

Des soins de santé accessibles en cas de maladies chroniques et de longue durée

Remboursements, avantages et services



**MUTUALITÉ SOCIALISTE
DU BRABANT**

L'accès à la santé pour tous !

Des soins de santé accessibles en cas de maladies chroniques et de longue durée
Guide d'information édité par la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant

Éditeur responsable : M. Michiels - Rue du Midi 111 - 1000 Bruxelles
Rédaction, conception et mise en page: Service Infocom - infocom@fmsb.be
Fotos © iStock, Shutterstock

Edition : novembre 2015
Tirage : 8000 exemplaires
Impression : IPM printing

Ce guide n'a qu'une valeur informative. Seuls les statuts déterminent les droits et obligations de la mutualité et de ses membres.
L'éditeur ne peut être tenu responsable d'éventuelles erreurs.

Des soins de santé accessibles en cas de maladies chroniques et de longue durée

Lorsque vous êtes malade, vos frais de santé peuvent rapidement augmenter. Pour vous aider à faire face à ces dépenses, il existe toutes sortes d'interventions financières, d'avantages et de services.

05 Votre budget santé sous contrôle

- Des conseils pour tous ! 06
- Quelques mesures spécifiques 10

Soins de santé accessibles en cas de maladie de longue durée 13

- Présentation des mesures par maladie 14
- Nos avantages 24
- Interventions d'autres institutions 28

31 À votre service

- Nos services de conseil 32
- Services et organisations pour les malades chroniques 34

**VOTRE BUDGET
SANTÉ SOUS
CONTRÔLE**

Des conseils pour tous !

La santé n'a pas de prix ! Mais pourquoi dépenser plus d'argent que nécessaire ? Voici quelques trucs pour réduire vos dépenses de soins de santé.

Consultez un médecin conventionné

Les médecins conventionnés pratiquent le tarif légal, ce qui signifie que vous devez uniquement payer le ticket modérateur, soit la différence entre le montant remboursé par la mutualité et les

honoraires fixés par la convention. Les médecins non conventionnés peuvent par contre déterminer librement leurs honoraires. Les suppléments d'honoraires viennent en plus du tarif légal et sont toujours à charge du patient !

Tarif officiel ou conventionné		Supplément d'honoraires
À payer chez les médecins conventionnés		
Part remboursée par la mutualité	Ticket modérateur ou part personnelle	Toujours à votre charge !

Pour savoir si votre médecin est conventionné, utilisez notre outil « Rechercher un prestataire de soins » sur fmsb.be ou n'hésitez pas à demander à un de nos conseillers.

Demandez un dossier médical global (DMG) chez votre médecin

Tout le monde peut faire ouvrir un dossier médical global par son médecin traitant. Le DMG ne vous coûte pas un sou de plus, puisqu'il est totalement remboursé par votre mutualité !

Votre dossier médical global comporte toutes vos données médicales : diagnostics, résultats d'exams effectués par d'autres médecins, etc. Cela permet d'améliorer la communication entre votre médecin généraliste et d'autres dispensateurs de soins et d'éviter de faire deux fois le même examen.

Le DMG est également avantageux sur le plan financier, car vous bénéficiez ainsi d'une réduction chez votre médecin généraliste. Le ticket modérateur (votre intervention personnelle après l'intervention de la mutualité) pour une consultation au cabinet de votre médecin généraliste coûte seulement 4 € (1 € pour les patients qui ont droit à une intervention majorée). Les patients âgés de plus de 75 ans qui disposent d'un DMG paient également 30 % en moins pour une visite à domicile de leur médecin généraliste.

Module de prévention

Si vous avez entre 45 et 75 ans, votre médecin généraliste peut déterminer une fois par an, sur la base d'une liste de contrôle, les mesures de santé préventives potentiellement utiles pour vous. Ce module de prévention fait partie intégrante du DMG et

est, tout comme le DMG proprement dit, totalement remboursé par votre mutualité.

Consultez le généraliste avant le spécialiste

Si votre médecin généraliste vous adresse à un autre prestataire, vous bénéficiez d'une intervention supplémentaire pour une consultation chez un spécialiste. Ce système est dénommé « échelonnement ». Attention : vous ne bénéficiez de l'intervention supplémentaire que si vous disposez d'un DMG, et ce, une fois par année civile et par spécialité.

Seules les consultations chez des médecins pratiquant les spécialités suivantes sont prises en compte pour une intervention supplémentaire : cardiologie, dermato-vénéréologie, endocrinologie, gastroentérologie, gériatrie, gynécologie et obstétrique, médecine interne, pédiatrie, neuropsychiatrie, neurologie, ophtalmologie, otorhino-laryngologie (ORL), pneumologie, psychiatrie, rhumatologie, stomatologie et urologie.

À l'hôpital, optez pour une chambre commune ou à deux lits

Si vous optez pour une chambre commune ou à deux lits, l'hôpital ne peut pas vous facturer de suppléments d'honoraires. Par contre, la loi ne fixe aucune limite pour les suppléments facturés aux patients en chambre simple. Lorsque vous êtes admis en chambre simple, chaque médecin, conventionné



ou non, peut vous facturer des suppléments d'honoraires. Vous l'aurez compris : la chambre simple est à déconseiller financièrement parlant.

Demandez le médicament le moins cher

Les médicaments peuvent sérieusement entamer votre budget. Veillez à demander systématiquement le médicament le moins cher chez le pharmacien ! Vous bénéficierez ainsi de la même qualité à moindre prix. Cela ne concerne pas seulement les médicaments prescrits par le médecin. Il existe aussi une alternative meilleur marché pour les médicaments que vous demandez vous-même au pharmacien, tels les antidouleurs, les sprays nasaux, les désinfectants, les médicaments contre les allergies, etc.

Médicaments génériques

Les médicaments génériques sont des copies exactes des médicaments originaux de marque. Ils contiennent les mêmes composants actifs, pour une quantité et un niveau de qualité identiques. Ils ont donc un effet thérapeutique similaire à celui de leurs homologues originaux, mais sont beaucoup moins chers !

Prescription en DCI

Lorsqu'un médecin vous prescrit un médicament, il peut opter pour une prescription en DCI, ce qui signifie qu'il ne mentionne pas de marque. Quand vous remettez cette prescription au pharmacien, celui-ci est tenu de vous proposer le médicament le moins cher.

Affiliez-vous à la Mutualité socialiste du Brabant !

Avec plus de 100 agences à Bruxelles et dans le Brabant flamand, nous sommes toujours à vos côtés. Nous vous écoutons, vous aidons, vous conseillons et trouvons des solutions. Tout en militant pour des soins de qualité, accessibles à tous. Cela se traduit par des avantages et services concrets pour tous nos membres. Voici un aperçu de notre offre pour vous en convaincre !



Soins médicaux remboursés à 100 % jusqu'à 18 ans

Grandir ne se fait pas toujours sans heurts. C'est pourquoi, la Mutualité Socialiste **rembourse intégralement** les soins médicaux des enfants et des jeunes jusqu'à 18 ans !

→ Consultation ou visite à domicile par un médecin généraliste / consultation chez un spécialiste / traitement de kinésithérapie / soins infirmiers / logopédie / médicaments génériques.



Soins médicaux remboursés à 100 % à partir de 18 ans

Mais nous ne pensons pas seulement à vos enfants. Nous ne vous oublions pas !

→ Consultation chez un médecin généraliste / consultation chez un gynécologue / consultation chez un ophtalmologue / kinésithérapie périnatale / également visite à domicile d'un médecin généraliste pour les plus de 75 ans.



Sport : 45 € remboursés !

Vos exploits méritent d'autres terrains ! Ne tentez plus d'expériences farfelues à la maison ! La Mutualité socialiste, partenaire de tous les sportifs, vous rembourse **45 €** par an pour votre abonnement de sport ou de fitness.



Dentimut First

Notre assurance dentaire Dentimut First est incluse automatiquement dans notre offre d'avantages, sans coût supplémentaire !

→ Ticket modérateur totalement remboursé : consultations et traitements préventifs chez le dentiste / consultations et visites de contrôle chez l'orthodontiste / examens et avis orthodontiques / traitement orthodontique de première intention.

→ Autres interventions : jusqu'à 372 € pour les appareils dentaires, 400 € maximum pour certaines pathologies (bec-de-lièvre, dysmorphie, etc.) et jusqu'à 175 € pour les prothèses dentaires et les implants dentaires.



Vous n'en croirez pas vos yeux !

La Mutualité socialiste vous rembourse **60 €** à l'achat de lunettes ou de lentilles de contact et vous bénéficiez de **15%** de remise auprès de l'un de nos opticiens partenaires.

Et, si vous voulez vous débarrasser de vos lunettes, sachez que nous remboursons jusqu'à **300 €** pour la chirurgie corrective au laser et l'implantation de lentille !



Psychothérapie : 160 € remboursés !

Ouvrez-vous ! Les mots allègent la douleur. La Mutualité socialiste allège le prix. Nous vous remboursons **160 €** par an pour la psychothérapie.



Soins et services à domicile

Pourquoi ne pas nous accueillir chez vous ? Nous proposons aux jeunes et aux moins jeunes un éventail de services qui leur faciliteront la vie à domicile. Découvrez notre offre étendue à la page 26.



Medishop, votre partenaire santé

Le Medishop prête, loue et vend une gamme étendue de produits (para)médicaux : mise en condition physique, articles pour bébés, aménagement du domicile, autonomie et bandagisterie. Plus d'informations à la page 24.

Et bien plus encore !

Rendez-vous sur www.fmsb.be pour découvrir tous nos avantages et voir les conditions.

Vous n'êtes pas encore affilié à la Mutualité socialiste du Brabant ?

