

Aides Sociales et Financières autour du Cancer

Dossier réalisé par le service social de l'hôpital de Jolimont

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

2023

Table des matières

1. ASSURANCE OBLIGATOIRE (AO) - ASSURANCE COMPLEMENTAIRE (AC) - ASSURANCE HOSPITALISATION	5
1.1. Assurance obligatoire (AO)	5
1.2. Assurance complémentaire (AC)	5
1.3. Assurance hospitalisation	5
2. STATUT MALADIE GRAVE et COUTEUSE	5
2.1. Demande de reconnaissance du statut maladie grave et coûteuse	5
2.1.1. Quels sont les avantages octroyés par les mutuelles et assurances dans le cadre du statut de maladie grave ?	6
3. LES DIFFERENTES MUTUELLES	6
3.1. Mutualité Chrétienne	6
3.1.1. Transports pour un traitement oncologique	6
3.1.2. Intervention financière dans le coût d'une aide-ménagère/aide familiale/garde-malade	7
3.1.3. Reconnaissance Maladie Grave et Coûteuse	7
3.1.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue	8
3.1.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire	8
3.1.6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale	9
3.2. Mutualité Socialiste	10
3.2.1. Transports pour un traitement oncologique	10
3.2.2. Intervention financière dans le coût d'une aide-ménagère/aide familiale/garde-malade	10
3.2.3. Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation	11
3.2.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue	11
3.2.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire	11
3.2.6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale ou prêt de matériel	12
3.3. Mutualité neutre	12
3.3.1. Transports pour un traitement oncologique	12
3.3.2. Intervention financière dans le coût d'une aide-ménagère sociale /aide familiale/garde-malade	13
3.3.3. Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation	14
3.3.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue	15
3.3.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire	15
3.3.6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale ou vêtements adaptés, prêt de matériel	15
3.3.7. Demande d'aide financière auprès du Fonds Social de la mutuelle neutre	16
3.4. Mutuelle libérale Hainaut-Namur	17
3.4.1. Transport pour un traitement oncologique	17
3.4.2. Intervention financière dans le coût d'une aide-ménagère/aide familiale/garde-malade	17
3.4.3. Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation :	17
3.4.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue	18
3.4.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire	18
3.4.6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale	18
3.4.7. Reconnaissance aidant proche	19
3.5. PARTENAMUT	20

3.5.1.	Transports pour un traitement oncologique	20
3.5.2.	Intervention financière dans le coût d'une aide-ménagère/aide familiale	20
3.5.3.	Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation	21
3.5.4.	Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue	22
3.5.5.	Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire	22
3.5.6.	Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale, vêtements adaptés	23
3.5.7.	Intervention complémentaire dans le cadre de reconnaissance du statut palliatif	23
3.6.	Mutuelle de la SNCB	23
3.6.1.	Transports médicaux pour un traitement oncologique	23
3.6.2.	Intervention financière dans le coût d'une aide-ménagère/aide familiale/garde-malade	24
3.6.3.	Possibilité de reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse dans le cadre d'une assurance hospitalisation	24
3.6.4.	Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue	25
3.6.5.	Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire	25
3.6.6.	Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale	25
4.	TRANSPORTS POUR UN TRAITEMENT ONCOLOGIQUE	26
4.1.	Intervention financière	26
	26	
5.	AIDES À DOMICILE	26
5.1.	Soins infirmiers à domicile	26
5.2.	Aide-ménagères	26
5.3.	Aides familiales	26
5.4.	Ergothérapeute	26
5.5.	Garde-malade	27
5.6.	Téléassistance	27
5.7.	Location de matériel médical	27
5.8.	Centres de coordination d'aides au domicile	27
5.8.1.	Quel est le rôle de la coordinatrice ?	27
5.8.2.	Quand se rend-elle chez vous ?	27
5.8.3.	Quel tarif ?	27
6.	CONGÉS THÉMATIQUES	28
6.1.	Congé pour assistance médicale	28
6.1.1.	Qu'est-ce que le congé pour assistance médicale	Erreur ! Signet non défini.
6.2.	Congé pour soins palliatifs	28
6.2.1.	Qu'est-ce que le congé pour soins palliatifs	Erreur ! Signet non défini.
7.	AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE	29
7.1.	Reconnaissance	29
7.2.	Quelles sont les conditions pour obtenir l'aide à la tierce personne ?	29
8.	PERTE D'AUTONOMIE ET STATUT HANDICAP	30
8.1.	AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité) anciennement « AWIPH »	30
8.2.	Allocations pour personnes handicapées : SPF Sécurité sociale	30
8.2.1.	Qu'est-ce que le SPF Sécurité Sociale ?	30
8.2.2.	Comment introduire la demande de reconnaissance de handicap ?	30

9. BÉNÉFICIAIRE DE L'INTERVENTION MAJORÉE (BIM)	32
10. DOSSIER MEDICAL GLOBAL (DMG)	32
11. MAXIMUM À FACTURER (MAF)	32
12. ASSOCIATIONS ET GROUPE D'ENTRAIDE	33
12.1. Comment trouver une association d'aide en Belgique ? Contactez « La LUSS »	33
12.2. Voici quelques associations avec lesquelles nous collaborons	33
13. LES SOINS PALLIATIFS	36
13.1. Forfait palliatif	36
13.1.1. À domicile	36
13.2. Equipe mobile de 2^{ème} ligne	36

1. ASSURANCE OBLIGATOIRE (AO) - ASSURANCE COMPLEMENTAIRE (AC) - ASSURANCE HOSPITALISATION

1.1. Assurance obligatoire (AO)

En Belgique, l'assurance obligatoire garantit les mêmes remboursements de base pour vos soins de santé (médicaments, médecin, consultation chez un spécialiste,...), ces montants sont préalablement fixés par l'INAMI et sont identiques dans toutes les mutualités. L'assurance obligatoire permet également de recevoir des indemnités en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Si vous n'avez pas les moyens financiers pour payer vos cotisations de mutuelle, il existe la CAAMI (caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité).

