

Vivre avec une insuffisance rénale chronique

Au-delà des problèmes de santé, l'insuffisance rénale occasionne des difficultés dans différents domaines de la vie quotidienne. Votre mutualité intervient dans les frais liés à la maladie, à travers le trajet de soins pour les patients en pré-dialyse, et le remboursement des frais de transport des patients dialysés.



Un encadrement optimal grâce au trajet de soins

Le trajet de soins est un **contrat entre un patient souffrant d'une maladie chronique, son médecin généraliste et le médecin spécialiste qui suit son traitement.**

Il comprend un suivi et un encadrement du traitement et des remboursements spécifiques et permet, par conséquent, une prise en charge optimale de la maladie. Il offre plusieurs avantages, y compris sur le plan financier :

- Le traitement de votre affection est organisé sur mesure et en fonction de votre situation ;
- Vous développez une meilleure connaissance de la maladie et restez étroitement associé au suivi du traitement ;
- Vous recevez toutes les informations sur la prise en charge de votre maladie (par ex. : avis d'un diététicien, podologue, etc.) ;
- Vous pouvez bénéficier d'un tensiomètre sur prescription médicale (remboursement plafonné à 60 €) ;
- Vos consultations chez le médecin généraliste (celui qui a signé le trajet de soins) et chez le médecin spécialiste sont intégralement remboursées (y compris le ticket modérateur) par votre mutualité à l'exception des suppléments d'honoraires ;
- Ce trajet de soins ouvre le droit à un remboursement pour des consultations de minimum 30 minutes chez un diététicien agréé (entre 2 et 4 consultations par an, en fonction de l'évolution de la maladie). Le ticket modérateur reste dû.

Qui peut bénéficier d'un trajet de soins ?

Vous avez accès au trajet de soins si :

- votre insuffisance rénale chronique est grave (GFR < 45 et mesuré à 2 reprises par une prise de sang) ;
- vous avez une insuffisance rénale chronique avec une protéinurie de plus de 1g/jour (mesurée à 2 reprises par un examen d'urine).

Vous devez également :

- être âgé de 18 ans au moins ;
- ne pas subir de dialyse rénale ni de transplantation ;
- être en état de vous rendre aux consultations ;
- avoir un dossier médical global (DMG).

Comment démarrer un trajet de soins ?

Pour débiter un trajet de soins, vous devez signer un contrat rédigé par votre médecin généraliste, en concertation avec vous et votre médecin spécialiste. Votre généraliste enverra alors une copie au médecin-conseil de votre mutualité. Celui-ci vous informera de la date d'application de votre trajet de soins.

À quoi s'engagent les bénéficiaires d'un trajet de soins ?

- Signer un contrat pour leur trajet de soins ;
- Consulter au moins 2 fois par an leur médecin généraliste ;
- Consulter au moins 1 fois par an leur médecin spécialiste.



En cas de coupure d'eau prévue ou en cas d'accident, la Société wallonne des Eaux et Hydrobru s'engagent à prévenir les personnes dialysées qui se sont préalablement manifestées auprès de leurs services. Ces personnes pourront ainsi bénéficier d'une livraison d'eau si nécessaire. Hydrobru prévoit également une intervention dans les frais de consommation d'eau des patients dialysés.

En savoir plus : swde.be ou hydrobru.be



Les frais de transport

- Si vous êtes dialysé, votre mutualité intervient dans les **frais de déplacement entre votre domicile et le centre de dialyse** (aller-retour) pour vos séances de dialyse, ainsi que pour vos consultations de contrôle périodique dans un centre si vous effectuez une dialyse à domicile.

Quel est le montant de l'intervention ?

- Remboursement intégral pour les voyages en transports en commun individuels ou en groupe, quelle que soit la distance, sur base des tarifs 2^e classe ;
- 0,32 €/km (aller et retour) pour tout autre type de transport individuel (votre propre véhicule, une ambulance, un taxi, etc.).
- En cas de transport en groupe (plusieurs patients utilisent le même véhicule pour se rendre ensemble au centre de dialyse), l'intervention est octroyée au patient dont la résidence est la plus éloignée du centre de dialyse. Sa mutualité doit donc communiquer aux mutualités des autres patients que l'intervention a été payée. Le montant de l'intervention est calculé en prenant la somme des distances entre les résidences effectives des différents patients + la distance entre le centre de dialyse et la résidence effective du patient pris en charge en dernier lieu.

Comment introduire une demande ?

La demande d'intervention est à introduire auprès de votre mutualité au moyen d'un formulaire disponible sur simple demande. Ce formulaire doit être complété par le centre de dialyse.



Des dispositifs existent pour réduire les dépenses de toute personne confrontée à une maladie de longue durée, grave et/ou particulièrement coûteuse. Le maximum à facturer (MAF) est un plafond au-delà duquel certains soins de santé sont intégralement remboursés. Il est octroyé automatiquement lorsque les frais de santé atteignent un montant déterminé en fonction des revenus imposables.

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.