Complétez notre formulaire d'inscription en ligne sur fmsb.be, rendez-vous dans l'une de nos nombreuses agences ou contactez-nous au 02 506 96 11. Il est extrêmement simple de vous affilier à notre mutualité. Nous nous occupons de votre dossier de A à Z !



Hospimut, nos assurances hospitalisation

Choisissez la couverture qui vous convient !

ICH

L'assurance ICH offre une indemnité complémentaire en cas d'hospitalisation. Elle prévoit une intervention forfaitaire quotidienne pour chaque journée passée à l'hôpital.

Hospimut

Hospimut vous garantit une bonne couverture lorsque vous séjournez dans une chambre double ou commune et que vous êtes traité par des médecins conventionnés.

Hospimut Plus

Hospimut Plus vous couvre de manière optimale, quel que soit le type de chambre choisi !

Également pour les plus de 65 ans

Hospimut (Plus) et ICH sont des assurances hospitalisation de la Société Mutualiste d'Assurances du Brabant (SMAB) destinées aux membres de la Mutualité Socialiste du Brabant.

Plus d'info's ?



HOSPIMUT

Des assurances hospitalisation à la mesure de vos besoins !



Quelques mesures spécifiques

Outre les conseils que vous pouvez suivre personnellement pour faire des économies, un certain nombre de mesures ont été élaborées afin que vos dépenses de santé restent sous contrôle.

Maximum à facturer (MAF)

Grâce au MAF, les ménages ont la certitude de ne pas devoir payer plus qu'un certain montant pour leurs soins de santé. Le système du MAF fixe un plafond annuel de tickets modérateurs à charge d'un ménage. Dès que ce plafond est dépassé, les membres du ménage MAF se voient rembourser leur quote-part personnelle légale pour les soins de santé dont ils bénéficient durant le reste de l'année civile. Cette disposition ne vise pas les suppléments d'honoraires.

Tout le monde entre en ligne de compte pour le MAF revenus. Le plafond est variable et dépend des revenus nets imposables du ménage. La règle générale suivante s'applique : **plus les revenus du ménage sont importants, plus le plafond lié aux frais médicaux est élevé.** Les revenus les plus bas atteignent le maximum à facturer dès 450 €, alors que le plafond des revenus les plus hauts est fixé à 1.800 €. Pour les enfants de moins de 19 ans, le plafond appliqué est de 650 €, indépendamment des revenus du ménage.

Les personnes qui, durant 2 années consécutives, ont plus de 450 € de tickets modérateurs, bénéficient d'une réduction de 100 € sur le plafond applicable.

C'est votre mutualité qui se charge automatiquement d'additionner annuellement tous les tickets modérateurs, d'identifier le MAF auquel vous avez droit et de vous accorder un éventuel remboursement. Pour le calcul du maximum à facturer, les frais médicaux suivants de toutes les personnes habitant officiellement à la même adresse au 1er janvier sont pris en considération :

- La quote-part personnelle pour les soins dispensés par un médecin, dentiste, kinésithérapeute, infirmier ou autres dispensateurs de soins ;
- La quote-part personnelle pour les médicaments

remboursables et les préparations magistrales ;

- La quote-part personnelle pour les prestations techniques (radiographies, interventions chirurgicales, examens techniques, examens de laboratoire, etc.) ;
- La quote-part personnelle pour la journée d'entretien dans un hôpital général et dans un hôpital psychiatrique (uniquement les 365 premiers jours) ;
- la part forfaitaire à votre charge pour les médicaments pendant une hospitalisation ;
- l'alimentation entérale par sonde ou par stomie de jeunes âgés de moins de 19 ans ;
- le matériel endoscopique et de viscérosynthèse ;
- le coût des marges de délivrance et de sécurité pour les implants.

Intervention majorée

L'intervention majorée permet à certaines personnes de bénéficier d'un remboursement plus important de leurs soins de santé. Elles paient moins pour certains médicaments, les consultations chez le médecin et les visites à domicile. Leur quote-part personnelle aux frais est également moins élevée en cas d'hospitalisation.

L'intervention majorée est accordée automatiquement aux personnes qui bénéficient d'un avantage social ou d'un certain statut tel que le revenu d'intégration sociale ou aide équivalente, la garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA), l'allocation aux personnes handicapées, les enfants atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66%, les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) et les enfants (de moins de 25 ans) inscrits en tant que titulaires orphelins.

L'intervention majorée peut être octroyée aux ménages qui perçoivent de faibles revenus, sur base d'un examen des revenus. La Mutualité Socialiste invite, de manière proactive, les pensionné(e)s, les veufs(ves), les invalides, les chômeurs de longue durée et les familles



monoparentales afin de procéder à cette enquête sur les revenus. Si vous ne figurez pas dans l'une de ces catégories sociales, vous devez vous-même introduire votre demande. Si les revenus du ménage satisfont aux conditions requises, le droit à l'intervention majorée est octroyé.

L'intervention majorée vous permet d'obtenir **un remboursement plus avantageux de vos soins de santé**. Vous payez moins pour certains médicaments, les consultations chez le médecin et les visites à domicile. Votre quote-part personnelle en cas d'hospitalisation est également moins élevée. Vous bénéficiez également du MAF social. À cet égard, le plafond pour les frais médicaux a été fixé à 450 €.

Depuis le 1er octobre 2015, votre généraliste doit également appliquer le régime du tiers payant. Ce qui signifie que, chez votre généraliste, vous ne payez que le montant à votre charge (votre quote-part personnelle) et les éventuels suppléments si votre médecin n'est pas conventionné. Vous ne devez plus avancer l'intervention de l'assurance obligatoire, qui sera payée directement au médecin par votre mutualité. Vous ne devez donc plus remettre d'attestation de soins donnés à votre mutualité.

Outre les avantages en matière de soins de santé, vous bénéficiez, grâce à l'intervention majorée, d'une réduction sur les tarifs des transports en commun, d'un accès au Fonds Social Chauffage (cat. 1) et, éventuellement, du tarif social gaz,

du tarif social électricité et du tarif téléphonique social, ainsi que des avantages spéciaux octroyés par certaines communes.

Trajet de soins

Les trajets de soins ont été créés afin d'améliorer le traitement de certaines maladies chroniques. Il existe actuellement des trajets de soins pour les patients atteints d'**insuffisance rénale chronique** ou de diabète de type 2. Dans le cadre d'un trajet de soins, les consultations chez le médecin généraliste et chez un spécialiste de la maladie sont entièrement remboursées.

Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans la présentation des mesures liées à chaque maladie de la section suivante.

Statut affection chronique

Le statut de personne atteinte d'une affection chronique facilite l'accès aux soins. Les patients qui ont ce statut bénéficient automatiquement d'une réduction de 100 € sur le plafond de leur maximum à facturer et elles bénéficient du régime du tiers-payant, ce qui signifie qu'elles doivent uniquement payer leur quote-part personnelle chez les médecins et les dentistes.

ATTENTION ! Le statut « affection chronique » n'est pas attribué à tous les patients chroniques !

Vous trouverez plus d'informations sur les mesures relatives aux maladies chroniques à la page 16.

ACCESSIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ EN CAS DE MALADIE DE LONGUE DURÉE

Présentation des mesures par maladie

Outre les mesures destinées à tout un chacun, il existe des interventions spécifiques. Si vous êtes atteint d'une des maladies mentionnées ci-dessous et que vous répondez aux conditions requises, vous pouvez bénéficier d'une intervention pour soins spécifiques en plus des remboursements ordinaires de la mutualité.

Nous abordons brièvement les interventions les plus courantes dans cette section. Pour des informations générales, vous pouvez vous adresser à nos conseillers ou au Centre d'Aide aux Personnes - Service social. Pour des informations plus spécifiques, nous vous renvoyons vers l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité). Pour un certain nombre d'interventions, vous devez faire compléter vous-même des documents que vous pouvez demander à notre mutualité ou télécharger sur le site www.inami.fgov.be.

A

Affection veineuse chronique

Vous avez droit à une intervention pour des **bas élastiques thérapeutiques** si vous souffrez d'une affection veineuse chronique en raison de la présence d'une thrombose veineuse profonde objectivée ou d'un syndrome post-thrombotique objectivé ou en vue de la prévention d'ulcères veineux récidivants en cas d'insuffisance chronique.

Aucune intervention n'est prévue pour les bas à varices en cas de varices qui ne sont pas provoquées par une affection veineuse chronique.

Allergie au gluten/à la gliadine

Les personnes allergiques au gluten, à la gliadine ou à la farine de céréales peuvent bénéficier d'une intervention liée aux aliments spécifiques qu'ils doivent consommer. Cette intervention s'élève à **38 € par mois**.

C

Cancer

Frais de déplacement

L'assurance maladie prévoit une intervention dans les frais de déplacement des patients cancéreux traités par chimiothérapie ou radiothérapie. **Les déplacements des patients cancéreux en transports**

en commun sont intégralement remboursés. Une intervention de 0,25 €/km est prévue pour les autres moyens de transport.

L'indemnité kilométrique est également accordée au père, à la mère ou au tuteur des patients cancéreux de moins de 18 ans hospitalisés.

En cas de transport non urgent en ambulance, taxi ou véhicule sanitaire en vue d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie, vous devez prendre contact avec Mutas au 02 272 08 16 afin d'obtenir une intervention de la Mutualité socialiste. Vous ne devez alors payer qu'un forfait de 5 €. En cas de transport avec votre propre véhicule, nous vous accordons une indemnité de 0,25 € par kilomètre (au minimum 2,50 €, au maximum 20 €) (page 25).