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. En l'absence de services d'assurance complémentaire, les membres affiliés à la CAAMI n'ont pas besoin de payer des cotisations en supplément.

1.2. Assurance complémentaire (AC)

En plus des remboursements prévus par l'assurance obligatoire, chaque mutuelle offre une série de remboursements supplémentaires dans différents domaines de la santé. Il est donc intéressant de s'adresser à sa mutuelle afin de connaître les avantages liés à son assurance complémentaire.

1.3. 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 votre contrat souscrit à l'assurance. En effet, 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.

2. STATUT MALADIE GRAVE et COUTEUSE

2.1. Demande de reconnaissance du statut maladie grave et coûteuse

Si vous avez une assurance hospitalisation, nous vous conseillons d'introduire une demande de reconnaissance de maladie grave via un formulaire généralement délivré par celle-ci. En effet, tous les cancers sont reconnus comme « maladies graves » qui peuvent entraîner des **coûts importants**. Pour ce faire, des indemnités plus larges (parfois même sans qu'il y ait de séjour à l'hôpital) pour les frais ambulatoires sont prévues.

 Certaines mutuelles refusent l'octroi du statut maladie grave lorsque le diagnostic est déjà posé.

2.1.1. 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. Pour ce faire, demandez à votre pharmacien une attestation BVAC « *Bijkomende Verzekering/Assurance Complémentaire* ».

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.

Nous vous invitons à contacter votre mutuelle ou assurance pour connaître les avantages liés à votre statut de maladie grave.

3. LES DIFFERENTES MUTUELLES

3.1. Mutualité Chrétienne

3.1.1. Transports pour un traitement oncologique

<i>Transport non urgent</i>	Voiture privée, taxi, société transport	Véhicule sanitaire léger (VSL) ou transport adapté	Transport en commun	Ambulance	Altéo
Assurance obligatoire (AO)	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km
Assurance complémentaire (AC)	Pas d'intervention	Pas d'intervention	Pas d'intervention	Pas d'intervention	Pas d'intervention
Plafond	/	/	/	/	/
Assurance hospitalisation de la mutuelle	Pas d'intervention				

Statut maladie grave	Intervention 0.15€/km ¹	Pas d'intervention
----------------------	------------------------------------	--------------------

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

Aide-ménagère : pas d'intervention.

Aide-familiale : pas d'intervention.

Garde-malade : une intervention de 250€ peut être accordée. Pour cela, il sera nécessaire de présenter la facture (+ vignette mutuelle) à la mutuelle.

3.1.3. Reconnaissance Maladie Grave et Coûteuse

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** (couverture en chambre commune ou à deux lits).

Grâce à :

- **l'Hospi solidaire**, vous bénéficiez d'une somme forfaitaire de 150€ suite à une hospitalisation ou un acte technique dans le cadre d'une maladie grave et coûteuse.
- **l'Hospi +**, vous bénéficiez d'une somme forfaitaire de 150€ + 100€ (forfait supplémentaire renouvelable chaque année).
- **l'Hospi +100 ou +200**, vous bénéficiez d'une somme forfaitaire de 150€ + 200€ (forfait supplémentaire renouvelable chaque année).

Ce droit est ouvert via l'envoi du formulaire « demande d'ouverture d'un dossier maladie grave ou coûteuse », uniquement après une hospitalisation. Ce droit peut être prolongé chaque année sur présentation d'un deuxième formulaire « demande de prolongation d'un dossier maladie grave ou coûteuse ».

 La prolongation n'est pas valable pour l'Hospi solidaire.

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

Il est demandé d'envoyer les frais médicaux et pharmaceutiques non pris en charge par l'INAMI, à la mutuelle chrétienne une seule fois par an via le formulaire « Maladie grave ou coûteuse : relevé annuel des dépenses ».

¹ Pour tout renseignement supplémentaire, veuillez contacter la mutualité chrétienne

Ce relevé est à remettre à la mutuelle à la mi-janvier de l'année qui suit l'année ayant donné lieu aux frais médicaux.

3.1.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue

Jusqu'à 20€ par séance avec un maximum de 360€/an

Conditions :

Intervention pour des séances psychologiques effectuées par un psychologue, agréé par la Commission des psychologues ou détenteur d'un visa et/ou d'un agrément délivré par le SPF Santé publique ou exerçant au sein d'une structure collective reconnue par la mutualité chrétienne.

3.1.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire

Convalescence

Conditions :

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

Dans le cas d'un traitement par chimiothérapie, la durée maximale du séjour et de l'intervention sont majorés **jusqu'à 90 jours.**

Voici les trois centres de convalescence agréés par la Mutualité chrétienne :

Domaine de Ter duinen	Domaine de Hoidonk	Spa Nivezée
Louisweg 46, 8620 Nieuwpoort Tél : 058/22.33.11 planning@terduinen.be	Langestraat 170, 2240 Zandhoven Tél : 03/320.28.11 herstel@hoidonk.be	Route du Tonnelet 76, 4900 Spa Tél : 087/79.00.00 Mail : info@niveze.be

Court séjour en maison de repos et de soins (MRS)

Vous avez également la possibilité de séjourner pour une période de maximum 3 mois en MRS et de bénéficier d'une intervention financière de la mutuelle.

