono informati dalla loro mutua.

Il medico di base convenzionato è tenuto, in quanto aderente alla convenzione medico-mutualistica, ad applicare il ‘tiers payant’ sociale in tutti i casi in cui il paziente lo chieda. Il medico non convenzionato può comunque seguire la stessa procedura.

Può trattarsi di prestazioni ambulatoriali, di visite a domicilio o di prestazioni tecniche, a condizione che siano citate nello stesso certificato relativo alla consultazione.

Se il medico di base convenzionato applica il ‘tiers payant’ sociale, al paziente rimarrà di pagare per la consultazione:

Intervento individuale dell'assicurato ordinario	Intervento individuale dell'assicurato BIM
6 €	1,5 €

Il ‘tiers payant’ e la cartella clinica globale [in FR: dossier médical global] e/o ‘passaporto diabete’

Sono le uniche eccezioni per le quali il medico deve sempre applicare il regime del ‘tiers payant’ se richiesto espressamente dal paziente. Si tratta dei costi

aggiuntivi della retribuzione professionale dell'operatore sanitario, richiesti per la gestione della cartella clinica globale [in FR: dossier médical global] (codice 102771) e/o del passaporto diabete (codice 102852). In questi casi il medico deve accedere alla domanda del suo paziente.

Il 'tiers payant' può sempre essere applicato per l'intervento nel costo delle prestazioni di rieducazione e educazione relative al diabete e per il materiale rimborsabile di autogestione del diabete.

Il tiers payant e gli altri operatori sanitari

Riguarda gli operatori sanitari che non sono medici e i dentisti. In questi casi, le modalità di applicazione del 'tiers payant' sono fissate negli accordi e nelle convenzioni oppure, laddove non ci sono, nei contratti specifici tra organismo assicuratore e operatore sanitario.

Le convenzioni prevedono spesso che l'operatore aderente possa optare per il sistema del 'tiers payant' al momento della sua adesione, oppure in seguito, e che, se ha optato per tale sistema, deve applicarlo ai beneficiari di tutte le mutue e per tutte le prestazioni (per le quali è previsto il sistema)¹.

I BENEFICI DE L'INTERVENTO MAGGIORATO [IN FR: L'INTERVENTION MAJOREE/BIM]

Si tratta di una misura che esiste dagli anni '70. Prima si chiamava VIPO (vedovo, invalido, pensionato e orfano). Nel 1997 questo status è stato progressivamente allargato ad altre categorie di beneficiari, come i beneficiari del reddito d'integrazione sociale [in FR: RIS], i disoccupati, le famiglie monogenitoriali, ecc. questa misura permette di ottenere un rimborso preferenziale delle spese legate delle cure, nonché altri benefici quali una tariffa sociale per l'elettricità o una tariffa ridotta per i trasporti pubblici.

I beneficiari

Esistono **due categorie** di beneficiari:

- I beneficiari senza esame del reddito familiare.
- I beneficiari con esame del reddito familiare

¹ È possibile consultare le convenzioni tra mutue e operatori sanitari (ortopedici, logopedisti, fisioterapisti, audioprotesisti...) sul sito dell'INAMI: www.inami.fgov.be

I beneficiari senza esame del reddito familiare

- Si tratta di quelle persone che percepiscono:

- il reddito di integrazione sociale [in FR: RIS] erogato dal CPAS;
- l'aiuto sociale equivalente al reddito d'integrazione sociale erogato dal CPAS;
- la garanzia di reddito agli anziani [in FR: GRAPA];
- l'assegno per le persone handicappate/disabili erogato dal SPF Sicurezza sociale.

- I bambini handicappati/disabili almeno al 66% (fisici o mentali) riconosciuti dal medico della Direzione generale handicappati/disabili del SPF Sicurezza Sociale.

- I MENA iscritti come titolari presso la mutua (minori stranieri non accompagnati).

- I bambini orfani di padre e madre.

I beneficiari con esame del reddito familiare

Due categorie:

1 Al momento della domanda la persona rientra in una di queste fattispecie:

- è pensionata;
- percepisce un'indennità d'invalidità;
- accumula, in un anno, dei periodi ininterrotti di disoccupazione o incapacità di lavoro;
- è vedovo o vedova;
- è riconosciuta come persona handicappata/disabile (senza assegno);
- è titolare in una famiglia monogenitoriale.

