

Réalisation :
Cultures&Santé

Éditeur responsable : Denis Mannaerts
Rue d'Anderlecht, 148, 1000 Bruxelles
Éducation permanente / Promotion de la santé 2023
D/2023/4825/2

Cet outil peut être téléchargé sur notre site :
www.cultures-sante.be

L'outil peut être commandé gratuitement auprès
de notre centre de documentation :
cdoc@cultures-sante.be
+32 (0)2 558 88 10

Avec le soutien de :



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



INTRODUCTION	4
OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'OUTIL	6
DESTINATAIRES	6
CONTENU	7
LES MUTUALITÉS, C'EST QUOI ?	8
Leur histoire et organisation actuelle	8
LE SYSTÈME DES MUTUALITÉS	10
La sécurité sociale en Belgique.....	10
L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ASSI)*	11
Les organismes assureurs*	11
Le financement des mutualités en Belgique.....	12
Les autres financements des mutualités	13
LE RÔLE DES MUTUALITÉS	14
La mutualité en tant qu'organisme assureur*	14
L'assurance obligatoire*	15
L'assurance complémentaire*	18
Les assurances facultatives.....	19
Les services au sein de la mutualité	21
Le service social	21
Le service juridique	22
Le rôle politique des mutualités	22
Un rôle de prévention et de promotion de la santé	22
Les associations liées aux mutualités	23

LES DÉMARCHES EN LIEN AVEC LA MUTUALITÉ	26
Qui peut s'affilier* à une mutualité ?	26
Personne titulaire ou personne à charge ?.....	27
S'affilier* à une mutualité	29
Quand faut-il s'affilier à une mutualité ?	29
Que se passe-t-il si l'affilié-e ne paie pas ses cotisations ?	29
Que se passe-t-il si un-e affilié-e désire changer d'organisme assureur* ?	30
Les démarches en lien avec l'assurance obligatoire*	30
Se faire rembourser des dépenses liées aux soins de santé	30
Percevoir des indemnités*.....	32
Les démarches en lien avec l'assurance complémentaire*	35
Les démarches en lien avec l'assurance facultative*	35
Comment trouver des informations sur les mutualités ?	36
L'accueil.....	36
Le guichet.....	36
Le service social	37
Les supports d'information imprimés et numériques.....	37
GLOSSAIRE	38
RESSOURCES	41
Bibliographie.....	41
Outils.....	42
Sitographie	43
REMERCIEMENTS	44

INTRODUCTION

Cultures&Santé relève, depuis quelques années, un foisonnement croissant de besoins et de demandes relatives au système de santé, et plus spécifiquement au système des mutualités dans lesquels il n'est pas toujours facile de s'y retrouver et de s'orienter. Les questions sont multiples et de plusieurs ordres : tantôt sur le fonctionnement et les missions des mutualités, tantôt sur l'existence du système en lui-même, ses origines et son avenir.

Ces interrogations, que l'on se pose et que l'on nous pose, ne peuvent rester en suspens. Sans quoi, des droits restent inaccessibles, des soins de santé nécessaires sont retardés ou simplement ignorés, des inégalités se creusent.



Nous avons donc voulu nous emparer de la thématique sous le prisme de l'éducation permanente et de la promotion de la santé. Pour ce faire, nous avons proposé en octobre 2022 un premier outil pédagogique consacré à l'histoire des mutualités¹. En se penchant sur 10 moments-clés de l'histoire, celui-ci permet de poser un regard historique sur leur évolution : des premières formes de solidarité en Belgique jusqu'à ce que sont les mutualités aujourd'hui.

Dans ce deuxième volet, nous vous proposons une réflexion sur le **fonctionnement et le rôle** des mutualités dans la vie des citoyen·nes ainsi que dans la société.

L'animateur·rice trouvera dans le kit un premier guide proposant des **repères théoriques** sur le fonctionnement et les missions des mutualités. Iel trouvera également des **pistes d'animation** dans un deuxième guide accompagnant celui-ci. Celles-ci visent notamment le **renforcement** des savoirs et **compétences** des participant·es quand iels font face au système des mutualités et **à échanger de manière critique sur celui-ci**. Compétences qui, nous le pensons, seront utiles dans d'autres contextes et domaines en lien avec la vie quotidienne et le recours aux droits sociaux et de santé.

Ces guides théoriques et d'animation sont accompagnés d'une **affiche** qui représente des éléments-clés du système dans lequel s'inscrivent et opèrent les mutualités ainsi que d'**autres supports** utiles pour les animations.

Nous avons veillé à représenter les mutualités de manière générale, sans pointer les spécificités de chacune d'entre elles, afin de proposer une réflexion globale sur celles-ci.

¹ [Animer sur les mutualités : L'histoire des mutualités en Belgique \(cultures-sante.be\)](https://cultures-sante.be)



OBJECTIFS GÉNÉRAUX

DE L'OUTIL

Cet outil a pour objectif de permettre aux participant·es de :

- Comprendre le système des mutualités et poser un regard critique sur celui-ci
- Contribuer à renforcer leurs compétences à faire valoir leurs droits en matière d'assurance soins de santé et d'indemnités
- Contribuer à renforcer leurs compétences à chercher et utiliser les informations relatives aux mutualités

DESTINATAIRES

Cet outil s'adresse aux professionnel·les et volontaires intervenant dans le domaine de la santé (promotion de la santé, prévention, soins), de l'éducation (éducation permanente/populaire, alphabétisation, apprentissage du français, enseignement...), du social et du médico-social, de la formation professionnelle ainsi qu'aux citoyen·nes, patient·es, habitant·es, apprenant·es avec lesquelles elles ou ils travaillent.

CONTENU



Un **guide d'accompagnement** proposant des repères théoriques sur le fonctionnement des mutualités, leur financement, ainsi que certaines démarches et procédures auxquelles il est possible d'être confronté.

Ce guide est complété d'un **glossaire** (reprenant les mots marqués d'un astérisque*) et d'une liste de ressources utiles.



Un **guide d'animation** visant à soutenir les acteur·rices de terrain dans la mise en œuvre d'animations collectives sur le thème des mutualités. Il est divisé en 4 grandes parties et propose 9 séquences d'animation.



Une **affiche** illustrant le financement, le fonctionnement des mutualités ainsi que les différents types d'assurances existantes.



33 cartes illustrées « **Avantages et remboursements** ».



7 cartes illustrées « **Démarches et procédures** ».



15 cartes illustrées « **Situations de vie** ».

Des **supports annexes** disponibles en téléchargement ↓ sur le site de Cultures&Santé :



la définition à reconstituer,



des vignettes d'histoires fictives,



un formulaire-type,



une facture-type (version participant·e et version animateur·trice),



des cartes de jeux de rôle.

LES MUTUALITÉS,

C'EST QUOI ?

Les mutualités sont des institutions fondamentales en Belgique. Elles gèrent la couverture* de nos besoins de santé, permettent l'**accessibilité financière aux services de santé** et proposent un éventail de services qui accompagnent les personnes dans différents moments de vie (maladie, invalidité, premier emploi, grossesse, retraite...). Elles occupent donc une place spéciale dans le système de santé et font l'intermédiaire avec la population.

Depuis 1990, les mutualités opèrent en tant qu'*association de personnes physiques qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social*². La notion de santé y est globale et s'inspire de la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis sa création en 1948.

Les mutualités sont des **associations** qui fonctionnent sur un principe de **solidarité** et de **prévention**.

Elles permettent l'**accessibilité financière aux soins de santé** tout au long de la vie :

- En assurant les remboursements et indemnités* prévues par la sécurité sociale ;
- En développant d'autres services et avantages*.

LEUR HISTOIRE ET ORGANISATION ACTUELLE

Les mutualités sont le fruit d'une longue histoire basée sur la **solidarité entre les travailleurs et travailleuses**³. Elles se sont développées à partir de diverses orientations idéologiques et religieuses. Avec le temps, elles se sont ouvertes à tous·tes les travailleurs et travailleuses (salarié·es et indépendant·es) quelle que soit leur orientation philosophique et religieuse, même si elles gardent cependant encore des spécificités.

Par exemple, la mutualité chrétienne est née de caisses de solidarité dans les églises, la mutualité socialiste est le résultat d'une solidarité ouvrière et syndicale. Ces orientations peuvent encore se retrouver discrètement dans les priorités (accessibilité, services, actions) que se donnent les différentes mutualités.

² www.ocm-cdz.be/fr/particuliers/organisation-du-secteur/mutualites

³ Pour en savoir plus : [Animer sur les mutualités : L'histoire des mutualités en Belgique \(cultures-sante.be\)](http://cultures-sante.be).

En Belgique, les mutualités se sont regroupées en **5 fédérations qui représentent diverses tendances de la société belge** :

-  • l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes ;
-  • l'Union nationale des mutualités neutres ;
-  • l'Union nationale des mutualités socialistes ;
-  • l'Union nationale des mutualités libérales ;
-  • l'Union nationale des mutualités libres.

Les trois plus grandes mutualités en nombre d'affilié-es* sont aujourd'hui : l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, l'Union nationale des mutualités socialistes (Solidaris) et l'Union nationale des mutualités libres.

Lorsque l'on aborde la thématique des mutualités, il est également important de mentionner la **CAAMI** et la **Caisse de soins de santé de la SNCB** qui assurent des missions similaires au sein de notre société. Les spécificités de ces organismes sont décrites plus loin dans ce guide (cf. p. 12).



LE SYSTÈME

DES MUTUALITÉS

Dans cette partie, nous aborderons plus spécifiquement la **place des mutualités dans le système de sécurité sociale** en Belgique. Nous donnerons également quelques repères en lien avec les différentes sources de **financement** de celui-ci.



Les notions abordées :

- La sécurité sociale en Belgique
- L'Office national de sécurité sociale (ONSS)
- L'Assurance obligatoire pour soins de santé et indemnités (ASSI)
- L'Institut national d'assurance maladie et invalidité (INAMI)
- Les organismes assureurs (OA)

LA SÉCURITÉ SOCIALE EN BELGIQUE

Pour aborder le système des mutualités en Belgique et notamment son financement, il apparaît important de le replacer dans le système plus large qu'est celui de la sécurité sociale. La sécurité sociale en Belgique⁴ propose une **protection sociale** face à différents événements de la vie liés notamment à l'emploi, à la santé et à la famille.

Elle est basée sur un **principe de solidarité**. Elle est financée par une participation de l'État ainsi que par des cotisations* sociales. Ces cotisations sociales correspondent aux cotisations patronales payées par les employeur-euses et aux cotisations prélevées sur les salaires bruts des travailleur-euses.

La sécurité sociale en Belgique est gérée par l'**Office national de sécurité sociale*** (ONSS). Il reçoit et gère les montants financiers (cotisations sociales, patronales et intervention de l'État) et les redistribue dans les différentes branches (domaines) de la sécurité sociale.

⁴ Pour aller plus loin : voir l'outil « La sécurité sociale en Belgique », Cultures&Santé, 2023.

Cotisations sociales et cotisations individuelles

Les cotisations sociales mentionnées ici correspondent aux contributions financières des employeur·euses et travailleur·euses pour le financement de la sécurité sociale. Elles sont à distinguer des cotisations* individuelles évoquées dans le cadre des démarches en lien avec sa mutualité, qui correspondent au montant à payer pour être affilié·e* à celle-ci.

Pour le régime des personnes salariées (ouvrier·ères et employé·es), l'ONSS intervient dans différents domaines, appelés branches : soins de santé, allocations* familiales, accidents du travail, allocations de chômage, pensions...

Chaque branche est gérée par un organisme spécifique. Dans le cadre des soins de santé, c'est l'Institut national d'assurance maladie et invalidité* (**INAMI**) qui est l'organisme en charge de la gestion de l'**Assurance obligatoire soins de santé et indemnités** (ASSI) et de ses montants financiers.

L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS (ASSI)

L'**Assurance obligatoire soins de santé et indemnités*** (ASSI) correspond à la « branche santé » de la sécurité sociale. Cette assurance obligatoire permet à tous les résident·es en situation régulière sur le territoire belge :

- de se faire rembourser une partie de leurs **dépenses en matière de soins de santé**. L'ASSI propose une intervention* financière pour certains frais médicaux préventifs et curatifs ;
- de percevoir un revenu de remplacement, appelée **indemnité***, en cas de maladie, d'invalidité ou de congé de maternité, de paternité ou d'adoption.

L'**inscription** à cette assurance obligatoire ne se fait pas de manière automatique. Pour être couverts par celle-ci et avoir accès à leurs droits, les citoyen·nes doivent choisir un **organisme assureur** et s'y affilier. Sans cela, il n'est pas possible de bénéficier des remboursements ou indemnités. Cette démarche est expliquée dans la partie « Les démarches en lien avec la mutualité ».

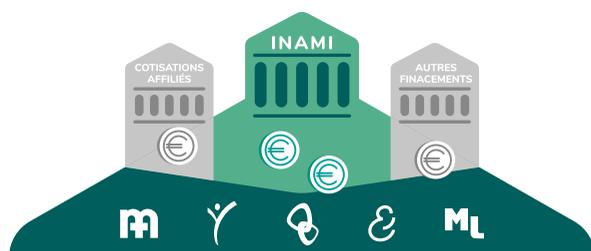
Les organismes assureurs

Les **organismes assureurs (O.A)*** font le relais entre l'assurance obligatoire soins de santé et invalidité et les citoyen·nes belges. Parmi les organismes assureurs, nous retrouvons :

- **la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI)***, qui est un organisme d'assurance public. Elle est gratuite et ouverte à tous·tes. Elle rembourse uniquement ce qui est compris dans l'assurance obligatoire ;
- **les mutualités**, qui sont des structures privées sans but lucratif. Elles demandent une cotisation individuelle et proposent notamment une série d'avantages* et services complémentaires (appelée assurance obligatoire complémentaire)* ;
- **la Caisse de soins de santé du HR-Rail**, réservée au personnel de la SNCB (chemin de fer belge).
- et, la **Vlaamse Zorgkas** qui est la Caisse d'assurance de soins flamande. Elle entre dans le cadre de la protection sociale flamande « la Vlaamse Sociale Bescherming » qui est un ensemble de systèmes de financement pour les personnes nécessitant des soins de longue durée. Elle est obligatoire pour toute personne habitant en Flandre et facultative pour les personnes résidant à Bruxelles.

LE FINANCEMENT DES MUTUALITÉS EN BELGIQUE

Dans le cadre de l'ASSI, c'est l'**Institut national d'assurance maladie et invalidité (INAMI)** qui est l'organisme en charge de la gestion des financements dédiés à son fonctionnement. L'INAMI décide, en **concertation** avec des représentant·es des professionnel·les et des mutualités, des **prestations* remboursées** et du **montant** de ces remboursements.



L'INAMI reçoit et répartit le budget de l'ASSI entre les organismes assureurs (OA) pour financer les prestations :

- de **l'assurance soins de santé** (ex. : remboursement d'une partie du coût d'une consultation médicale),
- de **l'assurance indemnités** (ex. : revenus de remplacement durant un congé de maternité)
- et les **frais administratifs et de fonctionnement** des organismes assureurs (OA) et de l'INAMI.

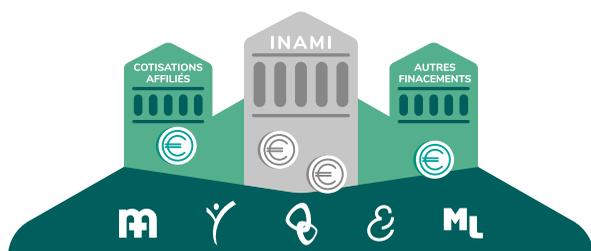
Les OA, de leur côté, perçoivent une enveloppe financière de l'INAMI au prorata du nombre de personnes affiliées, du nombre de personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)* et du nombre de personnes de plus de 65 ans. Les mutualités ciblent donc des publics

et mènent des campagnes promotionnelles pour avoir de nouveaux et nouvelles affilié-es, ce qui peut générer de la concurrence.