Avantage répit

Dans le cadre de cet avantage, une intervention de 250€ pourra être accordée pour un séjour temporaire en MRS. Pour cela, il sera nécessaire de présenter la facture relative au séjour à la mutuelle.

Intervention de la Mutualité Chrétienne

En plus de l'avantage répit, la mutuelle peut intervenir à raison de 15€/jour pour une période de 10 jours minimum/an et 20 jours minimum/2 ans.

Cette intervention est possible à condition qu'il existe l'argumentation de démence grave, des pathologies psychologiques ou psychiatriques ou encore la nécessité d'un transfert dans un service adapté.

Pour plus d'informations, veuillez contacter le service social de la mutualité chrétienne : 071/54.84.28.

3.1.6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale

Prothèse capillaire

Assurance obligatoire (AO) :

- 180€ en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie antimétabolique et/ou une radiothérapie ;
- 270€ en cas de perte de cheveux avec cicatrices dues à une radiothérapie.

Assurance complémentaire (AC) :

- pas d'intervention.

Pour obtenir cette intervention, il est nécessaire de transmettre à votre mutualité une prescription rédigée par votre médecin traitant, médecin spécialiste ou dermatologue ainsi que la facture de la prothèse capillaire.

3.2. Mutualité Socialiste

3.2.1. Transports pour un traitement oncologique

<i>Transport non urgent</i>	Taxi, société transport	Voiture privée	Véhicule sanitaire léger (VSL)/ transport adapté	Ambulance	Transport en Commun (bus, train)	Service transport « CSD »
Assurance obligatoire (AO)	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	Titre de transport remboursé	↓ Le tiers payant s'applique directement sur la facture.
Assurance complémentaire (AC)	+ 0,50€ de 1 à 10 Km. 0,25€/km à partir du 11 ^{ème} km. Envoyer la facture à la mutuelle	Pas d'intervention	+ 15€ de 1 à 10 Km. 0,77€/km à partir du 11 ^{ème} km. Envoyer la facture à la mutuelle	+ 25€ de 1 à 10 Km. 1,30€/km à partir du 11 ^{ème} km.	/	
Assurance hospitalisation	Pas d'intervention					
Statut maladie grave	Pas d'intervention					

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

La mutuelle intervient à raison de 2€/heure dans les frais de garde « répit » à domicile pour les personnes en situation de handicap.

Conditions :

- 10 heures consécutives par prise en charge ;
- 3 jours et 2 nuits consécutives par prise en charge ;
- 720 € par année civile et par personne.
- Bénéficier d'une reconnaissance handicap à l'AVIQ ou Direction générale des personnes handicapées du SPF sécurité sociale.

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

Quels remboursements possibles dans le cadre d'une reconnaissance maladie grave ?

- ✓ Les frais de soins et traitements (soins de kinésithérapie, soins infirmiers, examens, logopédie, etc) ;
- ✓ Les visites et consultations chez les médecins généralistes et spécialistes ;
- ✓ Les examens médicaux et prises de sang ;
- ✓ Les médicaments en lien avec la maladie ;
- ✓ Les frais de nutrition entérale ;
- ✓ Les pansements et compresses.

Ils remboursent jusqu'à 10.000€/an et par assuré.

Ce qui n'est pas assuré :

- ✗ L'achat et la location de matériel ;
- ✗ Les soins et traitements sans intervention de l'assurance obligatoire ;
- ✗ Les produits homéopathiques, phytothérapeutiques, diététiques, hygiène, cosmétiques, etc ;
- ✗ Les produits parapharmaceutiques.

Pour plus d'informations, veuillez contacter le 0800/231 00.

3.2.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue

Intervention jusqu'à 240 €/an. Le remboursement est de 20€ par séance.

Conditions :

- Avoir un Dossier Médical Global (DMG) ;
- Etre en ordre de cotisations à l'Assurance Complémentaire ;
- Consulter l'un des psychologues reconnus par Solidararis.

3.2.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire

Convalescence

Conditions :

- Être en ordre de cotisations complémentaires ;
- Le séjour en convalescence doit être « urgent » c'est-à-dire que le patient souffre d'une pathologie aiguë ou d'une poussée aiguë d'une affection chronique ;
- La cure doit suivre immédiatement votre sortie de l'hôpital ;

- Intervention de 50€/jour avec un minimum de 7 jours et un maximum de 60 jours/an (soit jusqu'à 3.000€ par an) ;
- Cette cure de convalescence doit être suivie dans l'un des deux centres reconnus par la mutualité socialiste.

Voici les deux centres de convalescence reconnus par la Mutualité Socialiste :

<p>Les Heures Claires" à Spa Avenue Reine Astrid 131, 4900 Spa Tél : 087/77.41.61</p>	<p>"La Maison de Mariemont" Rue Général de Gaulle 68, 7140 Morlanwelz Tel : 064/887.111 *Acompte exigé à l'entrée.</p>
--	---

Court séjour MRS : Pas d'intervention.

3.2.6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale ou prêt de matériel

Prothèse capillaire

Assurance obligatoire (AO) :

- 180€ en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie ;
- 270€ en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie.

Assurance complémentaire (AC) :

- 90€/2 ans à condition d'être en ordre d'assurance complémentaire et DMG.

Solidaris assurance :

- L'assurance intervient à concurrence d'un montant maximum d'une fois l'intervention de l'Assurance Obligatoire.

Prêt de matériel

Les 3 premiers mois de location du matériel sont gratuits à condition d'être en ordre d'Assurance complémentaire.