La mutua chiederà di completare una dichiarazione relativa a redditi lordi attuali della famiglia, sulla base dei redditi del mese che precede l'introduzione della domanda.

I redditi non devono superare 19.957,16 € per anno (aumentati di 3.694,61 € per ogni persona a carico, alzando il tetto massimo).

2 La persona non è in una delle situazioni sopracitate, ma percepisce dei redditi modesti.

In questo caso la mutua verificherà che i redditi lordi della famiglia percepiti nel corso dell'anno civile precedente non superino i 19.957,16 € (aumentati di 3.694,61 € per ogni persona a carico). ES. per una domanda presentata il 1 marzo 2020, la mutua verifica i redditi del 2019.

Queste persone devono rispettare le condizioni di esame dei redditi e completare, al momento della domanda, **una dichiarazione sull'onore**. A questo documento dovranno allegare:

- la dichiarazione dei redditi relativa all'anno che precede quello della domanda oppure, in mancanza di questo, l'ultima dichiarazione IRPEF in loro possesso;
- le prove dei redditi lordi imponibili della famiglia.

La mutua accorda questo statuto BIM una volta verificate le condizioni relative ai redditi.

Le condizioni relative ai redditi

Per determinare i redditi, si tiene conto di tutti i redditi lordi imponibili di cui dispone la famiglia, che devono essere dichiarati all'amministrazione fiscale competente – prima di qualsiasi riduzione percepita al momento della firma della dichiarazione sull'onore.

Si deve tenere conto anche dei redditi seguenti:

- la rendita catastale della casa in cui si abita, con un'immunizzazione di 1.375,00 € aumentati di 229,00 € per ogni persona a carico (per il 2020);
- la rendita catastale della casa data in affitto a una persona che non vi esercita alcuna attività professionale;
- il reddito netto di un'attività da autonomo (cioè il reddito lordo a cui si sottraggono le spese professionali), moltiplicato per un coefficiente di 100/80esimi (o x 1,25);
- I redditi stranieri non tassabili in Belgio;

Ecc.

I redditi professionali dei figli non sono considerati, a condizione che questi siano ancora beneficiari degli assegni familiari.

ES.: un disoccupato isolato di 54 anni è in disoccupazione da un anno; percepisce un assegno mensile di 919,36€ (cioè 11.032,32 € annui). È proprietario del monolocale in cui vive. Sui 500€ di rendita catastale viene immunizzato, poiché la cifra è inferiore a 1.375€. Dato che i suoi redditi non superano la soglia di 19.957,16 € annui il disoccupato può ottenere lo statuto BIM.

LA CARTELLA CLINICA GLOBALE [IN FR: LE DOSSIER MÉDICAL GLOBAL]

Chiunque può chiedere al proprio medico di aprire una Cartella clinica globale (DMG).

Il DMG centralizza tutte le informazioni mediche del paziente. Serve ad avere una migliore **conoscenza della sua situazione e della sua storia medica**.

Allergie, vaccini, ricoveri in ospedale, radiografie, esami del sangue... il DMG include tutte queste informazioni, indipendentemente dai luoghi in cui sono stati effettuati gli esami.

Il medico di base può così avere una **visione globale** del tutto. Il DMG può essere consultato anche dal paziente.

La **comunicazione tra professionisti** è resa migliore e si può così evitare, per esempio, che il paziente faccia due volte lo stesso esame.

È quindi utile segnalare l'esistenza di un DMG ogni volta che si viene visitati da uno specialista, cosicché quest'ultimo possa inviare i risultati degli esami al medico di base!

Il costo

Il DMG costa **31,61€** (tariffa applicata nel 2020), cifra da pagare ogni anno e interamente rimborsata dalla mutua. Questa cifra dev'essere pagata in aggiunta al costo della consultazione.