Le budget alloué par l'INAMI dépend également de la qualité des services proposés.

Les autres financements des mutualités

Avec la 6^e réforme de l'État, certaines des compétences de l'INAMI en **matière de soins de santé et d'aide aux personnes** (ex. : le sevrage tabagique) ont été transférées aux Régions et Communautés. Ces domaines sont désormais gérés par de nouveaux organismes spécifiquement dédiés appelés **sociétés mutualistes régionales**. Pour la Région bruxelloise, par exemple, c'est **Iriscare**⁵ qui prend en charge la gestion de ces matières et le financement des sociétés mutualistes régionales.



Les mutualités ont par ailleurs des rentrées propres, issues des **cotisations individuelles** des affilié-es pour l'assurance complémentaire et des **bénéfices** réalisés sur les assurances facultatives*.

Finalement, certains services développés par les mutualités relèvent d'autres **subsidés** publics. Par exemple, les services sociaux des mutualités sont agréés* et subsidiés par les Régions (secteur de l'aide sociale), les mouvements sociaux sont financés par le secteur concerné (ex : éducation permanente).

⁵ [Qui est Iriscare ?](#) | [Qui sommes-nous ?](#) | [Qui sommes-nous ?](#) | [Iriscare](#)



En bref

Le système des mutualités s'inscrit dans le système plus large de la sécurité sociale belge.

- La sécurité sociale est financée par des **cotisations patronales, salariales** et par **l'État** ;
- Cet argent est transmis à l'Office national de sécurité sociale (**ONSS**) qui le répartit entre les branches de la sécurité sociale. Une des branches est l'Assurance obligatoire soins de santé et indemnités (**ASSI**).
- L'**INAMI** gère la branche de l'**ASSI**. Elle constitue son budget et le répartit auprès des organismes assureurs pour sa gestion.
- Les organismes assureurs sont principalement les **mutualités**. Elles se chargent du remboursement des soins de santé et du paiement des indemnités auprès de leurs affilié-es.

LE RÔLE DES MUTUALITÉS

Les mutualités ont des missions variées, liées à leur rôle d'organisme assureur* mais également liées à leur histoire de mouvement social (actions politiques, actions de promotion de la santé, engagements sociaux...). Nous détaillerons dans cette partie les différents services et offres à destination de la population mais également le rôle joué par les mutualités au sein de la société.



Les notions abordées :

- Les différentes assurances des mutualités ;
- Les autres services des mutualités : le service social et juridique ;
- Les autres rôles des mutualités : le plaidoyer, les mouvements sociaux, la promotion de la santé.

LA MUTUALITÉ EN TANT QU'ORGANISME ASSUREUR

Comme nous l'avons vu précédemment, les mutualités assurent les **remboursements et indemnités*** dans le cadre de **l'assurance obligatoire*** (aussi nommée ASSI). Le montant de ceux-ci sont définis par l'INAMI, ils sont donc **identiques pour chaque mutualité**.

Une **cotisation*** est **obligatoire** pour être affilié* à une mutualité. Le montant des cotisations pour être affilié-e diffère d'une mutualité à l'autre. Cette cotisation permet de bénéficier de ce que les mutualités appellent **l'assurance complémentaire***. Ce sont d'autres avantages* et remboursements en matière de soins, de prévention et de bien-être proposés par les mutualités. Les avantages varient aussi d'une mutualité à l'autre.

La CAAMI, un autre organisme assureur, n'a pas d'assurance complémentaire, il n'y a donc pas de cotisations à payer.

Enfin, les mutualités proposent des **assurances facultatives*** qui sont des produits commerciaux (sur lesquelles elles peuvent faire des bénéfices). Ces assurances assurent un remboursement plus important pour des services spécifiques : hospitalisation, soins dentaires, soins ambulatoires*.

Obligatoire, complémentaire ou facultative : d'autres dénominations ?

Certaines mutualités peuvent nommer différemment leurs assurances. Elles diront, par exemple, « couverture* de base » ou « avantages » pour l'assurance obligatoire et complémentaire, et parleront simplement « d'assurances » pour les assurances facultatives. Il est nécessaire d'y être attentif·ve pour les distinguer !

📄 Qu'il s'agisse de l'assurance obligatoire, de l'assurance complémentaire ou encore d'une assurance facultative, activer ou bénéficier de ses droits et avantages nécessite souvent la réalisation de démarches pro-actives répondant aux procédures établies par les mutualités. Les démarches et procédures relatives aux différentes assurances sont expliquées dans la partie « Les démarches en lien avec la mutualité ».

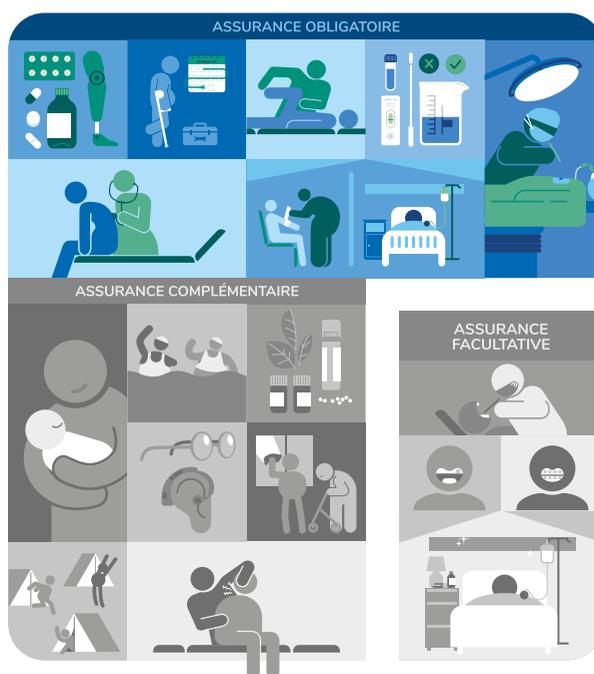
L'assurance obligatoire

L'**assurance obligatoire** comprend deux domaines : l'une pour le remboursement des **soins** de santé et l'autre pour le paiement d'indemnités aux personnes en **incapacité** de travail. Ces domaines représentent toutes les interventions* prévues par l'ASSI.

Les remboursements des soins de santé

Pour chaque prestation* en matière de soins de santé, le montant remboursé est fixé par l'INAMI et est le même pour toutes les mutualités. Il peut être plus important pour les personnes « Bénéficiaires de l'Intervention Majorée »* (BIM)⁶.

L'organisme assureur ne rembourse pas entièrement les dépenses de santé. La part qui reste à charge de l'affilié·e est appelée **ticket modérateur***. Si le ou la professionnel·le de soin n'est pas conventionné·e*, le patient·e pourra également avoir à sa charge des **suppléments d'honoraires***.



⁶ Explications et démarches du statut BIM, cf p. 28.

Le conventionnement

Les prestations et les montants qui sont pris en charge par l'assurance obligatoire sont définis et négociés **en concertation** entre plusieurs représentant-es (des prestataires de soins, des mutualités et de l'État).

Cette concertation définit également le montant des honoraires (ex : tarifs ou prix de la consultation) pour les professionnel·les sous la forme de **convention**. Les professionnel·les peuvent adhérer à cette convention, c'est-à-dire qu'ils et elles s'engagent à suivre ces montants réglementaires pour leurs honoraires : ils sont dits **conventionnés**. Les professionnel·les doivent en informer leur patient·e. Toutefois, un ou une médecin conventionné·e peut encore facturer des suppléments, il ou elle doit le signaler au patient ou la patiente à l'avance.