3.3. Mutualité neutre

3.3.1. Transports pour un traitement oncologique

<i>Transport non urgent</i>	Taxi, société transport	Véhicule sanitaire léger (VSL) ou transport adapté	Ambulance	Transport en commun	Voiture privée
Assurance					

obligatoire (AO)	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km
Assurance complémentaire (AC)	+	+	+	+	+
	0.25€/km (un seul aller/retour est remboursable) MAX. 75€/jour	0.25€/km (un seul aller/retour est remboursable) MAX. 75€/jour	Remboursement de 20€ pour les 20 premiers km. À partir de 21km, remboursement de 1€/km	0.12€/km (un seul aller/retour est remboursable) MAX. 35€/jour	0.12€/km (un seul aller/retour est remboursable) MAX. 35€/jour
Assurance hospitalisation	Pas d'intervention				
Statut maladie grave et coûteuse.	0,15 € par km max. 125€/an uniquement dans le cadre de l'assurance Neutra +, Confort et Top				

En cas de traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie, l'intervention est limitée à 500 €/an après celle prévue par l'**assurance obligatoire**.

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

La Mutualité Neutre intervient dans les prestations d'une aide familiale, d'une aide-ménagère ou d'un garde-malade agréé. En effet, vous bénéficiez d'une intervention d'1€/heure prestée : maximum 4h/jour et 400 heures/an.

Le remboursement s'octroie sur base du formulaire disponible sur le site internet de la mutuelle ou sur base de la facture détaillée.

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

Assurance	Ouverture d'un dossier maladie grave	Quels remboursements possibles dans le cadre d'une reconnaissance maladie grave	Franchise en cas d'hospitalisation
Neutra Base	✗	✗	✗
Neutra Optimum	✗	✗	✗
Neutra +	✓	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frais pharmaceutiques reconnus par l'Assurance Maladie Invalidité (A.M.I.) remboursés à 100% ✓ Frais pharmaceutiques non reconnus par l'A.M.I. remboursés à 50% ✓ Honoraires et suppléments remboursés jusqu'à maximum 1 fois l'intervention de l'A.M.I. ✓ Location matériel sanitaire remboursée à 100% ✓ Transports en ambulance remboursés à 100% 	La franchise est fixée à 125 € par an et par personne et uniquement en cas de maladie grave
Neutra Confort	✓	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frais pharmaceutiques reconnus par l'A.M.I. remboursés à 100% ✓ Frais pharmaceutiques non reconnus par l'A.M.I. remboursés à 50% ✓ Honoraires et suppléments remboursés jusqu'à maximum 3 fois l'intervention de l'A.M.I. ✓ Location matériel sanitaire remboursée à 100% ✓ Transports en ambulance remboursés à 100% 	La franchise est fixée à 125 € par an et par personne et uniquement en cas de maladie grave
Neutra Top	✓	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frais pharmaceutiques reconnus par l'A.M.I. remboursés à 100% ✓ Frais pharmaceutiques non reconnus par l'A.M.I. remboursés à 100% ✓ Honoraires et suppléments remboursés à 100% ✓ Achat et location de matériel médical remboursés à 100% ✓ Transports en ambulance remboursés à 100% 	La franchise est fixée à 125 € par an et par personne et uniquement en cas de maladie grave

NB : Si un affilié doit être hospitalisé plus d'une fois au cours de la même année civile, la franchise ne sera appliquée qu'une seule fois.

3.3.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue

Assurance Complémentaire rembourse 15 € par séance (maximum 12 séances/an).

Le traitement doit être effectué par un licencié en psychologie.

3.3.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire

Convalescence

Conditions :

- Le séjour fait suite à une hospitalisation, une maladie grave ou à un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie ;
- Le séjour est justifié par un certificat médical ;
- Les établissements de type maisons de repos, maisons de repos et de soins et centres de convalescence doivent être agréés par l'INAMI ;
- Intervention de 20€/nuit avec un minimum de 7 nuits et un maximum de 28 nuits ;
- Remboursement aux assurés sur base d'une facture acquittée.

Voici les deux centres de convalescence agréés par la Mutualité Neutre:

Domaine Mont-des-Pins Mont des Pins 100, 6941 Durbuy (Bomal-sur-Ourthe) Tél : 086/21.21.36	Mont-Des-Dunes – MN Vacances Kinderlaan 47, 8670 Oostduinkerke Tél : 058/23.40.52
--	---

Court séjour en maisons de repos (MR) ou maisons de repos et de soins (MRS)

Intervention de 20€/nuit avec un minimum de 7 nuits et un maximum de 28 nuits dans n'importe quelles MR ou MRS à condition d'être agréées par l'INAMI.

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

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

Prothèse capillaire

Assurance obligatoire (AO) :

- 180€ en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie
- 270€ en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie.

Assurance complémentaire (AC) :

- 50€ à l'achat d'une prothèse capillaire pour les personnes qui suivent un traitement de chimiothérapie.

Assurance ambulatoire maladie grave :

Neutra + : maximum 1x l'intervention de l'AO c'est-à-dire maximum 180€

Neutra confort : maximum 3x l'intervention de l'AO c'est-à-dire maximum 540€

Neutra Top : maximum 4x l'intervention de l'AO c'est-à-dire maximum 720€

 **Remboursements valables 1x/2 ans.**

Prêt de matériel et vêtements adaptés

Par année civile, une intervention est octroyée aux affiliés à raison de :

- 40€ maximum en cas de location ou d'achat de matériel sanitaire et de réadaptation (liste limitative) ;
- 75€ maximum pour la location ou l'achat d'un lit médicalisé ;
- 75€ maximum en cas d'achat de vêtements adaptés pour les patients atteints d'un cancer.