Cluster headache

Les patients souffrant de « cluster headache » (algie vasculaire de la face) peuvent suivre une **oxygénothérapie de courte durée**. Un neurologue, un neurochirurgien ou un neuropsychiatre doivent fournir au médecin-conseil de la mutualité un justificatif attestant la nécessité d'une oxygénothérapie en raison de l'état clinique du patient.

D

Démence

Les personnes chez qui un diagnostic de démence débutante a été récemment établi et qui peuvent encore rester chez elles pendant au moins un an peuvent se rendre dans une **clinique de la mémoire**. Elles y apprendront, avec leurs proches, les aptitudes de base qui leur permettront de continuer à vivre à leur domicile le plus longtemps possible, dans les meilleures conditions possibles.

Dermatite herpétiforme

Les patients atteints de dermatite herpétiforme – une maladie chronique qui se traduit par une atteinte cutanée et de l'intestin grêle – peuvent bénéficier d'une intervention liée aux aliments spécifiques qu'ils doivent consommer. Cette intervention s'élève à **38 € par mois**.

Diabète

Achetez du matériel pour diabétiques à prix avantageux dans notre Medishop !

Plus d'informations à la page 24

Pédicurie et podologie

Intervention de 6,50 € par soin de pédicurie et de 9,50 € par soin de podologie

Conseils diététiques et nutritionnels

Jusqu'à 60 € de remboursement sur les séances chez un diététicien ou dans le cadre du programme Weight Watchers/réduction sur l'inscription au programme Weight Watchers

Arrêt du tabagisme

Remboursement de 50 €

Passeport du diabète

Si vous êtes diabétique et que vous disposez d'un dossier médical global (voir page 6), vous pouvez recevoir un passeport du diabète **gratuit**. Ce document comporte toute une série de données sur votre maladie et vous-même, ce qui facilite l'organisation de vos soins.

Grâce au passeport du diabète, vous pouvez une fois par an, vous rendre chez votre généraliste afin de passer en revue les objectifs liés au suivi de votre maladie. Votre généraliste note tous ces éléments dans votre DMG et votre passeport du diabète. Vous ne devez rien payer pour cela.

Le passeport du diabète donne également droit à **deux prestations de diététique** et **deux prestations de podologie** par année civile. Pour cela, vous devez uniquement payer le ticket modérateur.

Programmes de suivi généraux

Pour enfants et adolescents

Si votre enfant est âgé de moins de 18 ans et est atteint de diabète, il peut bénéficier d'un programme de suivi de type « **autogestion** » ou « **pompe à insuline** » dans un centre spécialisé.

Le programme propose un accompagnement continu de votre enfant dans l'autogestion de son diabète et, éventuellement, la mise en œuvre d'un traitement au moyen d'une pompe à insuline portable. Le programme vise aussi à assurer un accompagnement social et émotionnel, pour vous-même ainsi que votre enfant, à informer ses enseignants et à mettre en place un réseau d'assistance urgente.

Durant le programme de suivi, votre enfant reçoit également un matériel d'autogestion incluant des lancettes, des tiges, un lecteur de glycémie et, éventuellement, une pompe à insuline portable. Vous ne devez rien payer pour ce matériel ou pour le suivi assuré par les infirmiers, les diététiciens, les travailleurs sociaux et les psychologues. Vous devez payer le ticket modérateur pour les consultations chez le médecin du centre.

Pour adultes

Les patients diabétiques (âgés de plus de 16 ans) dont le traitement inclut au moins deux injections d'insuline par jour peuvent bénéficier d'un programme de suivi dans un centre spécialisé. Les patients traités avec une pompe à insuline, les patients diabétiques après une transplantation, les patients présentant des hypoglycémies organiques, les patients souffrant de nésioblastose, les patientes atteintes de diabète

gestationnel, les patients en dialyse rénale traités par insuline et les patients diabétiques aveugles traités par insuline peuvent également participer à ce programme.

Pendant le programme, vous apprenez à suivre un régime, à vous injecter de l'insuline, à contrôler votre taux de sucre dans le sang et à adapter votre dose d'insuline sur la base des résultats. Des lancettes, des tiges et un lecteur de glycémie sont également mis à votre disposition.

Vous ne devez rien payer pour le matériel ni pour le suivi assuré par les infirmiers et les diététiciens au centre. Par contre, vous devez payer le ticket modérateur pour les consultations chez le médecin du centre.

Programmes de suivi spécifiques

Monitoring de la glycémie

Si vous êtes traité au moyen d'une pompe à insuline, mais que vous continuez à avoir des problèmes pour gérer votre taux de sucre dans le sang, le monitoring continu de la glycémie peut représenter une solution. Pour cela, vous pouvez vous adresser à un **centre spécialisé**. Les médecins de ce centre déterminent pour qui un monitoring continu de la glycémie s'avère le plus utile. Le centre spécialisé propose exclusivement un monitoring continu de la glycémie à ces patients.

Plaies au pied

En tant que patient diabétique présentant des plaies au pied ou une arthropathie neurogène (Charcot), vous pouvez bénéficier de soins dans un centre spécialisé. Pour commencer à suivre le programme de suivi spécifique, vous devez d'ores et déjà suivre un programme d'autogestion, disposer d'un passeport du diabète ou suivre un trajet de soins.

L'objectif du programme de suivi consiste à **guérir les plaies au pied, éviter les amputations**, prévenir les nouvelles plaies et soigner le plus rapidement possible les nouvelles plaies.

Pompe à insuline portable

En tant que patient diabétique avec une pompe à insuline, vous pouvez suivre un programme dans un centre spécialisé. L'objectif est d'atteindre un taux de sucre normal dans le sang afin de prévenir ou de ralentir les complications liées au diabète.

Si vous répondez aux conditions requises, vous ne devez rien payer pour le matériel et l'accompagnement. Vous devez payer votre quote-part personnelle pour les consultations chez le médecin du centre.

Trajet de soins

Si vous souffrez d'un diabète de type 2, vous pouvez suivre un trajet de soins. Il s'agit d'un contrat entre vous, votre généraliste et votre spécialiste. **Vos consultations chez votre généraliste et votre spécialiste sont intégralement remboursées pendant votre trajet de soins.**

Pour conclure un trajet de soins, vous ne pouvez pas être enceinte ni avoir un projet de grossesse. Seuls les patients souffrant d'un diabète de type 2 entrent en ligne de compte. De même, vous devez d'ores et déjà suivre une insulinothérapie incluant une ou deux injections d'insuline par jour. Si vous suivez un traitement avec des comprimés qui n'est pas suffisant et qu'une insulinothérapie doit être envisagée, vous pouvez également conclure un contrat de trajet de soins. Outre ces conditions médicales, vous devez disposer d'un dossier médical global et consulter votre généraliste au moins deux fois par an et votre spécialiste au moins une fois par an.

Vous pouvez faire appel à un éducateur « diabète » via notre Centre de soins à domicile ! Plus d'informations à propos de nos soins et de nos services à domicile à la page 26.

E

Épilepsie

En tant que patient épileptique, vous pouvez vous rendre chez un neurologue en vue d'un traitement médicamenteux. Mais si ce traitement est insuffisant et que vous subissez encore des crises malgré la prise de médicaments, vous pouvez vous rendre dans un **centre spécialisé**. Votre mutualité peut alors intervenir dans les frais.

G

Galactosémie

Pour les bébés et les jeunes enfants (âgés de moins de deux ans) souffrant de galactosémie dont l'état nécessite une alimentation adaptée, une intervention est prévue afin de rembourser ces aliments diététiques. L'intervention s'élève à **60 € par mois** et est versée par trimestre.

I

Incontinence

Achetez du matériel d'incontinence à prix compétitif dans l'un de nos Medishop ! [page 24]

Si vous séjournez à domicile et que vous devez acquitter des frais importants pour du matériel d'incontinence, vous pouvez bénéficier de l'un des deux forfaits pour incontinence.

Forfait pour les personnes incontinentes dépendantes

Si, durant au moins quatre mois (au cours d'une période de douze ans), vous demandez une intervention pour des soins à domicile correspondant au forfait B ou C, avec un score de 3 ou 4 pour le critère « incontinence », le forfait « incontinence » pour personnes dépendantes est **automatiquement accordé** par votre mutualité.

Le forfait de base s'élève à 493,15 € (montant 2015, indexé annuellement).

Forfait pour incontinence urinaire non traitable

Les personnes souffrant d'une forme incurable d'incontinence qui n'entrent pas dans les conditions pour obtenir le « forfait incontinence » peuvent bénéficier d'une intervention forfaitaire annuelle. Vous y avez droit si : vous présentez une forme non traitable d'incontinence urinaire, vous n'avez pas bénéficié d'un forfait incontinence au cours des 12 mois précédents, vous ne séjournez pas dans un établissement de soins, séjour pour lequel une intervention (de l'assurance) soins de santé peut être octroyée et vous n'avez pas bénéficié d'une intervention pour l'autosondage ou le matériel d'incontinence.

Votre médecin généraliste doit compléter une demande et l'adresser à la mutualité.

Le forfait de base s'élève à 150 € par an. Ce montant de base est indexé annuellement.

Intervention pour matériel d'autosondage

L'assurance maladie rembourse un certain nombre de dispositifs médicaux non implantables. Vous bénéficiez ainsi d'une **intervention pour du matériel d'autosondage** si vous vous sondez à domicile de façon autonome ou avec l'aide d'autres personnes (non professionnelles).

L

Lymphœdème

Si vous avez un lymphœdème après un évidement inguinal ou pelvien ou consécutif à un traitement par rayon de la région inguinale ou que vous souffrez d'un lymphœdème chronique primaire héréditaire ou d'une malformation vasculaire congénitale, vous

avez droit à une intervention pour des **bas élastiques thérapeutiques** pour la jambe.