Honoraire d'un prestataire de soins conventionné

 PATIENT·E NON-BIM



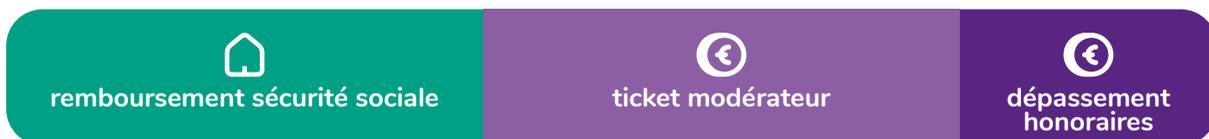
Tarif de convention



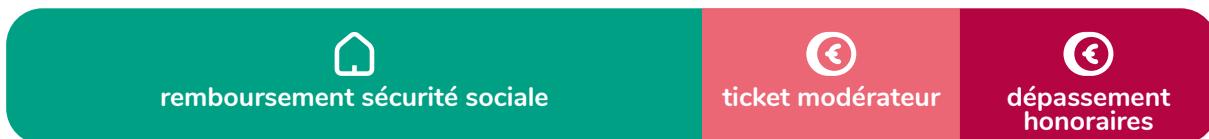
 PATIENT·E BIM

Honoraire d'un prestataire de soins non-conventionné

 PATIENT·E NON-BIM



Tarif de convention



 PATIENT·E BIM

 à charge de la mutualité   à charge du ou de la patient·e

Voici les types de prestations totalement ou en partie remboursées par l'assurance obligatoire :

- les visites et consultations* des médecins généralistes et des médecins spécialistes ;
- les soins donnés par les kinésithérapeutes ;
- les soins donnés par des infirmier·es et par des services de soins infirmiers à domicile ;
- les soins dentaires ;
- les soins psychologiques ;
- les accouchements ;
- les prothèses, voiturettes, bandages et implants ;
- les soins hospitaliers ;
- les soins en maison de repos pour personnes âgées ;
- les soins de rééducation fonctionnelle ;
- certains médicaments (préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques, médicaments génériques).

Certains diagnostics ou situations (ex. : maladie chronique, cancer) donnent un accès élargi à certaines prestations normalement non couvertes par l'assurance obligatoire.

Le paiement des indemnités

L'assurance obligatoire des mutualités gère également les **indemnités** versées aux personnes qui ne perçoivent plus de revenus (salaires ou allocations* de chômage) pour des raisons de santé ou de parentalité entraînant l'arrêt de travail total ou partiel.

On distingue « l'**incapacité de travail** » qui est une incapacité temporaire, de « l'**invalidité** » lorsque l'arrêt de travail dure plus d'un an.

Attention, lorsque l'arrêt de travail est causé par une maladie du travail ou un accident du travail, l'indemnité ne relève pas de la caisse ASSI. Dans ce cas précis, c'est la Caisse des assurances « accidents du travail » ou « maladie professionnelle » (FEDRIS) qui gèrent les indemnités. Elles ne relèvent donc pas des mutualités.

Les indemnités versées pour raisons de **parentalité** sont, quant à elles, bien gérées par les mutualités. Ce sont :

- le repos de maternité, pour les personnes qui viennent d'accoucher ;
- le congé de paternité ou de coparentalité ;
- le congé d'adoption ou parental d'accueil.

Les conditions d'octroi de ces indemnités dépendent du statut du parent concerné (salarié ou indépendant). De manière générale, ces congés doivent se prendre dans les premiers mois après l'arrivée de l'enfant dans le foyer.

L'assurance complémentaire

Lorsqu'on s'affilie à une mutualité et que l'on paie ses cotisations, on bénéficie automatiquement d'une **assurance complémentaire**. Celle-ci assure aux affiliés une série d'avantages en lien avec l'offre de soins de santé, de prévention et d'autres domaines de la vie quotidienne.

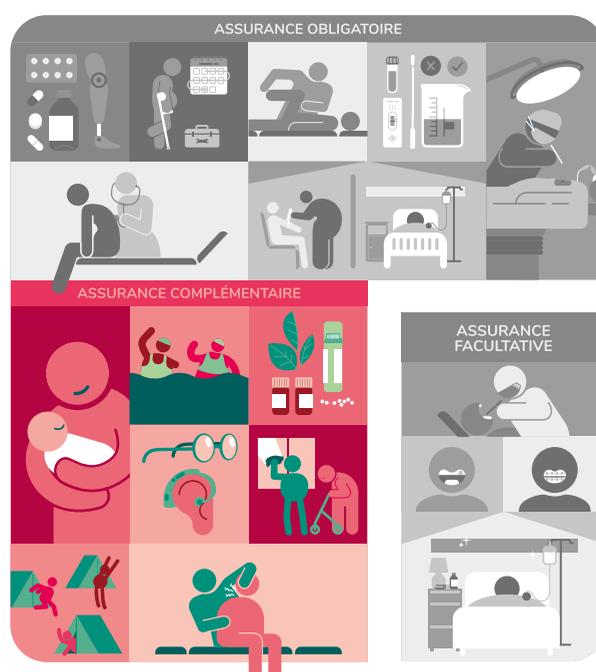
Une participation solidaire

Contrairement à l'assurance obligatoire, les avantages complémentaires proposés par les mutualités sont financés par les cotisations que chaque affilié·e paie à sa mutualité. Vous devez payer ce montant et être en ordre de cotisation pour profiter de ces avantages et ce, même si vous ne bénéficiez pas de toutes les offres (ex. : si vous ne portez pas de lunettes). Cet argent permet à la mutualité de développer ses services, c'est une participation solidaire.

Les avantages de l'assurance complémentaire

L'assurance complémentaire couvre certains frais en lien avec les soins de santé qui sont peu ou pas du tout remboursés par l'assurance obligatoire. On retrouve des avantages communs dans l'offre de toutes les mutualités, comme une participation aux frais d'inscription à un club de sport. À côté de cela, chacune affirme son identité en offrant des avantages qui répondent à une **vision élargie de la santé**.

De manière non-exhaustive et seulement à titre d'exemple – car d'une mutualité à une autre les offres sont différentes –, l'assurance complémentaire peut proposer⁷ :



⁷ Pour établir cette liste, nous nous sommes basées sur les offres communes à toutes les mutualités.

- Un meilleur remboursement de certaines prestations « soins de santé » couvertes par l'assurance obligatoire :
 - des vaccins, des dépistages, des aides au sevrage tabagique, la contraception ;
 - des tickets modérateurs des consultations médicales, paramédicales et psychologiques sous certaines conditions.
- Un remboursement partiel pour :
 - des dépistages de maladies et des consultations préventives (frottis, grain de beauté, allergies, audition...) ;
 - des consultations en diététique, pédicure, orthopédie, ergothérapie (sans conditions médicales) ;
 - des verres optiques, des lentilles de contact, des appareils auditifs (sans conditions médicales) ;
 - des thérapies alternatives (ostéopathie, acupuncture...) ;
 - une inscription à un club de sport, à un événement sportif ou à un test d'aptitude sportive (enfants et adultes) ;
 - des frais d'inscription pour des stages, camps et voyages scolaires ;
 - des frais en aide familiale ménagère et/ou de garde d'enfants ;
 - une assistance en cas de problèmes de santé à l'étranger.
- Une prime de naissance ou d'adoption.

Les assurances facultatives

Enfin, les mutualités proposent également des assurances facultatives. Celles-ci ne sont **pas obligatoires**. Elles offrent des remboursements plus importants en cas d'hospitalisation ou pour les soins dentaires, par exemple. Les affilié·es peuvent bénéficier de ces assurances facultatives, en s'inscrivant et payant une **prime***. Le montant de cette prime dépend de l'âge de la personne : plus on est âgé, plus on paie.