Les remboursements sont octroyés sur base d'une pièce justificative d'achats et de locations.

3.3.7. Demande d'aide financière auprès du Fonds Social de la mutuelle neutre

Une demande d'aide financière peut être introduite auprès du service social de la mutuelle neutre. Les conditions sont d'avoir le statut BIM (VIPO) et d'être en ordre de cotisations. L'intervention est de maximum 500 € par dossier. L'intervention annuelle est de maximum 1.000 € par an.

Pour plus d'informations, veuillez contacter le service social de la mutualité neutre au 071/20 52 11.

3.4. Mutuelle libérale Hainaut-Namur

3.4.1. Transport pour un traitement oncologique

<i>Transport non urgent</i>	Taxi, société transport	Véhicule sanitaire léger (VSL) ou transport adapté	Ambulance	Transport en commun	Voiture privée	COSEDI
Assurance obligatoire (AO)	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km
Assurance complémentaire (AC)	Pas d'intervention	Pas d'intervention	Pas d'intervention	Pas d'intervention	Pas d'intervention	Pas d'intervention
Assurance hospitalisation	Pas d'intervention					
Statut maladie grave et coûteuse.	Intervention dans le cadre de la maladie grave et coûteuse					

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

Aide-ménagère : l'intervention est fixée à maximum 0,75€ de l'heure avec un plafond annuel de 400 heures

Aide familiale : l'intervention est fixée à maximum 1€ de l'heure avec un plafond annuel de 400 heures.

Garde-malade : pas d'intervention.

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

Dans le cadre de l'assurance complémentaire

Reconnaissance d'une maladie grave et coûteuse via l'assurance complémentaire. Intervention annuelle de 248€ octroyée aux bénéficiaires, quel que soit l'âge, atteints 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 ?

Le formulaire « Maladies graves - infirmité motrice cérébrale - maladie métabolique rare » doit être complété par le médecin spécialiste et envoyé par courrier au médecin conseil de la mutuelle. Cette demande doit être renouvelée chaque année.

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).

3.4.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue

20€/séance chez un psychologue ou un psychothérapeute, avec un maximum de 6 séances par année civile.

3.4.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire

Convalescence

Liberty à Blankenberge.

Intervention qui varie de 14€ par nuitée et jusqu'à 30 nuitées par an.

Court séjour en MRS

Une intervention de 7€/nuitée avec un maximum de 30 nuitées.

Pour plus d'informations, veuillez contacter le service social de votre mutuelle au **064/23.61.90**.

3.4.6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale

Prothèse capillaire

Assurance obligatoire

- 180€ en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie ;
- 270€ euros en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie.

Assurance complémentaire :

- intervient de manière supplémentaire à l'assurance obligatoire à raison de 50% sur la somme restante avec un plafond de 100€.

3.4.7. Reconnaissance aidant proche

Si vous apportez un soutien, une aide physique ou matérielle à une personne en perte d'autonomie et/ou dépendante, vous êtes un aidant proche. Depuis le 1^{er} septembre 2020, vous pouvez introduire une demande de reconnaissance d'aidant proche auprès du service social de la mutuelle.

Contactez le service social de votre mutuelle au **064/23.61.90**, celui-ci vous transmettra le formulaire «déclaration sur l'honneur».



Cette reconnaissance ne donne droit à aucune rémunération.

3.5. PARTENAMUT

3.5.1. Transports pour un traitement oncologique

<i>Transport non urgent</i>	Taxi, société transport/patient assistance	Véhicule sanitaire léger (VSL) ou transport adapté	Ambulance	Transport en commun	Voiture privée
Assurance obligatoire (AO)	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	remboursement intégral. (Remboursement du ticket de transport).	0,32€/km
Assurance complémentaire (AC)	+ Intervention à 100% de la quote-part restante à charge du patient. Plafond de 250€/mois.	+ Intervention à 100% de la quote-part restante à charge du patient. Plafond de 250€/mois.	+ Intervention à 100% de la quote-part restante à charge du patient. Plafond de 250€/mois.		Pas d'intervention
Assurance hospitalisation	Pas d'intervention				
Statut maladie grave et coûteuse.					

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

Aide-ménagère ou familiale

Aide familiale/ménagère pour raison médicale ou sociale

Pour les personnes ayant la reconnaissance BIM (anciennement VIPO), l'assurance complémentaire intervient à raison de 0,75€/heure avec un maximum de 1.000 heures/année civile. Pour cela, il est nécessaire d'introduire vos factures ainsi qu'une demande d'intervention Partenamut (document type).

En cas de traitement oncologique de longue durée

En ce qui concerne les personnes suivies en chimiothérapie/radiothérapie/immunothérapie, l'intervention de l'assurance complémentaire est de 5€ par intervention d'un titre-service, aide-ménagère ou aide familiale avec un maximum de 300€/an. **Pour bénéficier de l'intervention, la demande doit avoir eu lieu au plus tard trois mois après la date de début du traitement ou de la reconnaissance.**

Aide familiale/ménagère pour aidants proches

Tout affilié chez Partenamut reconnu en tant qu'aidant proche a droit à une intervention pour les prestations d'une aide familiale ou ménagère. L'intervention de l'assurance complémentaire est de 5€ par intervention d'un titre-service, aide-ménagère ou aide familiale avec un maximum de 350€/an.

→ Comment introduire la demande de statut « 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).

