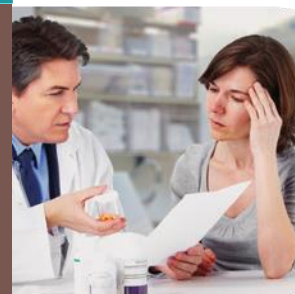


Le Fonds spécial de solidarité

Vous souffrez d'une affection grave et coûteuse pour laquelle il n'existe pas de remboursements ? Le Fonds spécial de solidarité (FSS) peut, dans des cas exceptionnels, intervenir financièrement pour vous aider à vous soigner.



Qu'est-ce que le Fonds spécial de solidarité ?

Le Fonds spécial de solidarité (FSS) est un filet de protection supplémentaire à la couverture ordinaire de l'assurance soins de santé et indemnités (ASSI). Il octroie des **interventions à des patients souffrant d'une maladie portant gravement atteinte à la fonction vitale, particulièrement coûteuse, et non remboursée.**

Pour en bénéficier, vous devez avoir épuisé toutes les possibilités de remboursement, telles que :

- L'assurance soins de santé et indemnités (ASSI), c'est-à-dire les remboursements réalisés par votre mutualité.
- Les autres législations relatives aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, aux personnes handicapées.
- Les assurances privées (assurance hospitalisation, assurance complémentaire, etc.) en Belgique ou ailleurs dans le monde.

Qui peut bénéficier du FSS ?

Le FSS peut intervenir dans vos frais de soins de santé si vous souffrez d'une **affection grave et rare nécessitant :**

- Un traitement spécifique
- Des soins continus et complexes
- Des techniques médicales innovantes

Quelles sont les conditions d'intervention ?

Pour les frais de soins de santé dispensés en Belgique, toutes les conditions suivantes doivent être respectées :

- Ces soins sont onéreux
- Les dispositifs médicaux sont rares
- Ces soins traitent une atteinte aux fonctions vitales qui est la conséquence directe de l'affection grave et rare
- Il n'existe aucune alternative en matière de diagnostic ou de thérapie dans le cadre de l'ASSI
- Ces soins ont une efficacité reconnue par les instances médicales et ont dépassé le stade expérimental
- Ils sont prescrits par un médecin spécialisé dans le traitement de cette maladie

Quelles sont les conditions d'intervention pour des soins dispensés à l'étranger ?

Une intervention pour des soins dispensés à l'étranger peut être accordée pour des cas dignes d'intérêt, **si les soins nécessaires ne sont pas dispensés en Belgique et si vous êtes obligés de vous rendre à l'étranger pour vous faire soigner.**

Cette intervention peut porter sur :

- Les prestations non prises en charge dans le cadre de l'ASSI belge et/ou
- Les frais de voyage et, éventuellement ceux d'un accompagnateur

Le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI doit donner dans ce cas un accord préalable pour que le malade se déplace à l'étranger afin d'y recevoir des soins et en fixe la date. Les soins sont prescrits par un médecin spécialisé dans le traitement de la maladie et autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Comment introduire la demande ?

La demande d'intervention du FSS est introduite **auprès du médecin-conseil de votre mutualité** par lettre recommandée à la poste ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction. Introduisez la demande dès que possible et au plus tard jusqu'à 3 ans après la prestation effectuée.

Pour les soins administrés en Belgique, la demande doit comporter :

- Une prescription médicale
- Un rapport médical détaillé
- Une déclaration sur l'honneur
- Une facture ou un devis détaillé, et dans certains cas, une attestation de délivrance

Pour les soins administrés à l'étranger, la demande doit comporter :

- Une prescription préalable des soins administrés à l'étranger
- Un rapport médical détaillé, démontrant que le cas est digne d'intérêt
- Une déclaration sur l'honneur
- Les factures
- Une autorisation préalable signée par le médecin-conseil de votre mutualité de vous faire soigner à l'étranger
- Si vous êtes accompagné et âgé de plus de 18 ans, un certificat médical attestant la nécessité d'être accompagné

L'intervention est accordée par le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI. C'est lui qui fixe le montant de l'intervention dans les limites de ses moyens financiers.

Bon à savoir

Vu la complexité du dossier à constituer pour introduire la demande, il est recommandé de s'adresser au **service social de votre mutualité** pour être accompagné dans cette démarche. Contactez le service social de votre mutualité via le numéro d'appel gratuit 0800 10 9 8 7.

EN SAVOIR PLUS ?

- > Consultez nos informations, des témoignages, les coordonnées d'associations de patients... sur www.mc.be/maladiechronique
- > Posez votre question sur www.mc.be/maladiechronique-contact
- > Prenez rendez-vous dans une permanence sociale de votre région