Le stage d'attente

Lorsque l'on souscrit une assurance facultative, il y a souvent un **stage d'attente*** avant de pouvoir en bénéficier. Le stage d'attente est la période durant laquelle la personne est inscrite à une assurance, paie déjà ses primes mais ne perçoit pas encore les avantages et remboursements de celle-ci. Généralement, cette période dure de **6 à 12 mois**. Ce stage existe pour éviter que les personnes s'inscrivent uniquement lorsqu'elles ont des frais importants à payer. Il est donc nécessaire d'anticiper pour pouvoir bénéficier des avantages d'une assurance facultative quand on en a besoin.

Ce stage n'existe que pour l'assurance facultative sauf si vous avez été exclu·e des droits à l'assurance complémentaire pour non-paiement de la cotisation. Le stage n'est généralement pas requis lors d'un changement d'une mutualité à l'autre, si vous étiez en ordre de cotisation à l'ancienne mutualité.

Un principe commercial

Les assurances facultatives ne sont pas basées sur un principe de solidarité. En effet, les personnes cotisent pour elles-mêmes au regard de leur risque de santé. En effet, plus elles sont âgées, plus elles paient cher. Par ailleurs, ces assurances sont des produits commerciaux. Les mutualités peuvent faire du bénéfice sur celles-ci.

Cependant, les bénéfices réalisés par les assurances facultatives (via les primes des affilié·es) sont reversés directement dans les services et les offres des mutualités. Contrairement aux assurances privées, les mutualités n'ont pas pour objectif de faire des profits.

Les différentes « assurances facultatives »

Voici quelques assurances proposées par des mutualités, à titre d'exemple :

- *L'assurance « hospitalisation »* : cette assurance rembourse les frais d'hospitalisation, c'est-à-dire lorsqu'une personne a une chambre et un lit (pas pour les consultations à l'hôpital ou les examens en ambulatoire). Les mutualités proposent généralement plusieurs niveaux d'assurances hospitalisation, avec des interventions plus ou moins complètes dans les frais hospitaliers. Notons que certaines assurances ne remboursent pas les hospitalisations en « One day », c'est-à-dire en hôpital de jour.
- *L'assurance dentaire* : cette assurance permet un meilleur remboursement des soins dentaires. Comme pour l'assurance hospitalisation, il existe plusieurs niveaux d'assurance remboursant plus ou moins bien les soins dentaires. Le stage d'attente est souvent graduel pour cette assurance, c'est-à-dire que le plafond* de remboursement augmente au fur et à mesure des années d'inscription.
- *L'assurance ambulatoire** : cette assurance intervient pour les soins et examens réalisés en dehors d'une hospitalisation ainsi que pour le remboursement de médicaments et de matériel médical (ex. : lunettes, semelles orthopédiques). Toutes les mutualités ne la proposent pas.

Obligatoire, complémentaire ou facultative ?

Beaucoup de prestations peuvent être remboursées par les trois assurances. C'est le cas par exemple de certaines consultations, d'exams ou de frais hospitaliers.

- L'assurance obligatoire prévoit un **remboursement de base**.
- Dans **certaines conditions**, l'assurance complémentaire prend en charge une partie ou la totalité du **ticket modérateur**.
- Enfin, l'assurance facultative **couvre le reste des frais** (ex : reste du ticket modérateur, dépassement d'honoraires).

📄 Si de plus en plus de démarches en lien avec les remboursements liés à l'assurance obligatoire sont informatisées ou automatisées, il est encore souvent nécessaire de réaliser des démarches proactives pour avoir accès aux indemnités ou aux avantages des autres assurances proposées par les mutualités. Celles-ci sont détaillées dans la partie « Les démarches en lien avec la mutualité ».

LES SERVICES AU SEIN DE LA MUTUALITÉ

En lien avec leurs différentes missions, il existe au sein des mutualités plusieurs services. Nous avons pris le parti dans ce guide d'en présenter deux : le **service social** et le **service juridique**. D'autres services ou partenariats sont proposés aux affilié·es voire à d'autres personnes afin de faciliter les démarches ou réduire leurs coûts : service d'achat et location de matériel, service d'aide à domicile, les soins à domicile, etc.



Le service social

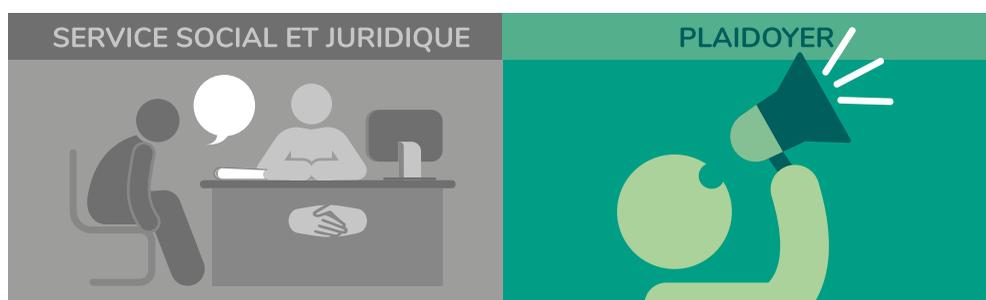
Le service social des mutualités accompagne **toute personne** (pas seulement les affilié·es) lorsque sa situation de vie (notamment administrative) est plus complexe. Il peut informer, accompagner dans les démarches, faciliter le recours aux droits, fournir une aide administrative, répondre aux questions des personnes qui font face à des situations de vie difficile

(ex. : logement précaire, maladie rare, difficulté dans les études) et les orienter vers les services compétents (ex. : d'autres services de la mutualité, un CPAS, des associations de patient·es). Ce service est généralement accessible lors de permanences, sur rendez-vous, par téléphone ou mail. Il est en partie financé par les fonds propres des mutualités et des subsides et ne dépend pas de l'INAMI.

Le service juridique

Le service juridique, appelé également service « Défense des membres », propose des conseils juridiques et un accompagnement aux affilié·es lors de conflits avec des structures ou professionnel·les de soins. Le service juridique peut vous aider à réclamer vos droits en cas d'erreur médicale ou de facturation.

LE RÔLE POLITIQUE DES MUTUALITÉS



Les mutualités et la CAAMI jouent un rôle administratif dans l'assurance obligatoire, elles appliquent les règles définies par le législateur et ne peuvent pas les changer. Cependant, elles font parties des différents comités, conseils et collèges aux côtés des représentant·es des travailleur·euses, des représentant·es du patronat, des professionnel·les du soin et des représentant·es de l'État qui gèrent ensemble l'assurance soins de santé. Par ces **concertations**, elles participent notamment à fixer les types de prestations remboursées et leurs montants.

Les mutualités sont des organisations qui se basent sur un **fonctionnement démocratique**. En effet, des représentant·es des affilié·es siègent dans leurs assemblées générales et conseils d'administration. Par ailleurs, les mutualités ne sont pas des services commerciaux.

Plusieurs mutualités se sont également engagées dans les missions suivantes : informer, accompagner et défendre les affilié·es. C'est ce qu'on appelle un **corps intermédiaire**, qui fait le relais et défend le droit des affilié·es auprès du politique (comme le sont les syndicats, par exemple). C'est ainsi qu'elles interviennent dans les concertations relatives aux politiques de santé.

UN RÔLE DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Par ailleurs, chaque mutualité se doit de mener des actions de **prévention** et de **promotion de la santé**, c'est-à-dire, des actions qui permettent aux individus et groupes d'avoir plus de moyens pour améliorer ou préserver leur santé, en prenant en compte tout ce qui l'influence au-delà du soin (les conditions de vie, de travail, les revenus, l'emploi). Ces actions sont menées auprès de leurs affilié·es mais sont aussi destinées au grand public ou à d'autres publics spécifiques.

Les plus grandes mutualités ont développé un service de promotion de la santé et les plus petites mènent des actions de promotion de la santé. Finalement, le service ou les actions implémentées par les mutualités ont pour objectif principal de promouvoir le bien-être physique, mental et social des personnes. Cela passe notamment par la mise en œuvre de campagnes pour sensibiliser divers publics à certaines questions comme la santé mentale, la contraception ou l'alimentation. Elles sont également partenaires des autorités et des administrations et relaient les campagnes de santé publique et de prévention (ex. : dépistage du cancer, vaccination, sevrage tabagique).