Esistono **3 modalità** di rimborso:

- il paziente paga le quote relative al DMG e alla consultazione al momento dell'apertura del dossier e viene in seguito rimborsato dalla mutua;
- il paziente chiede al proprio medico di applicare il 'tiers payant'. In questo modo il paziente non deve anticipare la somma e sarà il medico a richiederla direttamente alla mutua;
- il paziente ha uno statuto (per esempio, il BIM) che gli dà diritto al 'tiers payant' sociale

I benefici

- **Una riduzione del 30%** sulla parte personale a carico del paziente [in FR: ticket modérateur] per le consultazioni ambulatoriali;
- **una riduzione del 30%** per le visite a domicilio del medico di base:
 - per i pazienti oltre i 75 anni;
 - per i pazienti riconosciuti come malati cronici;
 - per i pazienti che beneficiano di un forfait per cure palliative a domicilio.

Le visite a domicilio includono anche le visite di un medico di base alle persone che soggiornano:

- in una casa di riposo per anziani;
- in una casa di riposo e di cura;
- in un istituto per bambini, anziani, convalescenti o handicappati/disabili.

- La diminuzione della quota a carico della persona (1€ per i beneficiari del BIM e 4€ per tutti gli altri) nei casi in cui il paziente è stato visitato dal suo medico di base prima di essere indirizzato da uno specialista. Questa pratica viene chiamata dilazione delle cure [in FR: échelonnement des soins] e il medico deve riempire un modulo specifico. La diminuzione è valida solamente una volta all'anno per specialità!

Attenzione :

il DMG può essere gestito soltanto da medici accreditati, che sono la maggioranza. Per esserne sicuri, basta informarsi direttamente dal medico di base o chiedere alla propria mutua

LA DISTRIBUZIONE DELLE CURE

Una riduzione del 'ticket modérateur' è prevista per i beneficiari che si rivolgono ad uno specialista alla richiesta del proprio medico di base. Questa decisione può essere presa nel corso di una visita a domicilio, o di una consultazione presso l'ambulatorio del medico di base.

I benefici

La riduzione dell'intervento personale è di :

- 1€ per i BIM;
- 4€ per gli altri beneficiari.

Le condizioni

La riduzione è riservata soltanto ai pazienti che hanno il DMG. Si applica una sola volta per beneficiario, per specialista e per anno civile.

Le specialità seguenti beneficiano della riduzione:

medicina interna,
cardiologia,
neurologia,
gastro-enterologia,
psichiatria,
pneumologia,
neuropsichiatria,
reumatologia,
pediatria,
dermato-venereologia,
endocrinologia,
ginecologia,
geriatria,
oftalmologia,
otorinolaringologia,
stomatologia,
urologia,
endocrino-diabetologia

IL FORFAIT IN CASO DI MALATTIE CRONICHE

L'ammontare dell'intervento

Il beneficiario che soffre di una malattia cronica può, a condizione che rispetti alcune condizioni finanziarie e mediche, beneficiare di un forfait annuale che varia in funzione del grado di autonomia:

- 318,23 €
- 477,37€
- 636,47€

L'ammontare viene adattato il 1° gennaio di ogni anno, tenendo conto dell'evoluzione dell'inflazione tramite l'indicatore "indice-santé".

Solitamente, il beneficiario non deve fare nulla poiché la mutua dispone già di tutti gli elementi necessari per pagare automaticamente il forfait.

Se il forfait non viene pagato prima della fine dell'anno, oppure se la persona ritiene di trovarsi nelle condizioni per beneficiarne, deve contattare rapidamente la propria mutua.

Le condizioni

Per poter beneficiare di questo forfait annuo, si devono rispettare due condizioni:

*** Le condizioni finanziarie**

Il beneficiario deve aver raggiunto un tetto di ticket modérateur pagati (cioè quelli che rimangono a suo carico dopo l'intervento della mutua) nel corso dell'anno civile in corso e dell'anno civile precedente, vale a dire:

- 365 € per i BIM e per le persone a loro carico;
- 450 € per tutti gli altri.