Ce statut permet de bénéficier de remboursements complémentaires pendant un an :

- ✓ Jusqu'à 350€/an pour l'aide-ménagère ou familiale ;
- ✓ Jusqu'à 320€/an pour vos visites chez un psychologue ;
- ✓ Jusqu'à 1000€/an pour un garde à domicile ;
- ✓ Jusqu'à 980€/an pour un séjour de convalescence. Une intervention de maximum 35€/jour pour 28 jours/an dans les frais de séjour ;
- ✓ Et plus encore...



L'aidant proche doit être affilié à Partenamut ainsi qu'être en ordre d'assurance complémentaire.

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

Pour obtenir la couverture de la Garantie Maladies Graves

1. Envoyer la demande d'octroi de la Garantie Maladies Graves complétée à Partenamut.
2. Celle-ci doit être accompagnée d'un certificat médical spécifiant le diagnostic confirmé par des examens.
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.

	Quels remboursements possibles dans le cadre d'une reconnaissance maladie grave ?
--	--

L'assurance hospitalia / Hospitalia Plus	<p>Dans le cadre de l'option maladie grave et coûteuse, vous avez droit à un plafond supplémentaire de 7.000€/an :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tickets modérateurs et suppléments d'honoraires jusqu'à 100% du tarif légal ; ✓ Tickets modérateurs pour les médicaments ; ✓ Location de matériel médical ; ✓ Remboursement d'une perruque (s'il y a eu une intervention de l'assurance maladie obligatoire).
--	---

3.5.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue

Le remboursement est de **20 €/séance** avec un maximum de **16 séances/an**.

→ Pour les personnes souffrant d'une pathologie lourde ou chronique, **3 séances supplémentaires** en psychologie.

3.5.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire

Convalescence

Intervention de 35€/jour pour 28 jours/an. Intervention jusqu'à 980€/an.

- ✓ **L'assurance Hospitalia Plus** intervient à hauteur de 15 €/jour avec un maximum de 15jours/an en plus de l'avantage Partena.
- ✓ **L'assurance Hospitalia** intervient à hauteur de 7.50€/jour avec un maximum de 15jours/an en plus de l'avantage Partena.

Veillez contacter le service convalescence de la mutualité Partena afin de connaître les 32 centres agréés :

Tél : 02/549.76.70 ou par mail : convalescence@partenamut.be

Conditions :

- Etre en ordre de cotisations ;
- Etre dépendant pour ses actes quotidiens et avoir besoin de soins. Perdre temporairement ou définitivement son autonomie suite à une hospitalisation, un traitement lourd ;
- 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 ;
- Limite : Maximum 14 jours/année civile (prolongation possible jusqu'à 28 jours maximum si hospitalisation, traitement lourd ou dialyse ;

- Pas de condition d'âge.

Court-séjour en maison de repos

Intervention de 30€/jour pour 14 jours/an. Intervention jusqu'à 420€/an.

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).

3.5.6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale, vêtements adaptés

Prothèse capillaire

Assurance obligatoire

- 180€ en cas de perte de cheveux consécutive à une chimiothérapie ou à une radiothérapie ou 270€ en cas de perte permanente des cheveux causée par une radiothérapie.

Assurance complémentaire

- Remboursement égal à la somme reprise par l'assurance obligatoire.

Achat de vêtements adaptés

Assurance Obligatoire : Pas d'intervention.

Assurance complémentaire : Intervention de 75€/an.

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

Un patient reconnu en soins palliatifs à domicile bénéficie d'une intervention forfaitaire de **150 € renouvelable 1 fois**. L'intervention est automatiquement versée sur votre compte.

3.6. Mutuelle de la SNCB

3.6.1. Transports médicaux pour un traitement oncologique

<i>Transport non urgent</i>	Taxi, société transport	Véhicule sanitaire léger (VSL) ou transport adapté	Ambulance	Transport en commun	Voiture privée
Assurance					

obligatoire (AO)	0,32€/km	0,32€/km	0,32€/km	0.32€/km	0,32€/km
<p>En plus de l'assurance obligatoire : depuis le 1^{er} janvier 2020, pour bénéficier de l'intervention pour un transport non urgent en ambulance, taxi ou véhicule sanitaire, vous devez impérativement prendre contact avec Mutas et introduire la demande minimum 15 jours à l'avance en téléphonant au 078/15.65.65. MUTAS vous aidera à choisir le moyen de transport le plus approprié (ambulance, taxi ou véhicule sanitaire). Dans le cas où un patient a besoin d'un transport pour se rendre en chimiothérapie/radiothérapie/ immunothérapie ou autre déplacement en lien avec la maladie (sortie d'hospitalisation également) alors prise en charge totale du coût des trajets.</p>					

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

Aide-ménagère et aide familiale

- 1,50€/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.
- Pour bénéficier de l'intervention de la mutuelle pour les aides familiales, il est nécessaire d'envoyer directement la facture à la mutuelle. En ce qui concerne les aides ménagères, il faut envoyer le relevé des prestations.

Garde-malade

- 2 €/heure, maximum 8h/jour ou par nuit avec un maximum de 120 jours/an.
- Conditions : il doit s'agir d'un service de garde-malade agréé.

Matériel médicalisé

Intervention de la mutuelle dans le cadre d'un achat ou d'une location.

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

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 document spécifique de la mutuelle 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

Ou par mail : hr-rail@axa-assistance.com

3.6.4. Intervention financière dans le coût des séances chez un psychologue

20€ par séance avec un maximum de 15 séances par année civile (le psychologue doit être reconnu par la commission des psychologues).