M

Maladies cardiaques

Si vous avez été hospitalisé pour une affection cardiaque précise, vous pouvez vous rendre dans un centre spécialisé de rééducation cardiaque, dont l'objectif est d'améliorer votre qualité de vie et de prolonger la durée de vie. Sous la surveillance d'un médecin, vous y suivrez un **programme de rééducation** avec des kinésithérapeutes, des psychologues, des assistants sociaux ou des diététiciens.

Vous pouvez uniquement bénéficier d'une rééducation cardiaque spécialisée si vous avez été admis dans un hôpital disposant d'un centre spécialisé de rééducation cardiaque pour un infarctus aigu du myocarde, une chirurgie de l'artère coronaire, une intervention endovasculaire percutanée thérapeutique sur le cœur et/ou les artères coronaires sous contrôle d'imagerie médicale, une intervention chirurgicale en raison d'une malformation congénitale ou acquise du cœur ou en raison d'une lésion valvulaire, une transplantation cardiaque et/ou pulmonaire ou une cardiomyopathie avec dysfonction du ventricule gauche.

Votre mutualité intervient dans les frais de votre programme de rééducation. Par jour de rééducation, vous bénéficiez d'une intervention pour une séance de rééducation. Vous devez payer vous-même votre quote-part personnelle et les frais liés à votre admission.

Maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares

Les patients qui souffrent d'une maladie métabolique monogénique héréditaire du métabolisme des acides aminés ou de la β -oxydation mitochondriale d'acides gras à chaîne longue ou très longue peuvent bénéficier d'une intervention liée à leur **alimentation médicale**. Pour cela, ils doivent consommer les aliments à domicile et suivre un programme de rééducation pour leur maladie métabolique dans un centre spécialisé.

Maladies chroniques

Si vous souffrez d'une maladie ou d'une affection chronique, vous avez peut-être droit au statut de personne atteinte d'une affection chronique ou à une ou plusieurs interventions de l'assurance maladie.

Statut « affection chronique »

Le statut « affection chronique » **facilite l'accès aux soins**. Les patients qui en bénéficient ont automatiquement droit à une réduction de 100 € sur le plafond de leur Maximum à facturer et, grâce au régime du tiers payant, elles ne doivent payer que leur quote-part personnelle chez le médecin et le dentiste. Attention ! Le statut « affection chronique » n'est pas attribué à tous les patients chroniques !

Octroi automatique pour deux ans

Votre mutualité vous octroie automatiquement le statut « affection chronique » si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes. Le statut est alors accordé pour deux ans et peut ensuite être renouvelé chaque année.

- Vous bénéficiez du statut « maladies chroniques ».
- Vous avez eu des dépenses de santé d'au moins 300 € (montant indexé annuellement) pendant huit trimestres successifs, ces huit trimestres constituant deux années civiles. Tant votre quote-part personnelle que la partie remboursée par la mutualité sont prises en compte.

Attestation médicale pour cinq ans

Si vous êtes atteint d'une maladie rare et que vos dépenses de santé sont élevées, vous pouvez demander le statut à votre mutualité sur la base d'une attestation médicale. Si vous répondez à ces deux conditions, le statut est accordé pour une période de cinq années renouvelables.

- Vous avez eu des dépenses de santé d'au moins 300 € (montant indexé annuellement) pendant huit trimestres successifs, ces huit trimestres constituant deux années civiles. Tant votre quote-part personnelle que la part remboursée par la mutualité sont prises en compte.
- Vous êtes atteint d'une maladie rare ou orpheline. Il s'agit d'une maladie touchant un nombre restreint de personnes (une personne sur 2.000). La maladie doit être classée parmi les maladies rares ou orphelines sur le site Orphanet.

Allocation forfaitaire « maladies chroniques »

Les maladies chroniques qui satisfont à certaines conditions donnent droit à une allocation forfaitaire pour maladies chroniques, qui permet de bénéficier automatiquement du statut de personne atteinte d'une affection chronique. Le forfait est accordé par année civile et le montant varie en fonction de votre situation de dépendance.

Pour avoir droit à cette allocation forfaitaire, vous devez avoir dépensé au moins 450 € (365 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée) de tickets modérateurs pour des soins de santé durant l'année civile concernée et l'année précédente. Vous devez en outre vous trouver dans une situation de dépendance au cours de l'année civile concernée.

Le forfait maladies chroniques est **automatiquement accordé** par votre mutualité.

Situation de dépendance	Montant de l'intervention forfaitaire (2015)
Vous remplissez les conditions médicales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées. Vous avez reçu un accord du médecin-conseil, pour une période de 6 mois, pour un traitement de kinésithérapie ou de physiothérapie relatif à une pathologie lourde.	300,11 €
Vous avez été admis à l'hôpital pendant au moins 120 jours ou à au moins six reprises au cours de l'année civile concernée et de l'année précédente.	
Vous avez droit à l'allocation d'intégration ou à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées. Personnes avec un handicap dont le degré d'autonomie a été fixé à au moins douze points.	450,18 €
Vous bénéficiez d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne. Vous bénéficiez d'une indemnité en tant que titulaire avec charge de famille en raison de la nécessité de l'aide d'une tierce personne ou d'une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne.	
Vous avez reçu l'accord du médecin-conseil en vue d'un traitement de soins infirmiers donnant lieu au paiement des forfaits B ou C, pendant une période d'au moins trois mois.	600,23 €

Antidouleurs

Les patients atteints de douleurs chroniques bénéficient d'une intervention à raison de **20 %** du prix pour certains antidouleurs (analgésiques). Le montant qui reste à la charge du patient est pris en compte pour le Maximum à facturer.

Votre médecin doit compléter une notification de douleur chronique à l'intention du médecin-conseil. Ce dernier délivre ensuite une autorisation d'intervention à présenter à la pharmacie afin de bénéficier de l'intervention.

Nutrition

Alimentation entérale par sonde

L'alimentation entérale par sonde est une façon d'assurer un apport nutritionnel satisfaisant à des patients qui ne peuvent s'alimenter normalement par la bouche. La nourriture est directement administrée dans l'estomac ou les intestins au moyen d'une sonde. Si le médecin-conseil donne son accord, vous bénéficiez de **remboursements forfaitaires** pour les aliments, le matériel et la pompe.

Nutrition parentérale

La nutrition parentérale consiste à administrer des nutriments énergétiques sous la forme de dispersions directement introduites dans les veines. Si le médecin-conseil donne son accord, vous acquittez uniquement votre quote-part personnelle de **0,62 € par jour**.

Pansements

Les patients qui souffrent de plaies chroniques – à savoir des plaies qui ont été traitées pendant six semaines et qui n'ont pas cicatrisé suffisamment après cette période – bénéficient d'une intervention pour des pansements actifs. Il existe une intervention de base forfaitaire de **20 €/mois** (indexée annuellement) et une intervention supplémentaire de 0,25 € pour certains pansements.

L'intervention est accordée pour trois mois et peut être renouvelée trois fois. Le montant qui reste à la charge du patient est pris en compte pour le maximum à facturer.

Maladie cœliaque

Les patients qui souffrent de la maladie cœliaque (intolérance au gluten) peuvent bénéficier d'une intervention liée aux aliments spécifiques qu'ils doivent consommer. Cette intervention s'élève à **38 € par mois**.

Maladies (neuro)locomotrices

Si vous souffrez d'une affection locomotrice ou neurologique, tels le spina bifida, une infirmité motrice d'origine cérébrale ou une maladie neuromusculaire, vous pouvez vous rendre dans un centre de rééducation fonctionnelle pour les affections locomotrices et neurologiques. La rééducation fonctionnelle proposée dans ces centres permet d'améliorer votre état de santé, votre autonomie et votre bien-être psychologique, afin que votre **réinsertion sociale et professionnelle** se passe dans les meilleures conditions possibles.

Maladies rénales

Chez les enfants

Si un enfant est atteint d'une maladie rénale, il peut être admis dans un **centre spécialisé**, où un programme étendu sera mis en œuvre afin de l'aider à mener une vie aussi normale que

possible, dans le meilleur état de santé possible.

Nutrition médicale

Les enfants (âgés de moins de 18 ans) qui souffrent d'une insuffisance rénale chronique nécessitant une dialyse ou de tubulopathie bénéficient d'un remboursement lié aux produits d'alimentation spécifiques qu'ils doivent consommer. L'intervention s'élève à **30 € par mois** et est versée tous les trois mois.

Trajet de soins

Les adultes souffrant d'insuffisance rénale chronique peuvent suivre un trajet de soins. Il s'agit d'un contrat entre vous, votre généraliste et votre spécialiste. **Vos consultations chez votre généraliste et votre spécialiste sont intégralement remboursées** pendant votre trajet de soins. Vous avez également droit à une intervention forfaitaire pour un tensiomètre validé sur prescription de votre généraliste.

Pour bénéficier d'un trajet de soins, vous devez présenter une insuffisance rénale de stade sévère, définie par une analyse sanguine (GFR < 45) et/ou une protéinurie de plus de 1 g/jour, définie par une analyse d'urine. Ces analyses doivent avoir été

effectuées à deux reprises. Vous ne pouvez pas être en dialyse ni avoir subi une transplantation rénale. Outre ces conditions médicales, vous devez disposer d'un dossier médical global et consulter votre généraliste au moins deux fois par an et votre spécialiste au moins une fois par an.

Maladies respiratoires

Accompagnement des patients asthmatiques

Si votre médecin vous prescrit pour la première fois un médicament à inhaler chaque jour pour votre asthme chronique, votre pharmacien peut vous proposer un accompagnement personnalisé. Cet accompagnement est totalement **gratuit**.