*** Le condizioni sanitarie**, cioè ci si deve trovare – nell'anno in corso – in **una delle situazioni** seguenti:

- avere ottenuto l'accordo del medico della mutua, per un periodo di almeno 6 mesi, per dei trattamenti di fisioterapia o terapia fisica se si soffre di gravi patologie (la sclerosi multipla, per esempio);
- rispettare le condizioni sanitarie per avere diritto agli assegni familiari maggiorati;

- essere stato ricoverato in un ospedale per un periodo di almeno 120 giorni nell'arco del periodo di riferimento (costituito dall'anno civile di riferimento e da quello precedente);
 - essere stato ricoverato almeno 6 volte in ospedale nel corso dello stesso periodo di riferimento.

↪	Ammontare del forfait annuo (2020)	Se il beneficiario è in una di queste situazioni, può beneficiare di un forfait annuo di <u>318,23 €</u>
---	---	---

- rientrare nelle condizioni che permettono di ricevere l'assegno di integrazione (AI) per la persona con un handicap, il cui grado di autonomia è stato fissato ad almeno 12 punti;
 - rientrare nelle condizioni che permettono di ricevere l'assegno di assistenza agli anziani (APA) per la persona con un handicap e il cui grado di autonomia è stato fissato ad almeno 12 punti;
 - beneficiare di un'indennità di incapacità o di invalidità come capofamiglia, a causa della necessità di ricevere aiuto da terzi;
 - beneficiare di un assegno forfettario per l'aiuto di terzi.

↪	Ammontare del forfait annuo (2020)	Se il beneficiario è in una di queste situazioni, può beneficiare di un forfait annuo di <u>477,37 €</u>
---	---	---

- aver ottenuto l'accordo del medico della mutua per un periodo di almeno 3 mesi, per ricevere cure infermieristiche (forfait B o C).

↪	Ammontare del forfait annuo (2020)	Se il beneficiario è in una di queste situazioni, può beneficiare di un forfait annuo di <u>636,47 €</u>
---	---	---

In quanto beneficiario con status « malattie croniche », la persona potrà godere automaticamente dei seguenti benefici:

- il 'tiers payant' (a partire dal 2015). Ciò significa che il paziente non dovrà più anticipare il costo delle retribuzioni professionali dell'operatore sanitario e pagherà soltanto la parte non rimborsabile;
- oppure la diminuzione della soglia della parte a carico suo nell'ambito del tetto massimo da fatturare [in FR: maximum à facturer malades chroniques]

IL PIANO CURE [IN FR: LE TRAJET DE SOINS]

Un piano cure [in FR: trajet des soins] è una sorta di contratto tra un paziente che soffre di una malattia cronica, il suo medico di base e lo specialista che si occupa del suo trattamento. Questo contratto permette di ottimizzare la collaborazione e la concertazione tra medici e paziente. In questo modo, quest'ultimo beneficia di cure di qualità e di un'assistenza ottimale per il suo trattamento, nonché di un rimborso specifico previsto dal piano cure

I beneficiari

Il piano cure [in FR: trajet des soins] si applica o ai malati cronici di diabete di tipo 2 o a quelli di insufficienza renale cronica, a condizione che rispettino alcuni criteri.

Le persone che soffrono di insufficienza renale cronica (l'insufficienza renale si presenta quando il rene riduce o annulla la sua capacità di filtrare ed eliminare i rifiuti contenuti nel sangue) possono beneficiare del piano cure se:

- l'insufficienza renale cronica è grave (GRF < 45 misurata su due prelievi);
- vi è insufficienza renale cronica con proteinuria maggiore di 1g/giorno (misurata su due esami delle urine).

Bisogna anche:

- avere minimo 18 anni;
- non essere soggetti a dialisi o aver subito un trapianto;
- essere in grado di recarsi fisicamente alle visite.

Le persone che soffrono di diabete di tipo 2 (malattia caratterizzata da un iperglicemia cronica, cioè un tasso troppo elevato di glucosio (zucchero) nel sangue. Si presenta solitamente negli adulti, e tocca prevalentemente le persone obese o sovrappeso) possono beneficiare del piano cure se:

- sono sottoposte a un trattamento di insulina (minimo una, massimo due iniezioni al giorno);
- se il trattamento orale è insufficiente e passeranno probabilmente ad un trattamento di insulina.

Il piano cure [in FR: trajet des soins] non può essere previsto:

- se la persona è incinta oppure programma una gravidanza,
- se la persona soffre di diabete di tipo 1,
- se la persona non è in grado di recarsi fisicamente alle visite.