3.6.5. Intervention en centres de convalescence/maisons de repos et de soins si en ordre d'assurance complémentaire

Convalescence

La mutuelle intervient à raison de 25€/jour avec un maximum de 30 jours par année civile (pas de nombre de jours minimum), peu importe le centre de convalescence en Belgique.

Conditions :

- Le séjour fait suite à une hospitalisation, une maladie grave ;
- Réintégrer le domicile à la fin du séjour ;
- Convalescence située sur le territoire belge ou frontière le cas échéant.

Court séjour

La mutuelle intervient à raison de 10€/jour avec un maximum de 60 jours par année civile (pas de nombre de jours minimum) sur base de la facture transmise à la mutuelle après accord.

Conditions :

- Réintégrer le domicile à la fin du séjour ;
- Avoir minimum 70 ans ;
- Séjour de maximum 3 mois.

3.6.6. Intervention financière dans le coût d'une perruque médicale

Assurance obligatoire

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

4. TRANSPORTS POUR UN TRAITEMENT ONCOLOGIQUE



4.1. Intervention financière

Dans le cadre de l'assurance obligatoire, un remboursement de 0,32/km vous est octroyé pour le trajet de votre domicile jusqu'à l'hôpital et inversement.

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 mutuelles et assurances hospitalisation interviennent de manière complémentaire.



5. AIDES À DOMICILE

5.1. Soins infirmiers à domicile

Il y a des infirmier(e)s au sein des services d'aides à domicile des mutuelles, au sein de certains CPAS et des indépendants. Les soins infirmiers peuvent être mis en place très rapidement.

5.2. Aide-ménagères

L'aide-ménagère prend en charge l'entretien de votre domicile, de votre linge, de vos châssis, etc.

5.3. Aides familiales

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

Il y a des aides familiales au sein des services d'aides aux familles de la plupart des CPAS et des mutuelles.

5.4. 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. Il/elle peut vous conseiller pour l'aménagement de votre domicile (par exemple : un monte-escalier) et vous orienter vers des firmes compétentes.

5.5. Garde-malade

Le garde-malade vous accompagne en assurant une présence et une surveillance en continu c'est-à-dire de jour comme de nuit. Cette personne seconde votre entourage et s'adapte à votre situation.

5.6. Téléoassistance

Une téléoassistance est un système qui vous permet de signaler un problème. En effet, en cas de chute ou de malaise, vous pouvez contacter une plateforme téléphonique joignable 24h/24 - 7 j/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.

5.7. Location de matériel médical

Certaines mutuelles/bandagisteries mettent à votre disposition la location et/ou la vente de matériel médical pouvant améliorer votre mobilité, votre hygiène ou votre bien-être : chaises percées, tribunes, chaises roulantes, lits électriques, ...

5.8. Centres de coordination d'aides au domicile

5.8.1. Quel est le rôle de la coordinatrice ?

- Préparer le retour à domicile après une hospitalisation, un séjour en maison de repos, en centre de réhabilitation ;
- 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.

5.8.2. Quand se rend-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.

5.8.3. Quel tarif ?

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

6. CONGÉS THÉMATIQUES

6.1. Congé pour assistance médicale

Il s'agit d'une forme spécifique d'interruption de carrière complète ou partielle (mi-temps ou réduction à 4/5^{ème}) 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 (jusqu'au 2^{ème} degré) qui souffre d'une maladie grave.

Durant cette interruption d'une durée d'un à 3 mois avec une possibilité de prolongation, vous pouvez obtenir des allocations d'interruption payées par l'ONEM.

6.2. Congé pour soins palliatifs

Il s'agit d'une forme spécifique d'interruption de carrière complète ou partielle (mi-temps ou réduction à 4/5^e) vous permettant de suspendre ou de réduire temporairement vos prestations pour assister une personne souffrant d'une maladie incurable et très avancée.

Durant cette interruption d'une durée de 1 à 3 mois, vous pouvez obtenir des allocations d'interruption payées par l'ONEM.

Pour tout renseignement, veuillez prendre contact avec l'ONEM joignable au 02/515.44.44.

7. AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE

7.1. Reconnaissance

Si vous êtes en incapacité de travail et que votre état de santé nécessite le besoin d'une assistance pour accomplir certains actes de la vie quotidienne, il est possible de bénéficier d'un complément financier aux indemnités d'incapacité de travail. Cette allocation est l'aide à la tierce personne.

Comment introduire la demande ?

La reconnaissance passe par le médecin-conseil de votre mutuelle. Ce dernier va évaluer le besoin en fonction de votre perte d'autonomie dans certaines activités de la vie quotidienne.

7.2. Quelles sont les conditions pour obtenir l'aide à la tierce personne ?

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

- à partir du 1^{er} jour du 4^{ème} mois d'incapacité de travail, pour une durée de minimum 3 mois (renouvelable avant l'expiration).
- Le médecin-conseil évaluera votre degré de dépendance pour des activités de la vie quotidienne. Un score de minimum 11 points sur un total de 18 points vous donne droit à une **intervention forfaitaire**.
- L'aide ne peut pas être octroyée aux patients qui sont en maison de repos (MR), en maison de repos et de soins (MRS), en centre de convalescence ou à l'hôpital.

8. PERTE D'AUTONOMIE ET STATUT HANDICAP

8.1. AVIQ (Agence pour une Vie de Qualité) anciennement « AWIPH »

L'AVIQ est le service compétent pour les personnes en situation de handicap, voici quelques-unes de leurs missions :

- La sensibilisation et l'information en matière de handicap ;
- Demande d'intervention en matière d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement ;
- Demande d'intervention en matière de formation et d'emploi ;
- Demande d'intervention en matière d'aide individuelle.