Au cours d'un premier entretien, le pharmacien vous donnera les informations requises en ce qui concerne l'utilisation correcte du médicament, l'importance de l'observance thérapeutique et les mesures de précaution sur le plan de l'hygiène et de la diététique. Vos expériences et problèmes éventuels sont ensuite abordés à l'occasion d'un entretien de suivi.

Assistance ventilatoire

Si vous souffrez d'une insuffisance respiratoire, vous pouvez recevoir à domicile un appareil mécanique qui vous aide à respirer. Seul un centre spécialisé peut examiner si vous pouvez recevoir ce traitement et mettre un tel appareil à votre disposition. Si c'est effectivement le cas, votre mutualité intervient via le régime du tiers payant.

Syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS)

Si vous souffrez du syndrome des apnées obstructives du sommeil (SAOS), vous pouvez recevoir un traitement au moyen d'un **appareil nCPAP**. Cet appareil vous aide à mieux respirer pendant votre sommeil en produisant une pression positive continue par voie nasale. Seul un centre spécialisé peut examiner si vous pouvez recevoir un appareil nCPAP. Si c'est effectivement le cas, votre mutualité intervient via le régime du tiers payant. Il n'y a pas de quote-part personnelle pour les bénéficiaires de l'intervention majorée.

Syndrome d'obésité hypoventilation (SOH)

Les patients obèses qui souffrent du syndrome d'obésité hypoventilation peuvent recevoir un appareil mécanique qui les aide à respirer. Seul un centre spécialisé peut examiner si vous pouvez recevoir ce traitement et mettre un tel appareil à votre disposition. Si c'est effectivement le cas,

votre mutualité intervient via le régime du tiers payant. **Il n'y a pas de ticket modérateur** pour ce traitement.

Centre de rééducation fonctionnelle

Si vous souffrez d'une affection respiratoire chronique grave, vous pouvez vous rendre dans un centre de rééducation fonctionnelle afin d'améliorer votre qualité de vie. Dans ce type de centre, une équipe composée de médecins et de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychologues, de diététiciens et de travailleurs sociaux se tient à votre disposition et vous propose un programme de rééducation fonctionnelle.

Votre mutualité peut intervenir dans votre programme de rééducation fonctionnelle grâce au système du tiers payant. Une quote-part personnelle s'applique aux patients ambulatoires. Les patients hospitalisés doivent acquitter les frais courants liés à un séjour à l'hôpital. Les jours où vous suivez le programme de rééducation fonctionnelle, vous ne pouvez plus bénéficier, ce même jour, d'une intervention pour une prestation de kinésithérapie ou de physiothérapie.

Oxygénothérapie

Si vous souffrez d'une maladie respiratoire, vous pouvez recevoir à domicile un appareil qui vous fournit de l'oxygène supplémentaire. Seul un centre spécialisé peut examiner si vous pouvez recevoir un appareil d'oxygénothérapie de longue durée à domicile. Si c'est effectivement le cas, votre mutualité intervient via le régime du tiers payant. **Il n'y a pas de ticket modérateur** pour ce traitement, mais vous devez payer votre quote-part personnelle pour les consultations chez le médecin. Dans certains cas, une intervention complémentaire est prévue pour la consommation supplémentaire d'électricité.

Si vous avez besoin d'oxygène pendant une période maximum de trois mois par an, vous pouvez bénéficier d'un remboursement pour l'oxygène gazeux ou un oxyconcentrateur. C'est notamment le cas pour les patients souffrant d'hypoxémie aiguë.

Mucoviscidose

Les patients souffrant de mucoviscidose peuvent se rendre dans un centre spécialisé afin d'améliorer leur pronostic et leur qualité de vie. Ils y trouveront une équipe de pneumologues, de pédiatres, de généticiens, de kinésithérapeutes,

de diététiciens, etc. à leur disposition. Les patients et leur famille bénéficient également du soutien psychologique requis, assuré par un psychologue et un travailleur social.

Vous ne devez rien payer pour les prestations des infirmiers, des diététiciens, des psychologues et des travailleurs sociaux. Les règles générales en vigueur s'appliquent aux autres consultations et prestations.

P

Pathologies pédiatriques

Les enfants ou les adolescents qui présentent une maladie chronique, une obésité morbide ou des séquelles de maltraitance peuvent recevoir des soins adaptés dans un **centre spécialisé**. Ils peuvent y apprendre à surmonter leur maladie, à gérer leur traitement ou leur régime alimentaire ou à retrouver leur équilibre psychologique.

Les parents qui souhaitent que leur enfant suive un traitement dans un centre doivent d'abord prendre contact avec ce centre pour s'informer au sujet des conditions d'admission et des objectifs de soins. Si le traitement est approuvé, votre mutualité intervient dans les frais et vous ne devez payer que votre ticket modérateur pour la rééducation. Les services liés à des besoins personnels peuvent être facturés en supplément.

Patients palliatifs

Notre Service de soins à domicile offre également des soins palliatifs à domicile ! (page 26)

Équipe de soins palliatifs

Les patients en phase terminale qui veulent rester à domicile peuvent bénéficier d'un accompagnement par une équipe spécialisée. L'équipe de soins palliatifs offre un soutien psychologique et moral au patient et à son entourage. L'équipe collabore avec les soignants habituels (médecin, infirmier) du patient, mais dispense également certains soins elle-même (lutte contre la douleur, les nausées, l'incontinence, la toux).

L'accompagnement assuré par l'équipe de soins palliatifs est **entièrement remboursé**.

Forfait palliatif

Les patients qui ont un statut palliatif ont droit au forfait palliatif. Il s'agit d'**une intervention supplémentaire pour les médicaments, le**

matériel de soins et les dispositifs médicaux que les patients palliatifs à domicile doivent financer eux-mêmes.

Votre généraliste peut demander le forfait palliatif à votre mutualité. Le forfait s'élève à 647,16 € (indice 2015) et peut être obtenu au maximum deux fois.

Oxygénothérapie

Les patients ayant le statut palliatif qui souffrent d'hypoxémie peuvent suivre une oxygénothérapie de courte durée. L'oxygène gazeux médical et un oxyconcentrateur sont indemnisés sur la base de la catégorie A. Il n'y a donc **pas de quote-part personnelle** pour l'oxygène proprement dit.

Pas de ticket modérateur

Les patients qui ont un statut palliatif ne doivent pas payer de ticket modérateur pour **les visites du généraliste**, certaines prestations de soins **infirmiers à domicile** et certaines prestations de **kinésithérapie**.

S

SIDA

Des centres de référence peuvent suivre des patients porteurs du VIH ou atteints du SIDA ou les enfants séronégatifs nés de mère séropositive. L'objectif de ces centres consiste à faire en sorte que votre état soit optimal sur le plan médical, psychique et socioprofessionnel. Pour cela, le centre dispose, sous la direction d'un médecin, d'une équipe composée de psychologues, de diététiciens, d'un infirmier ou d'une infirmière social/e et d'un/e assistant/e social/e.

Si vous pouvez bénéficier de cet accompagnement, **vous payez une fois par an votre quote-part personnelle** pour le suivi assuré par le psychologue, l'assistant social, le diététicien et l'infirmier. Vous ne devez donc pas payer de ticket modérateur pour chaque intervention des différentes disciplines. Vous devez en revanche payer votre quote-part personnelle pour chaque consultation chez le médecin du centre.

Soins dans des centres spécialisés

Pour un très grand nombre de maladies, il existe des interventions liées à des programmes de traitement dans des centres spécialisés. En règle générale, vous devez payer votre ticket modérateur pour chaque prestation dont vous bénéficiez dans ces centres dans le cadre de votre convention de rééducation.

Quote-part personnelle

L'importance de votre quote-part personnelle varie selon que vous passez ou non la nuit dans le centre et de votre droit éventuel à l'intervention majorée (BIM).

Montant de votre quote-part personnelle par prestation

Soins ambulatoires - Vous ne passez pas la nuit au centre		
Sans intervention majorée		1,73 €
Avec intervention majorée		0,00 €
Soins résidentiels - Vous passez la nuit au centre		
	1er jour	Après
Tarif de base	42,58 €	15,31 €
Avec intervention majorée	5,44 €	5,44 €
Enfant à charge des parents sans intervention majorée	32,71 €	
Chômeur complet indemnisé depuis au moins 1 an, isolé ou avec charge de famille, ou à charge d'une personne dans cette situation		5,44 €

Sans quote-part personnelle

Pour un certain nombre de programmes de traitement, vous ne devez pas payer de quote-part personnelle pour les soins dispensés dans des centres spécialisés. **Cette exemption ne s'applique pas aux consultations chez le médecin.**

- Maladies respiratoires : oxygénothérapie à domicile, assistance ventilatoire mécanique chronique à domicile et assistance ventilatoire mécanique chronique à domicile en cas de syndrome d'obésité hypoventilation
- Monitoring cardiorespiratoire de nourrissons et décès inexpliqué de jeunes enfants
- Diabète : autogestion chez les adultes et pompes à insuline
- Mucoviscidose
- Maladies neuromusculaires
- Maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares

Frais de transport

Enfants

L'assurance maladie intervient dans les frais de déplacement des enfants (de moins de 18 ans) suivis dans un centre de rééducation. L'intervention s'élève à **0,25 €/km** tant pour le voyage aller que pour le retour.

Patients en voiturette

Les patients en voiturette qui sont traités dans un centre spécialisé et peuvent uniquement être transportés dans un véhicule adapté au transport de leur voiturette peuvent bénéficier d'une intervention liée à leurs frais de transport.

La Mutualité socialiste accorde également des interventions pour le transport médical non urgent. Plus d'informations à la page 25.

Syndrome de fatigue chronique (SFC)

Si votre médecin généraliste pense que vous êtes atteint du SFC, il peut vous adresser à un centre de diagnostic multidisciplinaire pour le SFC. Si la présomption de SFC est confirmée par ce dernier, vous pouvez recevoir une **thérapie cognitivo-comportementale** ou une thérapie d'exercice graduelle. Ces traitements sont administrés au centre, mais par des kinésithérapeutes et des thérapeutes cognitivo-comportementalistes de votre entourage.

La thérapie cognitivo-comportementale comprend 17 séances individuelles de 50 minutes. Les psychologues pouvant faire office de thérapeutes cognitivo-comportementalistes pour le SFC sont déterminés par l'INAMI. Votre mutualité rembourse en grande partie l'accompagnement au centre et les traitements (sur la base de la thérapie cognitivo-comportementale ou de la thérapie d'exercices graduelle) par des thérapeutes agréés.

La Mutualité socialiste vous rembourse jusqu'à 160 € par an pour la psychothérapie !

Syndrome de Sjögren primaire

Le syndrome de Sjögren est une maladie auto-immune qui atteint principalement les glandes salivaires et lacrymales.

Kinésithérapie

Le syndrome de Sjögren figure dans la liste des maladies lourdes (pathologies E), ce qui vous permet de bénéficier d'un **remboursement plus élevé pour des séances de kinésithérapie intensives**. Votre rhumatologue doit délivrer la prescription à cet effet.

Larmes artificielles et gel ophtalmologique

Si votre rhumatologue établit à l'intention de votre mutualité une déclaration attestant que vous souffrez du syndrome de Sjögren primaire, vous bénéficiez d'une intervention forfaitaire de **20 €/mois** pour l'achat de larmes artificielles et de gel ophtalmologique.

Pilocarpine

Les patients atteints du syndrome de Sjögren ont droit au **remboursement de gouttes pour les yeux et de gélules** de pilocarpine.

Syndrome de Smith-Lemli-Opitz

Les patients atteints du syndrome de Smith-Lemli-Opitz peuvent bénéficier d'une intervention liée à leur **alimentation médicale**. Pour cela, ils doivent consommer les aliments à domicile et suivre un programme de rééducation pour leur maladie métabolique dans un centre spécialisé.

Troubles mentaux

Les patients qui souffrent de troubles mentaux (schizophrénie débutante, dépression grave, phobie, etc.) peuvent se rendre dans un centre spécialisé afin d'**éviter une hospitalisation** et de **diminuer leur souffrance**. Le programme de rééducation porte également sur les relations sociales et familiales, les activités professionnelles et l'autonomie. Chez les enfants, l'accent est mis sur le renforcement de l'intégration sociale.

Les programmes de rééducation sont de courte durée et les centres s'efforcent toujours d'atteindre leurs objectifs dans les plus brefs délais. Ils ne visent donc pas à offrir un accueil ou un hébergement spécialisés aux patients.

Pour que le patient ait droit à une intervention, les troubles mentaux doivent être invalidants. Un traitement plus léger (telles des consultations chez un psychiatre) doit apparaître impossible, mais un traitement plus lourd ne doit pas non plus être nécessaire (telle une admission dans un établissement de soins psychiatriques).

Pour les enfants et les adolescents, il existe aussi des centres qui s'adressent aux patients présentant une combinaison de troubles mentaux et neurologiques (par exemple l'épilepsie réfractaire) ou des troubles résultant d'un traumatisme crânien, d'une encéphalite, d'une méningite, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un manque d'oxygénation du cerveau.

Nos avantages

La Mutualité socialiste se bat également pour garantir à chacun une plus grande accessibilité aux soins de santé ! Notre gamme d'avantages (page 8-9) vous permet de bénéficier de quelques interventions spécifiques pour vous aider en cas de problème.

Séjour de jour

Vous souhaitez soulager pour quelques jours le membre de votre famille qui s'occupe de vos soins quotidiens ? Nous vous offrons une intervention de **6 € par jour** ou de 3 € par demi-journée pour un séjour de jour.

Cure de convalescence

Vous rétablir au calme d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale n'est pas un luxe. Notre mutualité vous propose une intervention de **35 € par jour** (avec un minimum de 7 jours et un maximum de 60 jours par an) qui allègera le coût de votre cure de convalescence. Cette cure doit être suivie dans l'un des 3 centres de la Mutualité socialiste.

De Ceder : Parijsestraat 34, 9800 Deinze / 09 381 58 85

Duneroze : Koninklijke Baan 90, 8420 De Haan / 050 43 30 00

Les Heures Claires : Avenue Reine Astrid 131, 4900 Spa / 087 77 41 61

Court séjour

Notre mutualité accorde une intervention de **18 € par jour** au bénéficiaire qui, pour décharger temporairement la personne non rémunérée qui a la charge habituelle des soins, réside dans un établissement de court séjour ou dans une maison de repos agréée.

Medi'Kids

Aide de la Mutualité socialiste pour les enfants gravement malades

La maladie d'un enfant est pénible à supporter. Lorsque celui-ci est atteint d'une maladie grave, l'épreuve psychologique peut se coupler à des coûts élevés. Le service Medi'kids va au-devant du problème et intervient dans les coûts de traitement d'une maladie lourde (jusqu'à 18 ans inclus). L'intervention maximale s'élève à **5.000 €** par an. Il existe une franchise de 650 € par famille.

Notre Centre d'aide aux personnes - Service social (p 32) peut vous aider à constituer votre dossier Medi'Kids !

Medishop

Votre partenaire santé !

Le Medishop prête, loue et vend une large gamme de matériel (para)médical: articles pour bébés, matériel de (re)mise en forme, d'aide à la mobilité, bandagisterie ou encore matériel et conseils pour l'aménagement du domicile.

Les membres de la Mutualité socialiste du Brabant bénéficient d'une **réduction** sur le matériel. Ils peuvent également le **louer à un tarif avantageux** ou **l'emprunter gratuitement**.

Autonomie et mobilité

→ Béquilles, chaises roulantes, matériel d'incontinence, déambulateurs,...

Mise en forme et revalidation

→ Home trainers, ballons d'exercice, attelles, bas de contention,...

Aménagement du domicile

→ Lits médicalisés, poignées, sièges de douche, réhausseur pour toilettes,...

Articles pour bébé

→ Langes et produits de soins, tire-lait, pèse-bébé, babyphone,...

Electro

→ Tensiomètres, aérosols, cardiofréquencesmètres, gsm,...

MEDISHOP BRUXELLES - Rue du Midi 112-114
Lu, ma, me et je 8 h 15 - 16 h 30 / ve 8 h 15 - 17 h 30

MEDISHOP LOUVAIN - Schipvaartstraat 18
(Balk van Beel, gps : Vaartkom 32)
Lu 13 h-17 h / Ma, Je et Ve 9 h-12 h & 13 h-17 h /
Me 9 h-12 h & 13 h-18 h / Sa 9 h-12 h

MEDISHOP VILVORDE - Grote Markt 38
Lu 13 h-17 h / Ma, Me et Je 9 h-12 h 30 & 13 h 30-17 h /
Ve 9 h-12 h 30 & 13 h 30-18 h / Sa 9 h-12 h

078 15 60 20 / medishop@fmsb.be

Biotel, service d'alarme pour personne

Grâce à ce service, vous ne craignez plus de manquer d'aide en cas de besoin. Un petit émetteur à porter sur vous, vous permet d'avertir à tout moment notre centrale de secours, qui mettra très rapidement en place une aide adéquate.

Le système d'alarme pour personne peut être loué dans nos Medishop pour **13 € par mois** (7 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée).

SOS-Mut, assistance à domicile

Votre enfant est malade ? Ou, en raison d'un événement imprévisible, vous ne pouvez pas vous occuper de vos enfants, de vos parents vivant à domicile, de vos animaux domestiques ou de votre ménage ? SOS-Mut est là pour vous aider !

Vous pouvez faire appel à notre service d'aide ménagère, de prise en charge de vos enfants, de vos parents et de vos animaux domestiques en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours, d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours suite à un accident ou une maladie imprévue ou lorsque vous êtes confronté à un décès. En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours suite à un accouchement difficile, vous pouvez faire appel au service d'aide ménagère et de prise en charge des enfants.

Les services de SOS-Mut, sauf la garde d'enfants malades, sont **gratuits** pour les membres de la Mutualité socialiste du Brabant. Vous pouvez faire appel à l'aide de SOS-Mut en téléphonant au 02 546 15 80.

Maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer a des conséquences profondes pour le patient, y compris sur le plan financier. C'est pourquoi nous proposons **un remboursement du ticket modérateur** pour les médicaments nécessaires au traitement de la maladie.

Location lit d'hôpital

Pour suivre une rééducation ou être soigné chez vous, en tout confort, il est parfois nécessaire de disposer d'un lit adapté. Notre mutualité prend en charge la moitié des frais si vous louez un lit médicalisé auprès de notre Medishop.

Transport du malade

La Mutualité socialiste intervient dans les frais de transport en cas d'entrée et de sortie d'un centre de convalescence agréé, de dialyse, de chimiothérapie, de radiothérapie et de follow up, de revalidation cardiaque et multidisciplinaire et de court séjour dans un centre agréé.

Nous intervenons également dans les frais de transport non urgent en cas d'entrée et de sortie de l'hôpital, de soins post-opératoires après une greffe d'organe, d'usage effectif de la salle de plâtre, d'hospitalisation de jour et de transport vers un autre hôpital plus adapté pour le traitement du patient. Aucune intervention n'est octroyée lorsque le transport résulte de l'exercice professionnel de certains sports.

Voiture personnelle	0,25 € par km (minimum 2,50 €, maximum 20 €)
Véhicule sanitaire ou taxi	Vous ne devez payer qu'un montant forfaitaire de : - 20 € (10 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée) - 5 € en cas de dialyse, de chimiothérapie, de radiothérapie ou de suivi (traitements ambulatoires uniquement).
Ambulance	Vous ne devez payer qu'un montant forfaitaire de : - 35 € (15 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée) - 5 € en cas de dialyse, de chimiothérapie, de radiothérapie ou de suivi (traitements ambulatoires uniquement).
Hélicoptère	Maximum 500 € par transport

En cas de transport médical non urgent en ambulance, taxi ou véhicule sanitaire, vous devez prendre contact avec Mutas au 02 272 08 17 afin de bénéficier de notre intervention.

Nos soins et services à domicile

Ouvrez-nous votre porte !

Nous proposons une large gamme de services pour faciliter le maintien à domicile des personnes, quel que soit leur âge !

Soins à domicile

Nous mettons tout en œuvre pour permettre le maintien à domicile des personnes malades, handicapées, accidentées, âgées ou en fin de vie. Nos services assurent **les soins généraux, le suivi après une hospitalisation, les soins pré- et postnataux ainsi que les soins palliatifs.**

- Soins infirmiers, logopédie, kinésithérapie, soins de pédicurie médicale et podologie, soins dentaires, coiffure.

Les soins infirmiers

Les prestataires de soins infirmiers dispensent tous les actes techniques qui entrent dans leurs compétences, du plus simple au plus complexe (toilette, injections, soins des plaies, dialyse, etc.) **Ces soins sont assurés en semaine et durant le week-end.** Le patient doit être en possession des médicaments et du matériel nécessaires aux soins prescrits.

La kinésithérapie

Les kinésithérapeutes prennent en charge **tous les problèmes concernant la mobilité** du patient (affections rhumatismales, rééducation après une opération ou un accident, etc.). Ils coopèrent également au traitement des problèmes respiratoires, des maladies cardiovasculaires et des affections du système nerveux.

Services à domicile

Nos services mettent tout en œuvre pour vous aider au quotidien, vous faciliter la vie et vous permettre de **rester à domicile le plus longtemps possible.**

- Service de repas chauds à domicile, nettoyage à domicile, transport de personnes à mobilité réduite.

Soli-transport

Vous êtes une personne à mobilité réduite et vous avez besoin d'un **chauffeur pour aller chez le médecin**, effectuer des démarches administratives, participer à des activités sociales ou culturelles ? Faites appel aux chauffeurs de Soli-transport !

Ces chauffeurs effectuent également la **livraison à domicile du matériel** (para)médical acheté dans l'un de nos Medishop.

Service de conseils en aménagement du domicile

Continuer à vivre chez soi peut parfois devenir difficile. Heureusement, le lieu d'habitation peut être adapté en fonction des besoins des personnes âgées ou handicapées.

Un logement adapté à ses occupants permet de limiter les risques d'accident, de favoriser l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et d'apporter un plus grand sentiment de sécurité. Souvent, de petites adaptations, comme la pose d'un tapis antidérapant dans la salle bain ou une modification de l'agencement des meubles afin de libérer de l'espace, suffisent à rendre votre maison plus sûre.

Plus
d'info ?



**Un seul
numéro pour
les soins et l'aide
à domicile !
078 15 60 20**



Interventions d'autres institutions

Outre les interventions via l'assurance maladie et notre mutualité, d'autres institutions accordent également des interventions liées à votre santé. Les assistants sociaux de notre Centre d'Aide aux Personnes (CAP) (informations à la page 32) vous aideront à présenter votre demande.

Fonds spécial de solidarité

Le Fonds spécial de solidarité est un filet de protection supplémentaire, outre la couverture ordinaire de l'assurance maladie. **Ce fonds octroie aux patients souffrant d'une affection très grave une intervention financière pour certains traitements qui ne sont pas remboursés.**

Vous pouvez donc uniquement faire appel au Fonds spécial de solidarité s'il vous est impossible de bénéficier d'une intervention par un autre moyen. Votre traitement doit également satisfaire à certains critères. En résumé, il doit s'agir d'une thérapie onéreuse, prescrite pour le traitement d'une maladie portant atteinte à des fonctions vitales. Le traitement doit avoir été prescrit par un spécialiste de la maladie concernée et sa valeur scientifique et son efficacité doivent être largement reconnues. Enfin, il est impossible de recourir à d'autres traitements pouvant faire l'objet d'une intervention.

La demande d'intervention du Fonds spécial de solidarité doit être effectuée à la mutualité. Il appartient au Collège des médecins-directeurs de l'INAMI de décider si la demande est acceptée et de fixer le montant de l'intervention éventuelle.

Service Public Fédéral (SPF) Sécurité sociale

Le SPF Sécurité sociale propose un grand nombre de services à des personnes issues de divers groupes sociaux. Si les plus connus sont les interventions pour les personnes handicapées, les malades chroniques peuvent aussi s'adresser à ce SPF.

En tant que personne handicapée, vous avez peut-être droit à une allocation. Cela signifie qu'un montant fixe est versé chaque mois sur votre compte. Attention : il ne s'agit pas d'une indemnité d'invalidité ! Une indemnité d'invalidité est accordée par l'INAMI en cas d'incapacité de travail.

Vous n'êtes pas en mesure de travailler à cause de votre handicap ? Ou vous travaillez, mais votre capacité de gain est limitée à 1/3 de ce qu'une personne valide peut gagner sur le marché général du travail ? Dans ce cas, vous avez peut-être droit à **une allocation de remplacement de revenus (ARR)**. Vous rencontrez des difficultés dans l'exécution d'activités quotidiennes, comme cuisiner, manger, vous laver, faire le ménage, etc. ? En d'autres mots, votre handicap influence votre autonomie. Dans ce cas, vous avez peut-être droit à **une allocation d'intégration (AI)**.

Pour bénéficier de ces allocations, vous devez avoir au moins 21 ans, être inscrit au registre de la population, être domicilié en Belgique et y séjourner effectivement. Votre handicap doit en outre être reconnu par les médecins du SPF. Pour l'allocation de remplacement de revenus, vos revenus ne peuvent pas dépasser une certaine limite. Pour l'allocation d'intégration, vous devez obtenir au moins sept points sur l'échelle d'autonomie.

Allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)

Vous avez **65 ans ou plus** et vous rencontrez des difficultés dans l'exécution d'activités quotidiennes, comme cuisiner, manger, vous laver ou faire le ménage ? Dans ce cas, vous avez peut-être droit à une allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Pour bénéficier de l'APA, vous devez avoir au moins 65 ans et obtenir au moins sept points sur l'échelle d'autonomie.

Allocations familiales supplémentaires

Le supplément pour les enfants handicapés est un supplément d'allocations accordé aux **parents d'enfants (jusqu'à 21 ans) atteints d'un handicap ou d'une affection.**

Afin de déterminer si vous avez droit aux allocations familiales supplémentaires, un médecin du SPF Sécurité sociale doit évaluer le handicap ou l'affection de votre enfant sur la base de trois piliers: les conséquences physiques et mentales, les conséquences pour la participation de l'enfant à la vie quotidienne et les conséquences pour la famille.

Service PHARE (personne handicapée autonomie recherchée)

Le service PHARE apporte information, conseils et interventions financières aux personnes handicapées en Région bruxelloise. Le Service PHARE agréé et subventionne différentes catégories d'institutions qui concourent à l'intégration des personnes handicapées.

Le service PHARE peut vous apporter :

- des informations à propos des droits des personnes en situation de handicap ;
- des informations et des propositions d'aides dans les domaines du travail en entreprise ordinaire ou en entreprise de travail adapté, de l'accompagnement, de l'accueil dans un centre de jour ou d'hébergement, des loisirs,...

Le service PHARE peut aussi à certaines conditions :

- donner une attestation pour acheter plus de titres-services ou obtenir une réduction des frais d'inscription à certains cours ;
- rembourser certains frais pour des aides individuelles ;
- donner à un employeur des aides financières parce qu'il a engagé une personne en situation de handicap ;
- autoriser un emploi en entreprise de travail adapté ;
- rembourser certains frais de déplacements ;
- autoriser un accueil en centre de jour pour enfants scolarisés, en centre de jour, en centre d'hébergement ou en famille d'accueil ;
- accorder à une personne en situation de handicap le statut de « grande dépendance »

Le service PHARE s'adresse à toute personne admise au bénéfice de sa réglementation avant l'âge de 65 ans, domiciliée sur le territoire de Bruxelles-Capitale et présentant un handicap qui résulte d'une diminution d'au moins 30% de sa capacité physique ou 20% de sa capacité mentale.

Agence flamande pour les Personnes Handicapées (VAPH)

L'Agence flamande pour les Personnes Handicapées veut améliorer sur tous les plans l'autonomie et la qualité de vie des personnes handicapées. Elle propose à cet effet une série de mesures de soutien, dont les malades chroniques peuvent également bénéficier.

Pour mieux organiser votre vie quotidienne, vous pouvez obtenir **une intervention pour un équipement ou une adaptation de votre habitation ou de votre voiture**. Vous pouvez aussi demander **un budget d'assistance personnelle**. Ce budget peut être utilisé pour engager des assistants qui vous permettront de continuer à vivre à domicile.

Pour présenter une demande à la VAPH, vous devez avoir moins de 65 ans, habiter en Flandre ou à Bruxelles et avoir un handicap. Le terme « handicap » n'étant pas toujours clair, l'agence utilise la définition suivante : « tout problème de participation, important et de longue durée, à la vie en société d'une personne, résultant de la conjonction de troubles fonctionnels de nature mentale, psychique, physique ou sensorielle, de limitations d'activités et de facteurs personnels et externes ».

