

Soins de santé

Mutuelle – Assurance complémentaire

De quoi s'agit-il ?

L'assurance complémentaire est obligatoire auprès de votre mutualité. Elle vient compléter l'assurance de base et comprend un ensemble de services et avantages divers tels que :

- des interventions pour le transport en ambulance ;
- des interventions pour les classes vertes ou les stages sportifs ;
- des interventions pour les frais d'orthodontie, de logopédie, les soins homéopathiques ;
- des interventions pour l'achat de lunettes ;
- le prêt de matériel ;
- des primes de naissance, de mariage, etc...

Qui peut en bénéficier ?

Cette assurance est accessible à tous les membres en ordre de cotisation.

Où s'adresser ?

Auprès de sa mutualité.



Statut BIM

(Bénéficiaire de l'Intervention Majorée)

De quoi s'agit-il ?

Il s'agit d'une mesure de protection qui accorde un droit au tarif préférentiel pour les soins médicaux aux assurés issus de ménages à faibles revenus.

Le statut BIM donne droit à un meilleur remboursement des consultations médicales et paramédicales, médicaments, frais d'hospitalisation..., mais aussi à d'autres avantages (transports, taxes...), la gratuité des crèches conventionnées par l'ONE.

Qui peut en bénéficier ?

Il y a deux sortes de "BIM" :

1/ Le BIM "avantage" est accordé automatiquement aux bénéficiaires d'un avantage social : à savoir le revenu d'intégration ou une aide équivalente du CPAS (pendant 3 mois complets et consécutifs) , le revenu garanti aux personnes âgées (GRAPA), l'allocation en tant que personne handicapée octroyée par le SPF Sécurité Sociale, l'allocation d'aide aux personnes âgées par la Région wallonne, mais aussi pour un enfant souffrant d'un handicap physique ou mental d'au moins 66%, les mineurs étrangers non accompagnés (MENA), ou les titulaires orphelins (de père et de mère) de moins de 25 ans.

2/ Le BIM "revenus" est octroyé aux bas revenus, après examen des revenus de votre ménage et sous certaines conditions :

Soit vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- pensionné.e ;
- en invalidité ;
- reconnu.e comme personne porteuse de handicap ;
- veuf/veuve (non remarié.e, sans cohabitation légale) ;
- en chômage contrôlé et/ou en incapacité de travail depuis 3 mois ou plus ;
- indépendant qui, à la date de la demande (et au moins 1 trimestre complet avant la demande), bénéficie du droit passerelle ;
- famille monoparentale (vous vivez seul.e avec des enfants à votre charge au moins 2 jours par semaine) ;
- militaire relevé de ses fonctions depuis au moins 3 mois pour des raisons de santé ou fonctionnaire en indisponibilité depuis au moins 3 mois (Source INAMI) ;

ET

- votre ménage a un revenu de moins de **28.100,75 €** (+ **5.202,22 €** par personne en plus dans le ménage BIM) (montant annuel brut imposable en 2024).

Soit votre ménage a un revenu de moins de **27.370,91 €** (+ **5.067,11 €** par personne en plus dans le ménage BIM) (montant annuel brut imposable en 2024).

Attention, **il faut en faire la demande.**

Où s'adresser ?

Le statut BIM peut être demandé auprès de votre mutuelle.

Vous recevrez une déclaration sur l'honneur que vous devrez remplir ainsi que tous les membres de votre ménage.

Vous devez joindre les preuves de vos revenus à cette déclaration, c'est-à-dire l'avertissement-extrait de rôle le plus récent en votre possession auquel vous devez joindre les preuves relatives aux revenus de votre ménage durant l'année précédant la demande.

Lien utile : <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx>

MAF (Maximum à Facturer)

De quoi s'agit-il ?

Le MAF est un système qui limite les dépenses de soins de santé de votre ménage. Il garantit à chaque famille qu'elle ne devra pas dépenser plus qu'un montant déterminé (plafond) pour ses soins de santé. Si les frais médicaux (du ménage) qui restent à votre charge, après l'intervention de la mutuelle, atteignent ce montant maximum au cours de l'année, vous êtes entièrement remboursé du reste des frais médicaux déjà payés.