LES ASSOCIATIONS LIÉES AUX MUTUALITÉS

Au fil du temps, des associations liées aux mutualités se sont créées afin de répondre aux besoins de leurs affilié·es, pour améliorer l'accès aux soins ou pour répondre à leur vision globale de la santé (bien-être social, mental et physique).

Ces associations relèvent de mouvements sociaux en lien avec divers enjeux et centrés sur différents types de publics affiliés ou non à la mutualité : droits des femmes et minorités de genre, droits des aîné·es, des jeunes, des personnes porteuses d'un handicap... Ces associations peuvent développer des actions d'éducation permanente (ex. : animations de sensibilisation, création d'outils pédagogiques) ou mettre sur pied des services spécifiques (ex. : transport de malades, cours d'éducation physique adaptée).

D'autres associations liées aux mutualités opérationnalisent d'autres services comme l'organisation de camps de vacances ou d'activités de loisirs.

Elles s'inscrivent dans l'histoire sociale des mutualités. Elles sont généralement gérées et financées en partie par la mutualité à laquelle elles se rapportent. Actuellement, certaines associations se sont totalement détachées de la mutualité, et ont un financement et une gestion autonomes.

Enfin, nombre de ces associations s'inscrivent dans un cadre législatif et sont financées par les autorités publiques pour poursuivre leurs missions.



En bref

Les mutualités sont des organismes assureurs.

Les mutualités et la CAAMI remboursent les prestations prévues par **l'ASSI**. Pour cette **assurance obligatoire** les remboursements sont les mêmes dans toutes les mutualités et à la CAAMI. Cette assurance comporte :

- **l'assurance soins de santé**, qui couvre partiellement le coût des consultations en médecine et psychologie, des soins médicaux, paramédicaux et infirmiers (à l'hôpital, en institution, en cabinet ou à domicile) et de certains médicaments et matériels médicaux ;
- **l'assurance indemnités**, qui garantit un revenu lors d'une situation d'invalidité, d'une incapacité de travail, d'un repos de maternité et de congés liés à la parentalité.

Les mutualités proposent en plus d'autres services et avantages, c'est **l'assurance complémentaire**. Cette assurance est variable pour chaque mutualité, elle comporte :

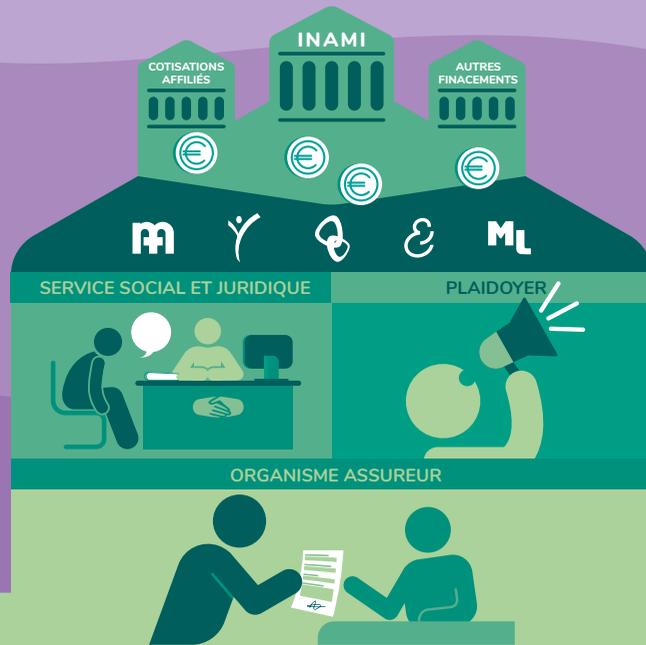
- un **meilleur remboursement** ou un remboursement total de prestations couvertes par l'assurance obligatoire ;
- un **remboursement** pour d'autres prestations médicales, préventives ou autres.

Les mutualités proposent également des **assurances facultatives**. Pour celles-ci une cotisation supplémentaire, appelée prime, et un stage d'attente seront nécessaires. Elles offrent un meilleur remboursement des soins (en fonction de l'assurance choisie) et des services spécifiques. Elles varient également d'une mutualité à une autre.

Pour avoir accès aux avantages et remboursements de ces différentes assurances, des **démarches pro-actives** sont souvent nécessaires.

Les mutualités endossent d'autres rôles et offrent d'autres services, en cohérence avec une approche globale de la santé :

- services à la personne dans d'autres domaines que le médical (social et juridique) ;
- plaidoyer politique ;
- services et actions de prévention et de promotion de la santé ;
- mouvements sociaux et activités de loisirs.



ASSURANCE OBLIGATOIRE



ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE



ASSURANCE FACULTATIVE



LES DÉMARCHES

EN LIEN AVEC LA

MUTUALITÉ

Le système des mutualités en Belgique permet un accès aux droits et aux services de soins et de santé. Son fonctionnement s'avère toutefois relativement complexe. Il oblige les personnes à devoir effectuer des démarches administratives auxquelles il n'est pas possible d'échapper pour faire valoir leurs droits.

Cependant, ces démarches peuvent varier d'une prestation* à l'autre ou selon les mutualités. Nous proposons dans cette partie d'expliquer le plus clairement et le plus globalement possible les principales démarches et procédures associées au système des mutualités.



Les notions abordées :

- Personne titulaire et personne à charge
- Le statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée)
- Les démarches pour :
 - S'affilier à une mutualité
 - Changer de mutualité
 - Obtenir des remboursements en lien avec l'assurance obligatoire, complémentaire et facultative
 - Percevoir des indemnités
- Les différentes sources d'information en lien avec les mutualités

QUI PEUT S'AFFILIER À UNE MUTUALITÉ ?

Les mutualités sont accessibles à tous·tes les résident·es belges travaillant de manière légale ou étant personne à charge, en situation régulière sur le territoire belge.



- 📄 Les personnes sans titre de séjour ne peuvent pas s'affilier* à une mutualité. Pour les personnes sans chez-soi, une adresse de référence peut permettre l'affiliation à une mutualité.⁸
- 📄 Les personnes qui ont introduit une demande d'asile avec une attestation d'immatriculation et qui travaillent de manière légale sur le territoire peuvent s'affilier à une mutualité.⁹
- 📄 Les travailleurs et travailleuses salarié·es et indépendant·es, les étudiants de l'enseignement supérieur et les mineur·es étranger·es non accompagnés (MENA) sous certaines conditions¹⁰ peuvent s'inscrire comme personne titulaire.

Personne titulaire ou personne à charge ?

Il est possible de bénéficier de l'assurance obligatoire et complémentaire sans payer de cotisations* personnelles. Dans cette situation, on s'inscrit à la mutualité en tant que **personne à charge d'une personne titulaire** (qui, elle, paie ses cotisations).¹¹

Plusieurs catégories de personnes peuvent être « à charge » : un·e conjoint·e, un·e cohabit·ant·e, un enfant de moins de 25 ans ou un·e ascendant·e (parents ou grands-parents voire beaux-parents). Pour cela, il est nécessaire, selon les catégories, de respecter une ou plusieurs conditions de résidence ou de revenus, par exemple. Afin de vérifier si une personne entre dans cette catégorie, il est important de prendre ses renseignements auprès de la mutualité de son choix.

- 📄 En règle générale, les enfants/jeunes adultes de moins de 25 ans (domiciliés ou non chez le ou la titulaire) ou les personnes domiciliées chez le ou la titulaire ayant un revenu faible pourront être personne à charge.

⁸ Guide pour les sans-abri en collaboration avec le front commun SDF, SPP Intégration sociale, Bruxelles Janvier 2023, p. 11.

⁹ [Liste des situations de séjour qui donnent lieu à une dispense | Bruxelles Économie et Emploi \(economie-emploi.brussels\)](#)

¹⁰ Assurance-maladie en Belgique, Site Medimmigrant, p. 33 [consulté le 31 août 2023].

