ALLOCATION POUR MALADIE CHRONIQUE

Statut « affection chronique »

Le statut « affection chronique » est octroyé aux personnes atteintes d'une maladie/affection chronique, ou une affection longue durée (ALD). La maladie d'Alzheimer fait aussi partie des affections chroniques. Grâce à ce statut, vous bénéficierez automatiquement de certains avantages comme :

- Le tiers payant chez le médecin et le dentiste (vous ne devez plus avancer l'entièreté des honoraires, vous payez uniquement la partie non remboursée).
- La diminution du plafond de vos parts personnelles (parts payées par vous-même appelées « tickets modérateurs ») dans le cadre du maximum à facturer. Cette mesure s'appelle « maximum à facturer malades chroniques » (cf. Fiche pratique : Maximum à facturer).

L'octroi du statut « affection chronique » se fait automatiquement dans certains cas ou sur base d'une attestation médicale à transmettre à la mutualité. Votre mutualité vous octroie automatiquement le statut pour une période de deux ans (renouvelable) :

- Si vous avez minimum 300 EUR de dépenses de santé par trimestre pendant 8 trimestres consécutifs, ces 8 trimestres constituent 2 années civiles. Les dépenses de santé comprennent tant la partie qui reste à payer par la mutualité que votre part personnelle.
- Ou si vous bénéficiez du forfait « malades chroniques ».

Intervention forfaitaire annuelle pour malades chroniques

Pour pouvoir recevoir une intervention forfaitaire annuelle de l'Assurance Soins de Santé et Indemnités (ASSI), le patient doit répondre à ces deux conditions majeures : dépenses de santé élevées et perte d'autonomie.

1. Dépenses de santé élevées - votre part personnelle dans le coût de vos prestations de santé atteint un certain montant.
2. Perte d'autonomie - vous vous trouvez dans une situation de dépendance.

Sur cette base, le montant d'intervention peut varier de 323,98 euros à 647,98 euros (montants au 1er janvier 2022).

1. Dépenses de santé élevées :

Les dépenses de santé du patient doivent atteindre un certain montant, aussi bien pour l'année civile concernée que pour l'année précédente :

- 450 euros/an pour un patient malade chronique qui ne bénéficie pas de l'Intervention Majorée ;
- 365 euros/an pour un patient malade chronique qui bénéficie de l'Intervention Majorée.

Le calcul du montant total des dépenses se fait de la même manière que pour le Maximum à facturer (MAF), à la seule différence qu'ici il y a un certain nombre de dépenses qui ne sont pas incluses, car on tient uniquement compte des dépenses du malade chronique lui-même. Dans le cadre du MAF, par contre, ce sont les dépenses totales de la famille qui sont prises en compte.

© All rights reserved

2. Perte d'autonomie

La seconde condition pour bénéficier du forfait de soins est relative à la perte d'autonomie. Le patient doit, au cours de l'année de la demande, se trouver dans une des situations suivantes :

1. Avoir droit pendant au moins 3 mois au forfait B ou C dans le cadre des soins infirmiers ;
2. Etre reconnu pour au moins 6 mois comme étant atteint d'une maladie grave nécessitant un traitement de kinésithérapie (ancien statut E) ou de physiothérapie ;
3. Avoir séjourné au moins à 6 reprises, ou au moins 120 jours, dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique durant l'année civile en cours et l'année précédente ;
4. Atteindre 12 points sur l'échelle de dépendance du SPF Sécurité sociale pour l'octroi de l'allocation d'intégration aux personnes handicapées ou l'allocation d'aide aux personnes âgées ;
5. Bénéficier d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne ;
6. Bénéficier d'une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne destinée aux personnes invalides avec charge de famille ;
7. Bénéficier d'une majoration d'indemnités de maladie pour l'aide d'une tierce personne, qui assimile le taux des indemnités des personnes isolées ou cohabitantes au taux des indemnités des personnes avec charge de famille.

Montants

Le montant de l'intervention de l'Assurance Soins de Santé et Indemnités (ASSI) varie en fonction de votre situation dans le cadre de la perte d'autonomie. Pour connaître votre situation, référez-vous aux conditions d'accès au forfait de soins.

Quel sera le montant de l'intervention ?

En fonction de ces 7 situations précitées dans le cadre de la perte d'autonomie (conditions d'accès au forfait de soins), il y a 3 différents montants d'intervention possibles, qui s'élèvent à :

- 323,98 euros (= 100%) dans les situations 2, 3 et/ou 4
- 486,00 euros (= 150%) dans les situations 5, 6 et/ou 7
- 647,98 euros (= 200%) dans la situation 1

Si vous êtes concerné par plusieurs des situations ci-dessus, un seul montant vous sera attribué, mais ce sera toujours, le cas échéant, le montant le plus élevé. Ce forfait peut être cumulé avec le forfait d'incontinence, le forfait de soins palliatifs et le forfait EVP (état végétatif persistant).

Comment demander l'intervention forfaitaire ?

En principe, votre mutualité vous accorde automatiquement cette intervention. Si ce n'est pas le cas et que vous estimez remplir les conditions, vous pouvez la demander auprès de votre mutualité.

Pour plus d'infos, veuillez contacter le service social de votre mutualité

© All rights reserved