

À Mesdames les présidentes et
Messieurs les présidents des centres
publics d'action sociale

nos références	date
OB/MED/acl/2006.1	09/01/2006

Objet: Remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995

Madame la présidente,
Monsieur le président,

Les règles générales de remboursement des frais médicaux figurent dans le document "Pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'AM du 30/01/1995". Ce document peut être consulté sur notre site web www.mi-is.be, dans la rubrique: Intégration sociale via les CPAS; Droit à l'aide sociale; Aide médicale (urgente).

La présente circulaire vise à préciser certaines dispositions existantes ainsi que certaines nouvelles dispositions en matière de remboursement des frais médicaux.

1. Loi-programme décembre 2005: modification art. 11, § 1.2° de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale.

La modification légale rentre en vigueur 10 jours après la publication au Moniteur Belge, soit le 9 janvier 2006.

L'article 11, § 1^{er}, 2° de la loi du 2 avril 1965 est remplacé par: « Les frais visés à l'article 4 ne sont remboursables qu'à concurrence du prix qui est remboursé par l'assurance maladie-invalidité des autres prestations de santé. Toutefois, lorsqu'il s'agit de frais de traitement occasionnés dans le cadre d'une hospitalisation ou lorsqu'il s'agit de frais de traitement exposés pour des personnes qui disposent de ressources inférieures au montant du revenu d'intégration, ceux-ci sont remboursables à concurrence du prix qui sert de base au remboursement par l'assurance maladie-invalidité. ».

Cette modification légale vise à responsabiliser les patients qui demandent aux CPAS une intervention pour des prestations médicales ainsi qu'à remédier à une inégalité de traitement entre les bénéficiaires de l'aide sociale et les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale.

Suite à cette modification, le ticket modérateur ne peut plus être à charge de l'Etat, excepté lorsqu'il s'agit de frais de traitement dans le cadre d'une hospitalisation ou lorsqu'il s'agit de frais de traitement pour des personnes qui disposent de revenus inférieurs au montant du revenu d'intégration.

Pour les personnes dont les revenus sont inférieurs à l'équivalent du revenu d'intégration (par exemple les illégaux et les personnes dans une ILA dont la demande n'est pas recevable¹), le remboursement des honoraires légaux peut donc encore être demandé (tarif remboursable par l'INAMI +ticket modérateur) pour les prestations remboursables par l'Etat. Pour les hospitalisations également, les mêmes règles que celles applicables avant la modification légale restent en vigueur.

Pour les réfugiés reconnus, pour les demandeurs d'asile dont la demande a été déclarée recevable qui perçoivent une aide financière égale ou supérieure au revenu d'intégration et pour les personnes inscrites au registre des étrangers qui ont une autorisation de séjour de plus de trois mois, le CPAS ne peut plus récupérer le montant du ticket modérateur auprès de l'Etat lorsque ces personnes sont en ordre auprès de la mutualité.

Pour les personnes qui disposent de ressources égales ou supérieures au montant du revenu d'intégration et qui ne peuvent pas être en ordre avec la mutualité, les frais de traitements dispensés en dehors d'un établissement de soins et les frais de traitements ambulatoires sont remboursés par l'Etat au tarif VIPO (= intervention majorée).

Afin de trouver le tarif VIPO, il est nécessaire de rechercher les numéros de la nomenclature au moyen du lien <http://www.riziv.fgov.be/insurer/fr/rate/index.htm>. Le montant dans la colonne "Honoraires" est le montant qui peut être récupéré pour une personne qui n'est pas affiliée à la mutualité et qui ne bénéficie pas d'une aide financière. Le montant dans la colonne "Intervention de l'assurance bénéficiaires AVEC tarif préférentiel" est le montant qui peut être récupéré pour une personne qui n'est pas affiliée à la mutualité et qui bénéficie d'une aide financière, à savoir le tarif appelé VIPO.

Afin de trouver le tarif VIPO des médicaments, vous pouvez consulter le site web de l'INAMI <http://www.riziv.be/drug/fr/drugs/medicalproducts/index.asp>. Vous trouverez la liste des médicaments remboursables avec leurs prix et bases de remboursement applicables. Les médicaments qui ne se trouvent pas sur la liste, ne peuvent pas être remboursés par l'Etat. Le montant dans la colonne I est le montant du ticket modérateur pour les personnes avec affiliation avec intervention majorée. Le montant dans la colonne II est le montant du ticket modérateur pour les personnes avec affiliation avec intervention normal. Afin de connaître le montant que le CPAS peut demander à l'Etat, le CPAS doit soustraire le ticket modérateur du prix public.