¹¹ www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/droit-remboursement-soins-personne-charge.aspx

Le statut Bénéficiaire de l'Intervention Majorée* (BIM)

Ce statut BIM (anciennement appelé VIPO) est un statut octroyé par les mutualités. Il permet au patient ou à la patiente concerné·e de :

- bénéficier d'un meilleur remboursement des soins de santé et donc de diminuer le montant du ticket modérateur*;
- ne pas avancer les frais remboursés par la mutualité, ou simplifier les démarches de remboursement.

Le statut BIM peut également permettre d'accéder sous certaines conditions à :

- des réductions pour les abonnements de transports en commun ou à des abonnements téléphoniques ;
- un tarif social en matière d'énergie (gaz, électricité, eau) ;
- d'autres aides régionales ou provinciales (ex : supplément social pour les allocations familiales ou réduction de taxes).

Les personnes à charge d'un titulaire ayant le statut BIM en bénéficient également.

Comment obtenir le statut BIM ?¹²

Si vous recevez une allocation* du CPAS, de la GRAPA (garantie de revenu aux personnes âgées), une allocation pour personne en situation de handicap ou si vous êtes un·e orphelin·e de moins de 25 ans, un·e MENA (mineur·es étranger·es non accompagnés·es), la mutualité vous octroie automatiquement le statut BIM.

Si vous avez un statut particulier qui vous précarise (ex. : famille monoparentale, veuf ou veuve, chômeur·euse longue durée.) ou avez des bas revenus, **vous pouvez faire la demande du statut BIM auprès de votre mutualité** qui l'évaluera en fonction des revenus de votre ménage.

Pour obtenir les avantages* et réductions, le statut BIM est directement visible sur la puce de la carte d'identité. Cependant, il est possible d'obtenir une attestation BIM auprès de sa mutualité.

¹² Une vidéo explicative du statut BIM a été réalisée par Bruxelles Formation : [Une nouvelle vidéo pour informer sur le statut BIM \(Bénéficiaire de l'Intervention Majorée\) - Bruxelles Formation.](#)

S’AFFILIER À UNE MUTUALITÉ

En Belgique, chacun·e est libre de choisir la mutualité à laquelle il souhaite s’affilier et de changer de mutualité, au regard de sa situation personnelle et de ses besoins.

La mutualité se doit d’accepter tout le monde (si la personne est ordre de cotisation) quels que soient l’âge ou la présence d’une pathologie éventuelle.

Quand faut-il s’affilier à une mutualité ?

- Lorsque vous atteignez l’âge de 25 ans (que vous soyez étudiant·e, salarié·e, chômeur·euse ou en stage d’attente) ;
- Lorsque vous avez fini vos études et avez trouvé un premier emploi ;
- Lorsque vous percevez des allocations de chômage ;
- Lorsque vous commencez une activité d’indépendant·e ;
- Lorsque que vous arrivez sur le territoire et que vous entrez dans les conditions.

 L’inscription se fait en remplissant un formulaire d’affiliation à la mutualité de votre choix. Il est possible de s’inscrire directement en ligne ou de prendre rendez-vous dans une agence*. Le formulaire peut également être téléchargé et envoyé par courrier postal.

Les mutualités peuvent choisir librement le montant de leurs cotisations mais celui-ci doit être le même pour tous·tes leurs affilié·es¹³. Si vous êtes en ordre de cotisation, même en tant que nouveau titulaire, vous pouvez bénéficier directement des avantages proposés dans l’assurance complémentaire.

 La cotisation individuelle se paie généralement tous les trois mois auprès de la mutualité (par virement bancaire).

Que se passe-t-il si l’affilié·e ne paie pas ses cotisations ?

Si un·e affilié·e n’est pas en ordre de cotisation, la mutualité peut suspendre temporairement l’accès aux avantages complémentaires mais ne **pourra jamais refuser de payer les remboursements en matière de soins de santé ou l’octroi d’indemnités*** en cas d’incapacité ou de parentalité liés à l’assurance obligatoire.

Si une personne ne paie pas ses cotisations pendant 24 mois (2 ans), elle sera définitivement exclue de l’assurance complémentaire (et des éventuelles assurances facultatives, même si elle est en ordre de cotisations pour celles-ci).

¹³ Certaines personnes, qui ne paient pas leurs cotisations sociales en Belgique dans le cadre d’un revenu professionnel, peuvent avoir droit à l’ASSI via le paiement d’une cotisation personnelle plus élevée.

Il lui faudra alors effectuer **un stage d'attente*** de 24 mois (pendant lequel elle paie ses cotisations) avant de pouvoir à nouveau bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire. Elle aura pendant cette période toujours droit aux remboursements et indemnités de l'assurance obligatoire.

Que se passe-t-il si un-e affilié-e désire changer d'organisme assureur ?

Une personne peut changer d'organisme assureur* si elle est **affiliée depuis plus de 12 mois** au moins à l'actuel. Pour ce faire, elle peut **s'adresser directement à son nouvel organisme assureur** (mutualités ou CAAMI). Ce dernier se chargera des démarches nécessaires auprès de l'ancien organisme assureur. Les droits et avantages de la personne sont maintenus tout au long du processus (ex : paiement des indemnités). Aucun stage d'attente ne devra être effectué dans le nouvel organisme (si la personne est en ordre de cotisations). Ce changement est gratuit.

Le changement s'effectuera **au début du trimestre** suivant la demande (à partir du 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet ou 1^{er} octobre). Pour cela, la demande doit être réalisée au plus tard au début du mois précédant le nouveau trimestre (au début des mois de décembre, mars, juin ou septembre).

LES DÉMARCHES EN LIEN AVEC L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

Se faire rembourser des dépenses liées aux soins de santé

Les informations qui suivent s'applique aux consultations* en dehors des cas spécifiques comme certaines maisons médicales qui appliquent un paiement annuel au forfait.

Si le principe du tiers-payant* est appliqué :

Le ou la patient-e ne paie que sa part personnelle (le ticket modérateur), la mutualité rembourse la consultation ou le traitement directement au prestataire de soins*.

Le tiers payant est désormais obligatoire pour :

- les prestations fournies pendant l'hospitalisation ;
- les prestations des médecins généralistes pour les personnes ayant droit à un remboursement majoré (statut BIM), pour les personnes ayant ouvert un Dossier Médical Global (DMG)* ;
- pour certaines prestations dentaires.

Une application du tiers-payant reste possible mais non obligatoire pour tous les prestataires de soins pour toutes les autres prestations.

Le Dossier Médical Global

Quel que soit votre âge, vous pouvez demander l'ouverture d'un dossier médical global (DMG) chez votre médecin généraliste. Celui-ci contiendra toutes vos informations médicales (ex. : résultats d'examens, traitements en cours). Cela permettra un meilleur suivi médical. Ouvrir un DMG auprès de son ou sa médecin généraliste permet également de diminuer le prix de votre consultation.

Si le principe du tiers-payant n'est pas appliqué :

La personne devra payer l'entièreté des frais liés à une consultation ou à un traitement chez un·e prestataire de soins (ex. : médecin, pharmacien·ne, kiné). Une partie de ceux-ci seront remboursés par sa mutualité ou par la CAAMI dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Pour bénéficier de ce remboursement, la personne doit donner à la mutualité une preuve du montant payé. Celle-ci prend généralement la forme d'**une attestation de soins***. Pour obtenir un remboursement, il est nécessaire de :

- coller **une vignette*** (fournie sur demande par la mutualité) sur l'attestation de soins ;
- de la déposer dans la boîte aux lettres de sa mutualité ou de l'envoyer par courrier postal (en commandant des enveloppes déjà affranchies auprès de la mutualité) ;
- Le remboursement se fait généralement sur le **compte bancaire** du titulaire, renseigné lors de l'inscription.

La mutualité aura toujours besoin de la version originale de l'attestation. La demande de remboursement peut s'introduire **dans les deux ans** suivant la date de la prestation ou de la consultation.



