



Datum / Date: 20/10/2015
Uur / Heure: 09:45
Vraag / Question: n° 6946

**Question orale de la Députée Kattrin JADIN
à Madame Maggie DE BLOCK, Ministre de la Santé publique,
concernant l'inégalité dans le remboursement des prothèses.
- déposée le 14 octobre 2015 -**

Madame la Ministre,

Il me revient qu'il existerait une différence au sujet des remboursements pour les patients nécessitant une prothèse. En effet, lorsqu'une personne doit être imputée en raison d'une maladie, la prothèse n'est pas remboursée. Par contre, si la personne reçoit une prothèse suite à un accident physique, celle-ci est bien remboursée. Le patient A doit donc se contenter d'une prothèse correspondant à son niveau financier alors que le patient B peut avoir recours à une prothèse plus perfectionnée.

Depuis peu, il n'est également plus possible de se faire rembourser une prothèse moderne partiellement par la mutuelle allemande et belge. Dans le passé, si mes informations sont bonnes, il était bien possible d'être remboursé après avoir été voir le spécialiste en matière d'amputation en Allemagne.

Madame la Ministre, mes questions à ce sujet sont, donc, les suivantes :

- Existe-t-il vraiment une différence dans le remboursement si l'amputation est due à une maladie ou un accident ?
- Etait-il vraiment possible d'être remboursé partiellement par la mutuelle allemande et par la mutuelle belge si l'on a été voir un spécialiste allemand ? Si oui, comment expliquer cette procédure ?

Je vous remercie, Madame la Ministre, pour les réponses que vous voudrez bien m'apporter.

Kattrin JADIN

Réponse à la question q 6946 de la Députée Katrin JADIN

Concerne: l'inégalité dans le remboursement des prothèses

En réponse à vos questions, je peux vous informer que, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, n'importe quel bénéficiaire amputé peut prétendre au remboursement des soins médicaux et du matériel prothétique nécessaire sans la moindre différence de remboursement que le patient soit amputé suite à une maladie ou un accident, même si ce dernier est dû à une imprudence. Le médecin conseil de la mutualité du patient peut le rassurer à ce sujet : il n'existe aucune discrimination !

Si une assurance privée intervient et pour autant que cette assurance ait donné son accord, le patient peut effectivement dans certains cas, bénéficier d'un meilleur remboursement. Il s'agit alors soit d'une assurance dans le cadre d'un accident de travail soit d'une assurance lorsqu'il qu'il est établi qu'il y a un tiers responsable, soit de toute autre assurance privée.

Par rapport aux remboursements partiels par une mutualité allemande et par une mutualité belge, il semble qu'il y ait un malentendu.

Sur la base de la réglementation européenne, une personne assurée en Belgique pour les soins de santé, a le droit de se rendre sous certaines conditions dans un pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse en vue d'y recevoir des soins de santé programmés (p.ex. consultation d'un spécialiste, achat d'un prothèse, ...).

Sur base de cette réglementation, il existe deux manières parallèles d'obtenir le remboursement des soins de santé programmés et reçus (p.ex. achat et/ou entretien d'une prothèse), par exemple, en Allemagne:

- (i) remboursement sur base des règles et des tarifs du pays où les soins de santé ont été reçus (application des Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009¹).

Dans ce cas, l'assuré sur présentation d'une autorisation préalable (document S2) qui lui est octroyée pour autant qu'il remplisse les conditions fixées dans le Règlement (CE) 883/2004) au prestataire de soins de santé ou à une mutualité du pays de traitement (p.ex. une *Krankenkasse* allemande), a droit aux soins de santé dans les conditions de l'assurance maladie publique (honoraires, règles de remboursement, ...) de ce pays, comme s'il était un assuré social de ce pays. Aux yeux de l'assuré social, les frais sont pris en charge par une mutualité du pays de traitement sur la base des règles et des tarifs de ce pays. Mais dans un second temps, la Belgique remboursera au pays de traitement, les frais de soins de santé remboursés par l'assurance obligatoire de ce pays et pour lesquels cette personne a reçu une autorisation.

- (ii) remboursement sur la base des règles et des tarifs de l'assurance maladie obligatoire belge (application de la Directive 2011/24/UE² comme transposée en droit belge).

Dans ce cas, l'assuré n'a pas besoin d'une autorisation préalable à l'exception de certaines catégories de soins. L'assuré doit d'abord payer lui-même les coûts et sollicite après le remboursement auprès de sa mutualité belge, sur la base des règles et des tarifs de l'assurance maladie obligatoire belge. Cela signifie que : seuls sont remboursés les soins de santé qui le seraient également en Belgique; le remboursement ne sera jamais supérieur au remboursement prévu pour les soins de santé en Belgique.

Le montant du remboursement ne peut pas non plus être supérieur au montant que l'assuré a payé pour les soins de santé.

La Ministre,

De Minister,

¹ Règlements (CE) 883/2004 et 987/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

² Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers