



Prise en charge des soins par une institution locale

Muni du document portable S1, choisissez un organisme assureur (mutuelle ou caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité).

Adressez-vous au professionnel de santé agréé de votre choix (médecin généraliste ou spécialiste, pharmacien, laboratoire, infirmier...) et effectuez le règlement directement auprès de lui. Le professionnel de santé vous remet une attestation de soins de santé ou un certificat du prestataire de soins qui vous permet de vous faire rembourser. Les taux de remboursement sont équivalents à ceux appliqués en France.

Vous pouvez bénéficier d'un meilleur remboursement, voire du tiers payant si vous faites établir un dossier médical global (DMG) par votre médecin de famille. Le DMG est valable jusqu'à la fin de la 2ème année civile suivant son ouverture. Il est facturé mais l'organisme de protection sociale vous le remboursera. Demandez à votre caisse ou mutualité belge les praticiens qui appliquent les barèmes imposés.

Les médicaments sont obtenus auprès de la pharmacie sur présentation de l'ordonnance établie par le médecin ou le dentiste. **Vous ne devez, en principe, pas faire l'avance des frais, sauf pour la part non prise en charge.** Sur demande, le pharmacien agréé vous remet une quittance ou un certificat du prestataire de soins et une copie de l'ordonnance. Comme en France, le ticket modérateur varie suivant l'utilité thérapeutique des médicaments, avec ou sans tarif plafond selon le degré d'utilité. Si vous n'avez réglé que la part non prise en charge, vous adressez les pièces justificatives à votre organisme complémentaire.

Vos frais médicaux et pharmaceutiques sont remboursés, selon les tarifs belges, par l'organisme assureur choisi, sur présentation de l'attestation de soins ou la preuve de paiement des prestations pharmaceutiques (quittance et copie d'ordonnance).

Les taux de remboursement sont, en principe, de 60 à 75 % du tarif de responsabilité belge pour les honoraires des médecins, auxiliaires médicaux et dentistes. Le reste à charge peut être diminué lorsque le patient consulte un spécialiste sur prescription du généraliste.

En cas d'hospitalisation, présentez le document attestant de votre inscription auprès de la mutuelle au bureau des admissions de l'hôpital agréé qui se mettra en rapport avec la mutualité. Sauf urgence, il faut vous adresser préalablement à l'organisme belge auprès duquel vous êtes inscrit. Admis en chambre commune, vous ne paierez qu'une participation journalière d'un montant variable suivant votre situation et la durée du séjour.

Les participations laissées à charge peuvent être remboursées, le cas échéant, par votre organisme complémentaire.

Par ailleurs, il existe en Belgique plusieurs types de maximum à facturer (MàF) qui varient suivant la situation de la personne et ses revenus. Lorsque le montant des frais à charge atteint le MàF, le reste des frais médicaux est pris en charge par la mutualité. En fonction des revenus, des plafonds d'intervention personnelle sont fixés, plafonds qui peuvent être réduits en cas de maladies chroniques.

EN SAVOIR PLUS

- Pour plus d'informations vous pouvez [consulter le site de l'INAMI](#)

Si votre situation familiale change durant votre affectation, il convient d'en informer la [CNMSS](#) et d'adresser le justificatif (acte de mariage - [Cerfa 15529](#), de naissance - [Cerfa 12621](#), ...). N'omettez pas d'y préciser votre numéro de sécurité sociale.

Soins en France pendant l'affectation :

Les militaires affectés à l'étranger ou dans une collectivité d'Outre-mer ou à Mayotte, et leurs ayants droit qui résident avec eux, ne sont pas concernés par le système du médecin traitant et du parcours de soins coordonné.

Précisez votre situation (affecté à ...) au médecin afin que celui-ci indique sur la feuille de soins papier "Hors résidence habituelle" (ou le code MTH pour une feuille de soins électronique sur présentation de la carte Vitale), y compris pour les médecins en accès spécifique direct (ophtalmologue, gynécologue...).

Vous avez également la possibilité d'adresser vos dossiers de soins à la Cnmss. Dans ce cas, **vous êtes pris en charge** dans les mêmes conditions que les militaires affectés hors zone [UE-EEE-Suisse](#).

« Sources :

La plupart des précisions apportées dans cette rubrique est issue des sites du CLEISS (Centre des

liaisons européennes et internationales de sécurité sociale) et/ou de la Commission européenne.



Dernière mise à jour : 09/2016