Le condizioni

È necessario:

- sottoscrivere un contratto a durata indeterminata per il piano cure;
- consultare il medico di base almeno due volte all'anno;
- consultare uno medico specialista almeno una volta all'anno, che è competente per firmare e autorizzare il piano cure [in FR: trajet des soins];
- avere già aperto una DMG (cartella clinica globale) dal proprio medico di base.

I benefici

Il contratto del piano cure offre diversi benefici, fra cui un aiuto finanziario non indifferente.

- Il trattamento della patologia è organizzato **su misura e in funzione della situazione specifica del paziente**. Il paziente sviluppa una conoscenza migliore della malattia e segue da vicino il progredire del trattamento.
- Il paziente riceve **tutte le informazioni** relative al trattamento della sua malattia (per esempio i pareri di una dietologa o di un podologo).
- Il paziente può beneficiare di **materiale specifico** in funzione della patologia (per esempio, un tensiometro dietro ricetta medica).
- Le consultazioni del medico di base e dello specialista sono interamente rimborsate dalla mutua (incluso il ticket modérateur, se il medico è convenzionato) per tutta la durata del piano cure.

ES. un diabetologo convenzionato applica la tariffa ufficiale di 59,34€ per ogni consultazione. **Con il piano cure** : la mutua rimborsa 59,34 € e quindi il paziente non pagherà nulla. **Senza piano cure** : la mutua rimborsa 47,34 €. Il ticket modérateur di 12€ è a carico del paziente.

Buono a sapersi: la mutua rimborsa il paziente sulla base della tariffa ufficiale della consultazione. Se il medico chiede di più (se non è o è solo parzialmente convenzionato), l'eventuale supplemento rimane a carico del paziente. È possibile utilizzare l'applicazione dell'Atelier des droits sociaux per verificare se lo specialista applica o meno le tariffe ufficiali.

LE FORFAIT PER LE CURE PALLIATIVE

Il « forfait palliativo » è un intervento supplementare per i farmaci, il materiale utile alle cure e i dispositivi medici che devono pagare (parzialmente) i pazienti palliativi a domicilio.

Le condizioni

- Per beneficiare del « forfait palliativo », un paziente deve avere lo status di « paziente palliativo »; è il medico di base che introduce la domanda presso il medico della mutua del paziente.
- Se il paziente rientra nelle condizioni, otterrà lo «status palliativo». Una volta che il medico della mutua ne è informato, avverrà il pagamento del «forfait palliativo».

I benefici

Il forfait ammonta a **686,24 €** (indicizzazione annua).

I pazienti con « status palliativo » non devono pagare la parte personale (ticket modérateur) per:

- le visite dai medici di base,
- alcune prestazioni nell'ambito delle cure infermieristiche a domicilio,
- alcune prestazioni fisioterapiche (seduta individuale di 30 minuti, o seconda seduta di 15 minuti della giornata).

L'ASSISTENZA PER SMETTERE DI FUMARE

Sia i medici che i consulenti in tabaccologia accreditati possono aiutare i fumatori a smettere di fumare. Un consulente in tabaccologia è un professionista medico o un laureato in psicologia che ha seguito una formazione specifica in "Tabaccologia e aiuto per smettere di fumare".

I benefici

L'intervento è fissato come segue:

Se la fumatrice è incinta: dalla prima all'ottava seduta; 30 € a seduta.

Se il fumatore non è una donna incinta: prima seduta 30 €; dalla seconda all'ottava seduta 20 € a seduta.

Le condizioni

Il fumatore che desidera smettere ha bisogno di due documenti:

- un documento che riceve e consegna alla propria mutua, che può essere:
 - un certificato di cure (se l'incaricato dell'assistenza è un medico o un altro operatore, fisioterapista, infermiere ecc.),
 - oppure un documento specifico di fatturazione (se l'incaricato dell'assistenza è un consulente in tabaccologia accreditato che non è un dispensatore di cure (per esempio un laureato in psicologia).
- Un documento di accompagnamento compilato dal medico o dal consulente in tabaccologia, che dev'essere inserito nel dossier del fumatore.