¹ Les personnes dans une ILA dont la demande est recevable peuvent être affiliées à une mutualité. Seul le remboursement du ticket modérateur peut alors encore être demandé au SPP IS.

2. Affiliation à une mutualité

Qui peut être inscrit à une mutuelle ?

Les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques sont considérées comme bénéficiaires de prestations de santé et sont inscrites auprès de la mutualité. Toutefois, les personnes citées ci-après peuvent également être inscrites auprès de la mutualité.

- a) les étrangers admis de plein droit ou autorisés à séjourner pendant plus de trois mois dans le Royaume (inscrits au registre des étrangers);
- b) les étrangers autorisés à séjourner pour une durée indéterminée (inscrits au registre des étrangers) ou établis dans le Royaume (inscrits au registre de la population);
- c) les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable par l'Office des étrangers ou le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (inscrits au registre d'attente).

Quelle est l'incidence de l'affiliation sur le remboursement de l'Etat ?

Selon l'article 60, § 5, de la loi organique du 08/07/1976, si la personne aidée n'est pas assurée contre la maladie et l'invalidité, le CPAS doit l'affilier à l'organisme assureur choisi par elle, et, à défaut de ce choix, à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Il s'agit donc d'une obligation légale d'affilier à une mutualité, si possible, les candidats réfugiés dont la demande est recevable et les personnes autorisées à séjourner pendant plus de trois mois ou pour une durée indéterminée. Les frais médicaux des personnes précitées doivent être récupérés en priorité auprès de la mutualité.

Lorsqu'il apparaît que le CPAS n'affilie pas la personne à une mutualité alors qu'elle aurait pu être affiliée depuis longtemps, et que des frais médicaux se présentent, ces frais seront récupérés lors du contrôle.

Pour des raisons pratiques, une période transitoire de trois mois à partir de la date de recevabilité est prévue pour les candidats réfugiés, afin de permettre à l'intéressé de s'affilier à une mutualité.

Affiliation avec intervention majorée (VIPO)

Les personnes qui perçoivent de l'aide du CPAS durant trois mois sans interruption ou six mois avec interruption dans une période de 12 mois, ont droit à un remboursement majoré de la mutuelle. Ces personnes supportent donc un ticket modérateur moins élevé que les personnes qui bénéficient d'un remboursement normal.

3. Sous quelles conditions le CPAS peut-il prendre en charge les frais médicaux ?

L'hôpital ne peut soumettre automatiquement les factures d'hôpital impayées des patients au CPAS, qui les prendrait à sa charge sans plus. Le simple paiement d'une facture ne relève pas des missions du CPAS. Chaque demande d'aide doit naturellement être examinée sur la base de la loi CPAS et il faut toujours tenir compte de l'article 1^{er} de la loi organique du 08/07/1976, à savoir si l'intéressé est capable de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Les conditions suivantes doivent être remplies :

1. Une demande d'aide a été introduite au CPAS, soit par l'intéressé lui-même, soit via le service social de l'hôpital.
2. Le demandeur d'aide doit être indigent. Le Conseil d'Etat a confirmé à plusieurs reprises qu'il n'appartient pas aux CPAS de venir en aide à tous les créanciers de la personne indigente. Toutefois, il a pour tâche de secourir le débiteur infortuné qui, en raison du non-paiement de sa dette, se retrouvera dans une situation qui ne lui permettra pas de mener une vie conforme à la dignité humaine. Le remboursement ou non des frais médicaux par le SPP Intégration sociale ne peut servir de motivation pour la prise en charge ou non des frais médicaux.²
3. Le CPAS doit examiner l'état de besoin du demandeur d'aide par une enquête sociale et rédiger un rapport social. Ce rapport doit permettre de déterminer si la personne ne dispose pas de ressources suffisantes. L'examen peut être basé sur les données du service social de l'hôpital, mais le CPAS doit toujours prendre une décision distincte en ce qui concerne la prise en charge de ces frais, sur base d'une propre enquête sociale.

Le CPAS peut par ailleurs demander une contre-expertise médicale afin d'obtenir un fondement suffisant pour la demande d'aide et l'enquête sociale.

4 Hôpitaux psychiatriques et maisons de soins psychiatriques

Le projet de loi par lequel tant les hôpitaux psychiatriques que les maisons de soins psychiatriques sont considérés comme des établissements de soins a été discuté et approuvé au Conseil des ministres et a été envoyé pour avis au Conseil d'Etat. Cette modification légale entrera en vigueur 10 jours après sa publication au Moniteur belge. Vous serez ultérieurement informés à ce sujet.

Le Ministre de l'Intégration sociale :



C. DUPONT

² Arrêt de la Cour du travail de Gand du 14 mars 2005