

Le forfait de soins : une allocation pour les malades chroniques

En tant que malade chronique, vous pouvez être en perte d'autonomie et devoir assumer des dépenses importantes en matière de soins de santé. Le forfait de soins (communément appelé forfait malades chroniques) peut vous être octroyé à certaines conditions, de façon automatique.



Qu'est-ce que le forfait de soins ?

Le forfait de soins est une **intervention annuelle à destination des malades chroniques**.

Pour bénéficier du forfait de soins, le patient doit répondre à 2 conditions majeures :

- des dépenses de santé élevées
- une perte d'autonomie ou une situation de dépendance

Des dépenses de santé élevées

Les frais de soins de santé pour l'année civile en cours et l'année civile précédant la demande doivent atteindre un certain montant :

- **450€** par an de tickets modérateurs pour les malades chroniques ne bénéficiant pas de l'intervention majorée
- **365€** par an de tickets modérateurs pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée



Le ticket modérateur désigne la différence entre le tarif officiel d'une prestation de soins et le montant remboursé par la mutualité. Il s'agit donc de la somme qui reste à votre charge après le remboursement de la mutualité.

Une situation de dépendance ou assimilée

En plus des dépenses de soins élevées, le patient doit se trouver, au cours de l'année de la demande, dans une situation de dépendance reconnue par certains organismes ou par certains accords de soins de santé. Les 8 situations spécifiques qui définissent la perte d'autonomie sont les suivantes :

- 1) Avoir droit pendant au moins 3 mois au forfait B ou C dans le cadre des soins infirmiers.
- 2) Être 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) Satisfaire aux conditions médicales qui donnent droit à une allocation familiale majorée pour les enfants atteints d'un handicap ou d'une maladie grave.
- 5) Atteindre 12 points sur l'échelle de dépendance du Service public fédéral Sécurité sociale – Direction générale Personnes handicapées pour l'octroi de l'allocation d'intégration aux personnes handicapées ou l'allocation d'aide aux personnes âgées.
- 6) Bénéficier d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne.
- 7) Bénéficier d'une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne destinée aux personnes invalides avec charge de famille.
- 8) 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.

À combien s'élève l'intervention ?

La situation de perte d'autonomie du patient détermine le montant du forfait:

- Situation 1 : 700,73 €
- Situations 2, 3 et/ou 4 : 350,35 €
- Situations 5, 6, 7 et/ou 8 : 525,56 €

Que devez-vous faire pour obtenir le forfait de soins ?

Vous ne devez rien faire ! Votre mutualité dispose de tous les éléments nécessaires concernant votre situation. Les institutions envoient, par voie électronique, les attestations nécessaires à la mutualité pour que vous puissiez bénéficier du forfait de soins. Si vous remplissez les conditions d'octroi du forfait de soins, le montant auquel vous avez droit sera automatiquement versé sur votre compte bancaire.

Cette publication ne produit pas d'effet juridique. Elle est uniquement fournie à titre d'information.
Éditeur responsable : Alexandre Verhamme, Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Janvier 2023. Photo : © AdobeStock

EN SAVOIR PLUS ?

- Consultez nos informations, des témoignages, les coordonnées d'associations de patients, posez vos questions... sur mc.be/maladiechronique.
- Contactez le Service social. Plus d'infos au 081 81 28 28 ou sur mc.be/contact.