Intervention financière dans l'aménagement du domicile. *Par exemple : aménagement de la salle de bain, cuisine, monte-escaliers et petit matériel, etc.*

Condition pour toutes les demandes :

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

Cependant, un changement a eu lieu au niveau de l'accès aux aides matérielles individuelles pour les personnes en situation de handicap, âgées de plus de 65 ans, qui n'auraient pas fait appel à l'Agence antérieurement.

Dorénavant, si la pathologie qui engendre le handicap est diagnostiquée avant 65 ans, il est possible d'introduire une demande auprès de l'AVIQ **après** 65 ans (sous réserve de preuves médicales et d'acceptation).

8.2. Allocations pour personnes handicapées : SPF Sécurité sociale

8.2.1. 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 état de dépendance, 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 administrative et financière.

8.2.2. Comment introduire la demande de reconnaissance de handicap ?

Introduisez-vous-même une demande sur « My Handicap » en vous connectant avec votre carte d'identité électronique (eID) et votre code pin.

Ou

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.

/!\ Depuis le 1^{er} janvier 2021, le SPF sécurité sociale n'est plus compétent pour les personnes âgées de + de 65 ans. Cette compétence ressort de l'AVIQ.

Pour ce faire, vous pouvez bénéficier d'une assistance dans l'introduction de la demande « Aide à la Personne Agée » (APA) par le service social de votre mutuelle ou le CPAS de votre commune.

9. BÉNÉFICIAIRE DE L'INTERVENTION MAJORÉE (BIM)

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/..1, cela veut dire que vous avez le statut BIM 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 BIM 'avantage' est accordé automatiquement**
- **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.

10. DOSSIER MEDICAL GLOBAL (DMG)

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.

11. MAXIMUM À FACTURER (MAF)

Le MAF 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 un montant maximum au cours de l'année, votre mutualité rembourse intégralement les frais qui viendraient encore s'ajouter.

12. ASSOCIATIONS ET GROUPE D'ENTRAIDE

12.1. Comment trouver une association d'aide en Belgique ?



« La LUSS »

De nombreuses associations de patients organisent des groupes de parole 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 associations actives en Belgique.

Voici leurs coordonnées

Téléphone : 081/74.44.28

Mail : luss@luss.be

12.2. Voici quelques associations avec lesquelles nous collaborons



Une demande d'aide financière peut être introduite auprès de la Fondation contre le cancer via le service social de votre hôpital, mutuelle ou CPAS.

Veuillez prendre contact avec le service social pour connaître les conditions d'octroi afin de prétendre à cette aide.



De nombreuses patientes atteintes d'un cancer du sein perdent leurs cheveux au cours de leur traitement. Grâce au Fonds Coupe d'Éclat, Think-Pink peut intervenir partiellement dans les frais liés à l'achat d'une prothèse capillaire ou d'un bonnet.

Veuillez contacter le service social de l'hôpital pour connaître les conditions d'octroi.



Des médecins, psychologues, assistants sociaux et infirmiers spécialisés en oncologie vous accompagnent et répondent à vos questions liées au cancer en toute confidentialité.

Téléphone : 0800/15.801.

Tous les jours ouvrables de 9h à 18h



« 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.

GSM : 0493/55.73.30



AS.B.L Aides aux malades du cancer du Centre

Toute personne atteinte d'un cancer et habitant dans la région du Centre peut prétendre à une aide financière de l'ASBL « aides aux malades du cancer de la région du Centre » si elle répond aux conditions fixées par celle-ci.

Pour plus de renseignements, veuillez contacter le service social de l'hôpital.



« Cancer 7000 » est une ASBL qui organise des « cafés-cancer » sur la région de Mons, Soignies et Écaussinnes. Elle organise également des séances d'informations, des ateliers autour de la maladie.

Coordonnées :

Téléphone : 065/87.55.54

GSM : 0497/78.44.55

Mail : Cancer7000asbl@gmail.com



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 :

Téléphone : 02/649.41.68

Mail : vivrecommeavant@skynet.be



ASSOCIATION POUR LE DROIT DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ

Cette association a pour but de :

- 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.
- ...

Coordonnées :

Téléphone : 02/502.04.85

Mail : info@admd.be

13. LES 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 est incurable. 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.

13.1. Forfait palliatif

La demande s'effectue via un formulaire à faire compléter par le médecin traitant et à renvoyer aussi rapidement que possible au médecin-conseil de la mutuelle du patient. Les aides financières ne seront effectives qu'une fois le formulaire reçu et traité à la mutuelle.

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

13.1.1. À domicile

Au domicile, le patient palliatif bénéficie du **forfait palliatif**, soit :

- d'une part, une allocation de **755.52€** (au 01/01/2023) 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, les soins infirmiers, les prestations de kinésithérapie et l'oxygénothérapie.

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.

13.2. Equipe mobile de 2^{ème} ligne

Les plateformes de soins palliatifs sont composées d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée en soins palliatifs (infirmiers référents, psychologue, ...). 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'infirmier référent de la plateforme palliative qui se rend au domicile, contacte le médecin traitant et l'infirmière de première ligne (l'infirmière qui vient tous les jours à 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.

Pour des informations complémentaires

Pour le site de Jolimont

Madame Di Sciacca Melissa – 064/23.40.20 - melissa.disciacca@jolimont.be

Madame Denorme Perrine – 064/23.40.29 – perrine.denorme@jolimont.be

Pour le site de Lobbes

Madame Roland Charlotte – 071/59.73.51 – charlotte.roland@jolimont.be

Pour le site de Nivelles

067/88.54.34 – servicesocial.nivelles@jolimont.be