Assurance dépendance flamande (zorgverzekering)

La zorgverzekering fonctionne sur la base du principe de solidarité. Cela signifie que chacun paie pour son propre bien-être et pour le bien-être de tous.

La zorgverzekering a été créée pour accorder un soutien financier en matière d'aide non médicale. Les personnes fortement dépendantes qui habitent en Flandre ou à Bruxelles peuvent ainsi demander une **intervention mensuelle de 130 €**.

La cotisation à la zorgverzekering a été fixée par le gouvernement flamand à 50 € (25 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée). Elle est obligatoire pour les personnes habitant la Flandre âgées de plus de 26 ans. L'affiliation est facultative pour les personnes habitant la Région de Bruxelles-Capitale. Les cotisations sont encaissées par une « zorgkas » (caisse de soins). La Mutualité socialiste du Brabant dispose également d'une caisse de soins. Vous pouvez ainsi poser toutes vos questions à votre mutualité.

**À VOTRE
SERVICE**

Nos services de conseil

Notre mutualité met à votre disposition une série de services que vous pouvez contacter pour obtenir des conseils et des informations. Et, bien entendu, nos conseillers en agence sont toujours prêts à vous aider.

Centre d'Aide aux Personnes (CAP) – Service social

Les collaborateurs du Centre d'Aide aux Personnes vous donnent des conseils par rapport à votre situation sociale. Ils vous écoutent, vous soutiennent et vous accompagnent. En cas de besoin, ils vous orientent vers un service spécialisé.

Ce service a pour mission de :

- fournir informations, conseils et médiation ;
- favoriser le maintien à domicile ;
- offrir un accompagnement psychosocial aux personnes démunies ;
- mettre en place des projets d'accompagnement personnalisé ;
- introduire des demandes auprès des organismes compétents pour les personnes handicapées ;
- répondre aux questions concernant la caisse de l'assurance dépendance

Le service proposé par notre Centre d'Aide aux Personnes est **totalemment gratuit**. Vous pouvez contacter ce service durant les permanences en appelant le 02 546 15 12. En dehors des heures de permanence, il est possible de prendre rendez-vous. Pour cela, il suffit de contacter l'agence concernée. Dans certaines situations, vous pouvez demander une visite à domicile. Vous trouverez toutes les coordonnées utiles sur www.fmsb.be ou dans notre guide "A votre service !".

Service Juridique : «Défense des membres»

Le département «Défense des membres» de la FMSB vous informe de vos droits et devoirs vis-à-vis des acteurs du monde médical.

Le département «Défense des membres» vous apporte aide, information et assistance en cas de problèmes concernant :

- les honoraires des dispensateurs de soins ;
- les factures d'hospitalisation (contrôle et vérification) ;
- les attestations de soins donnés ;
- les erreurs médicales (responsabilité professionnelle des dispensateurs de soins) ;

Le département «Défense des membres» se tient

également à votre disposition pour introduire votre dossier auprès du Fonds des Accidents Médicaux.

Ce service est **entièrement gratuit**. Vous pouvez vous rendre à notre service juridique pendant les heures de permanence ou sur rendez-vous. Nous vous proposons également une assistance téléphonique.

02 506 98 61 (assistance par téléphone tous les jours, à partir de 14h)

Centre de coordination Soins à Domicile asbl

La prise en charge d'une personne peut s'avérer complexe et nécessiter l'intervention de plusieurs prestataires et services d'aide. C'est ici que le centre de coordination entre en jeu.

Le centre de coordination, agréé par la Commission communautaire française est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour répondre aux demandes des patients et pour assurer la continuité des soins et des services.

Quel est son rôle ?

- être à l'écoute des demandes formulées ;
- répondre aux questions et donner des conseils pour assurer le maintien de la personne à domicile ;
- analyser les besoins et rechercher les solutions adéquates ;
- mettre en place l'équipe de prestataires et d'aides nécessaires ;
- assurer la coordination et le suivi des différents types d'interventions ;
- veiller à la stabilité de l'équipe qui est mise en place, afin d'optimiser au mieux le suivi du patient ;
- assurer les contacts avec le médecin traitant en cas de nécessité et avec l'approbation du patient.

Centre de coordination

Rue des Moineaux, 17/19 – 1000 Bruxelles
soinsadomicile@fmsb.be / 078 15 60 20



Fédération Nationale pour la Promotion des Handicapés

La Fédération Nationale pour la Promotion des Handicapés (FNPH) s'adresse à toute personne handicapée ou non, ainsi qu'aux personnes présentant certaines difficultés.

Cette association, créée par la Mutualité socialiste du Brabant, œuvre à l'intégration des personnes handicapées en leur proposant des activités de loisirs (excursions, séjours en Belgique et à l'étranger, activités diverses dans les sections

locales). Elle organise également des campagnes de sensibilisation, pour défendre les intérêts des personnes handicapées et les informer de leurs droits.

www.fnph-handicaploisir.be
02 546 14 42 / fnph@fmsb.be

Services et organisations pour les malades chroniques

À la recherche d'un groupe d'entraide ?

Un groupe d'entraide est une association de personnes ayant des problèmes similaires et qui, par l'écoute, le soutien, le partage et l'action, tentent d'y remédier ou de mieux « vivre avec ». A côté des groupes d'entraide existent également des groupes de soutien qui s'en distinguent par le profil des personnes qui gèrent et/ou animent le groupe et ses activités.

La Mutualité socialiste a créé un moteur de recherche qui reprend plus de 200 groupes d'entraide et de soutien.

www.groupe-entraide.be
02 515 05 04 / entraide@mutsoc.be

Associations de patients

La Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS) est la fédération francophone indépendante d'associations de patients en Communauté française. Elle fédère les associations de patients, groupes d'entraide qui concernent une maladie, un handicap, un problème social ou autre préoccupation en lien avec la santé.

La LUSS en tant que fédération appuie ses membres et développe des activités pour les soutenir dans leurs missions propres. Elle consolide et valorise les associations d'usagers dans leur rôle d'acteur de santé afin de permettre et de faciliter leur participation aux politiques de santé.

www.luss.be / 081 74 44 28 / luss@luss.be

La Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale (LBFSM)

La LBFSM est une asbl agréée et subsidiée par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale comme organisme de coordination des Services de Santé Mentale

bruxellois francophones. La LBFSM met, à disposition du grand public, des informations sur le secteur. Si vous souhaitez une information, une aide ou un conseil en matière de santé mentale n'hésitez pas à les contacter

www.lbfsm.be / 02 511 55 43 / lbfsm@skynet.be

Actif Club asbl

ACTIF CLUB est une plate-forme d'Education Thérapeutique, pour personnes souffrant de maladies chroniques.

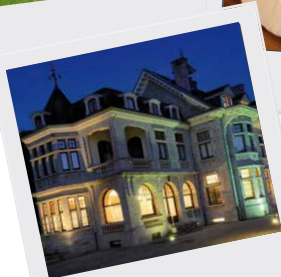
C'est un club d'activités travaillant en étroite collaboration avec les centres de traitement et les différentes associations. Il s'agit d'un lieu de vie, de rencontre avec d'autres personnes vivant des choses similaires. Il propose diverses activités dans le but d'élargir le cercle social, augmenter la créativité, l'autonomie, la gestion des angoisses, le bien-être.

02 477 25 87 / actifclub@hotmail.com

Envie de changer d'air ?

Bienvenue dans nos **centres de vacances** !

EN
ARDENNE



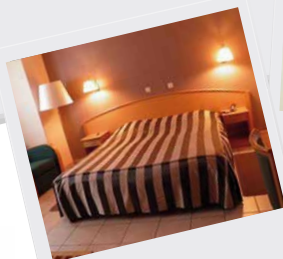
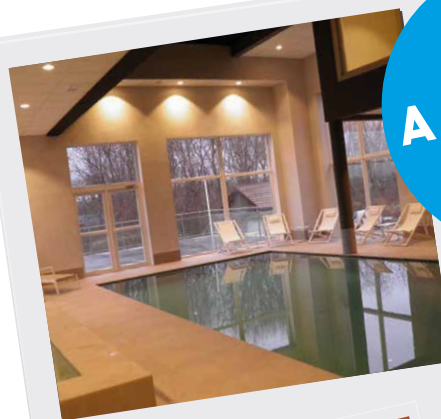
Castel
Les Sorbiers

Castel Les Sorbiers

Envie d'un séjour en pleine nature ?
Offrez-vous un moment de pure détente
grâce aux offres du Castel Les Sorbiers.

Castel Les Sorbiers asbl
Centre de tourisme social
Rue des Sorbiers, 241
B-5543 Heer-sur-Meuse (Hastière)
Tél. : 082 64 31 11
Fax : 082 64 31 99
reservation.sorbiers@busmail.net
www.castellessorbiers.be

A LA CÔTE



Domein Westhoek

Un séjour à la mer ? Découvrez tous les
bienfaits du grand air grâce aux offres du
Domein Westhoek.

Domein Westhoek vzw
Centre de tourisme social
Noordzeedreef 6-8
B-8670 Oostduinkerke
Tél. : 058 22 41 00
Fax : 058 22 41 99
E-mail : domeinwesthoek@skynet.be
www.domein-westhoek.be
f Domein Westhoek

Westhoek
Domein

Nos soins et services à domicile

Ouvrez-nous votre porte !

Une large gamme de services pour faciliter le maintien à domicile des personnes, quel que soit leur âge !

078 15 60 20

www.fmsb.be



**MUTUALITÉ SOCIALISTE
DU BRABANT**

L'accès à la santé pour tous !