ALTRI TIPI D'INTERVENTO

Il massimo che può essere fatturato (MAF) sotto forma di:

- MAF sociale,
- MAF malattie croniche,
- MAF concesso su base dei redditi,
- MAF per i minori di 19 anni.

Una volta raggiunto un determinato tetto delle spese, una parte dei ticket modérateur ulteriori viene rimborsata del tutto.

Le persone che soffrono di celiachia (questa malattia è un'intolleranza a diverse proteine del glutine contenute in svariati cereali come il grano, frumento, farro, l'orzo, la segale e il triticale (ibrido del grano e della segale)). Ne risulta un

cattivo assorbimento di determinati nutrienti (vitamine, ferro, calcio..), e quindi carenze alimentari.) hanno diritto a un intervento massimo che ammonta a **38 € al mese** dell'assicurazione obbligatoria per l'alimentazione specifica necessaria al loro trattamento.

Questo ammontare è considerato come un forfait. Viene pagato **automaticamente e mensilmente** al beneficiario, per tutta la durata dell'autorizzazione del medico della mutua.

Le persone riconosciute non auto-sufficienti e incontinenti possono beneficiare di un forfait annuo fino a **522,92€** (cifra calcolata al 1° gennaio 2020) tramite cui la mutua copre una parte delle spese legate al materiale relativo all'incontinenza.

L'intervento del 20% delle spese per le fasciature attive per le persone che soffrono di piaghe croniche (trattate per 6 settimane e non guarite a sufficienza).

- Intervento forfettario di 22,90 € al mese dal 1 gennaio 2014.
- Intervento supplementare di 0,25 € per alcune fasciature.

L'intervento del 20% per gli analgesici inclusi in una lista stilata tramite decreto, per i pazienti sofferenti di dolori cronici.

L'intervento nelle spese di trasporto per i pazienti con un cancro dal loro domicilio al luogo di trattamento e secondo il mezzo di trasporto.

Sono considerati i pazienti con un cancro non ricoverati e sottoposti a chemioterapia o radioterapia (+ consultazioni di sorveglianza).

Ammontare dell'intervento:

- Trasporti pubblici: rimborso integrale
- Altro mezzo di trasporto: 0,25 €/km.

L'intervento nelle spese di trasporto dei genitori di bambini con un cancro sulla base della distanza reale tra la residenza del bambino e l'ospedale – forfait di 0,25 €/km (con un limite di 75 € al giorno) al di là del mezzo di trasporto utilizzato.

Il forfait per i bambini che soffrono di insufficienza renale,

I bambini e ragazzi minori di 18 anni affetti da insufficienza renale che hanno bisogno di una dialisi o che soffrono di tubulopatia (Le tubulopatie sono malattie del rene che colpiscono la tubula renale, che è l'unità che riassume l'acqua e i suoi minerali. Le tubulopatie si

presentano in seguito a una distruzione della parte centrale del rene. Questa distruzione può essere acuta o cronica.) possono beneficiare di un intervento forfettario di 30 € al mese. Tale intervento serve a coprire le spese per gli alimenti specifici.

Le condizioni : bisogna che la diagnosi di insufficienza renale sia stata stabilita da uno specialista in pediatria che esercita in un centro di nefrologia pediatrica. Tale centro deve impiegare dei pediatri specializzati in nefrologia infantile, degli psicologi, infermieri, dietologi e lavoratori del sociale, dotati di una formazione e di un'esperienza nell'ambito dell'insufficienza renale cronica, soprattutto per quanto riguarda i bambini. Il centro deve inoltre disporre della strumentazione adatta alla dialisi pediatrica.

L'intervento nelle spese di trasporto per i bambini e ragazzi minori di 18 anni seguiti in un centro di rieducazione funzionale.

Si tratta di bambini e ragazzi che devono seguire dei trattamenti per il diabete o per malattie neuromuscolari – forfait di 0,25 euro al km sulla base della distanza reale tra la residenza e uno degli istituti di rieducazione funzionale che ha firmato una convenzione con l'INAMI.

L'intervento del **Fondo Speciale di Solidarietà** dell'INAMI per «prestazioni mediche eccezionali».