Qui peut en bénéficier ?

Il existe 4 types de MAF :

- **Le MAF revenus**

Il s'agit du maximum à facturer en fonction du revenu du ménage. Le ticket modérateur (quote-part personnelle) supérieur à un plafond déterminé est entièrement remboursé. Ce plafond dépend du revenu net imposable du ménage : plus les revenus sont élevés, plus le plafond à appliquer sera élevé.

Voici un aperçu des tranches de revenus et des plafonds de tickets modérateurs par ménage au 1er janvier 2025 :

Revenus nets annuels imposables du ménage	Plafond de tickets modérateurs annuel
de 0,00 à 13.079,37 €	260,10 €
de 13.079,38 à 23.399,42 €	527,27 €
de 23.399,43 à 35.972,23 €	761,61 €
de 35.972,24 à 48.545,09 €	1.171,70 €
de 48.545,10 à 60.594,06 €	1.640,38 €
dès 60.594,07 €	2.109,06 €

- **Le MAF social**

Si vous avez droit à l'intervention majorée, vous avez en principe droit au MAF social.

Pour ce type de MAF, le plafond est fixe. Le plafond total du ménage qui bénéficie de l'intervention majorée est de **527,27 €**.

- **Le MAF pour les malades chroniques**

Le plafond total est **diminué de 117,17 €**. Cette diminution s'applique au MAF revenus, social et pour les moins de 19 ans si le total des frais à charge (ticket modérateur) au cours des 2 années précédentes est de 516,92 € ou si un membre du ménage bénéficie du "statut affection chronique" durant l'année.

- **Les Moins de 19 ans**

Une protection supplémentaire est prévue pour vos enfants de moins de 19 ans.

Pour ce type de MAF, le plafond est fixe. Pour votre enfant (individuellement), il est de **761,61 €**, quels que soient les revenus de votre ménage.

Où s'adresser ?

Vous pouvez vous adresser à votre mutualité ou à la Direction juridique et accessibilité du Service soins de santé de l'INAMI.

Lien utile : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/maximum-a-factorer-maf>

Intervention médico-pharmaceutique

Le CPAS peut intervenir dans les frais médicaux et pharmaceutiques d'une personne qui éprouve des difficultés à y faire face. Ces interventions non-automatiques sont octroyées au cas par cas, sur base d'une enquête sociale, et les pratiques peuvent différer d'un CPAS à l'autre.

De quoi s'agit-il ?

L'aide médicale du CPAS peut prendre plusieurs formes, notamment :

- **la carte médicale** : le CPAS vous octroie cette carte pour une durée déterminée et pour un type précis de prestations. La carte médicale mentionne le médecin généraliste et parfois aussi le kinésithérapeute et l'hôpital. La carte pharmaceutique mentionne le nom du pharmacien. Le titulaire de la carte médicale ne doit plus demander l'autorisation du CPAS pour toutes les prestations et médicaments. Le CPAS paie la plus grande partie de la facture.
- **le réquisitoire** : il s'agit d'un moyen de paiement octroyé par le CPAS qui vous permet d'obtenir des soins gratuitement. Dans le même temps, le prestataire de soins a la garantie que le CPAS règlera la facture. Ainsi, le réquisitoire vous permet d'être hospitalisé ou de bénéficier de consultations gratuites dans certains hôpitaux.
- la régularisation de **l'affiliation à une mutualité**.

- **le remboursement de médicaments** : certains médicaments peuvent être remboursés en partie s'ils sont prescrits par un médecin agréé ou s'ils sont achetés dans une pharmacie habilitée.

- **l'aide médicale urgente** : c'est une aide médicale sous la forme d'une intervention financière du CPAS dans les frais médicaux d'une personne en séjour illégal (qui n'a pas de ressources suffisantes pour payer ses soins de santé).

Qui peut en bénéficier ?

Après analyse de la situation de la personne, une décision est prise par le CPAS.

Où s'adresser ?

Au CPAS de sa commune.