Les attestations de soins électroniques

Il est possible désormais pour des prestations délivrées par des **médecins généralistes**, des **médecins spécialistes** et des **dentistes** d'envoyer directement les attestations de soins **par voie électronique** à la mutualité de leur patient·e :

- le ou la patient·e paie sa consultation et reçoit un document justificatif à garder ;
- il ou elle ne doit pas faire de démarches auprès de sa mutualité ;
- le remboursement arrive ultérieurement sur son compte bancaire.

Le document justificatif reçu peut être nécessaire pour suivre le remboursement auprès de sa mutualité ou pour un remboursement supplémentaire auprès de son assurance facultative.

Ce système d'envoi d'attestation de soins par voie électronique n'est **pas obligatoire**. C'est au prestataire de soins de décider s'il veut l'utiliser ou non.

Percevoir des indemnités¹⁴

Pour des raisons de santé

Lorsque notre état de santé ne nous permet plus de travailler, la mutualité peut verser des revenus de remplacement appelés **Indemnités**^{*15}. Les démarches varient **selon le statut** de la personne qui en fait la demande (ouvrier·ère, employé·e, indépendant·e ou chômeur·euse).

Voici les principales étapes pour pouvoir accéder à ce droit lors d'une incapacité de travail :

- pendant les 30 premiers jours d'absence (14 jours pour les ouvriers et ouvrières), c'est votre employeur·euse qui continue de vous verser votre salaire. C'est ce qu'on appelle le **salaire garanti**,
- ensuite, un **certificat d'incapacité de travail** devra être rempli par votre médecin. Vous devrez l'envoyer au ou à la médecin-conseil* de la mutualité au plus tard 2 jours avant la fin de la période de salaire garanti. Ce document peut être trouvé auprès de votre mutualité,
- le ou la **médecin-conseil** analyse de manière indépendante votre droit aux indemnités. Il peut vous convoquer pour un **examen médical**. Il fait part de sa décision à votre mutualité,

¹⁴ Pour avoir droit à ces différentes indemnités, il est nécessaire d'avoir un minimum contribué à la sécurité sociale sous la forme de cotisations sociales l'année précédente. Ces montants minimums varient d'une indemnité à l'autre. Il est utile de se renseigner auprès de sa mutuelle.

¹⁵ Voir à ce propos le rôle des mutualités dans la partie « le paiement des indemnités », p. 15.

- si vous n'êtes pas d'accord avec la décision du ou de la médecin-conseil*, il est possible de demander une nouvelle visite (avec de nouveaux documents ajoutés au dossier) ou d'introduire un recours auprès du Tribunal du travail,
- un dossier est ensuite rempli auprès de votre mutualité qui calculera le **montant de vos indemnités** en fonction de votre situation,
- en cas de **prolongation ou rechute**, il est nécessaire d'en informer le ou la médecin-conseil,
- si l'on désire partir à l'étranger, il est important de prévenir minimum deux semaines à l'avance sa mutuelle (voyage en Europe) ou son sa médecin-conseil (voyage hors Europe),
- au bout de **12 mois** d'incapacité, vous passez sous un statut d'**invalidité**. Il n'est plus nécessaire de transmettre les certificats médicaux à la mutualité.

Les politiques de remise au travail

À la suite de l'augmentation croissante du nombre de personnes en invalidité¹⁶ en Belgique, des réformes ont été mises en place ces dernières années pour tenter de contenir l'augmentation des dépenses de l'assurance indemnités et favoriser un retour à l'emploi.

Par exemple, depuis janvier 2022, à leur initiative ou celle du médecin-conseil, un **coordinateur « Retour au travail »** de la mutualité accompagne les personnes en incapacité de travail dans leur **trajet de réintégration** sur le marché du travail.

Si ces trajets, proposant notamment un **suiti individualisé**, peuvent s'avérer bénéfiques pour certaines situations, ils suscitent cependant de nombreuses **critiques**. Tout d'abord, parce que depuis peu, ils prévoient des **sanctions financières** dans certains cas pour les personnes indemnisées, mais encore trop peu de responsabilisations, notamment financières, pour les employeurs.

Ensuite, parce que ces trajets s'attaquent aux symptômes et non à certains **facteurs structurels**¹⁷ causant le phénomène : détérioration des conditions de travail dans certains secteurs, politiques d'activation et de conditionnement des allocations sociales ou de chômage, limitation de l'accès aux régimes de prépension ou de retraite anticipée, faiblesse des politiques de prévention des risques psychosociaux au travail, etc.

De plus en plus instaurées, ces politiques de remises au travail concrétisent la vision néolibérale portée par l'État social actif depuis les années 2000 en Belgique qui veut que l'assuré·e social·e soit "responsabilisé·e" voire responsable.¹⁸

¹⁶ La part de personnes invalides dans la population a presque doublé entre 2003 et 2018 en Belgique (passant de 3,2% à 5,7%).

¹⁷ De Brouwer O. et Fontaine M., L'incapacité de travail en Belgique : un état des lieux critique, Smart.be, Janvier 2022.

¹⁸ Ibid.

Pour des raisons de parentalité

Pour les **personnes enceintes qu'elles soient salariées ou chômeuses**, 15 semaines de congés sont prévues (jusqu'à 19 semaines pour les grossesses multiples), dont 1 semaine obligatoire avant le terme. Voici les principales étapes pour pouvoir accéder à ce congé de maternité :

- prévenir votre **employeur** ;
- **transmettre à votre mutualité** :
 - le certificat médical précisant la date à laquelle votre accouchement est prévu,
 - la date à laquelle vous voulez commencer votre repos de maternité ;
- arrêtez de travailler ou interrompez le chômage contrôlé, à partir de la date à laquelle vous commencez votre repos de maternité ;
- donnez à votre mutualité, le plus rapidement possible, un **extrait de l'acte de naissance** de votre enfant ou un **certificat médical** confirmant sa naissance. Sur base de ce document, votre mutualité déterminera la fin de votre repos de maternité ;
- pour la reprise du travail, la mutualité fournit un **avis de reprise du travail ou du chômage** à faire compléter et signer par l'employeur. Il devra être renvoyé à la mutualité dans les 8 jours suivant la reprise du travail.

Pour les pères ou les coparent-es salarié-es, un congé de 20 jours est prévu après chaque naissance. Celui-ci est facultatif, mais l'employeur ne peut pas le refuser. Il doit être pris dans les 4 mois suivant l'accouchement. Les 3 premiers jours sont payés par l'employeur, les 17 suivants par la mutualité. Ces jours de congé doivent être pris par journée entière mais peuvent être échelonnés sur les 4 mois. Les démarches à faire sont :

- prévenir votre employeur de l'accouchement à venir. Aucune procédure légale n'est prévue, ni aucun délai avant l'accouchement ;
- faire votre demande à la mutualité :
 - remplir et renvoyer le formulaire de demande pour congé de paternité de la mutualité avec une copie de l'acte de naissance,
 - remplir et renvoyer la feuille de renseignements renvoyée par la mutualité (situation professionnelle et état de santé),
 - l'employeur devra également remplir un document de la mutualité.

Il existe également des congés et des indemnités spécifiques lors de **l'adoption ou de l'accueil d'un enfant mineur**.

Indemnités et impôts

Les indemnités ne représentent qu'une partie du salaire brut. Cette partie diminue avec le temps. La mutualité verse donc un pourcentage du salaire brut. Par exemple, il est de 82% le premier mois du congé de maternité et passe à 75% à partir du 2^e mois de congé.

L'année suivante, il faudra payer les impôts sur ces indemnités. Il est donc important d'anticiper ce versement d'impôts.

LES DÉMARCHES EN LIEN AVEC L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Ces avantages et remboursements varient d'une province ou d'une région à l'autre au sein d'une même mutualité et entre les mutualités. L'objectif de cette variabilité est, pour les mutualités, de s'adapter au mieux aux besoins spécifiques et locaux des leurs affiliées. Ces prestations ne sont pas remboursées automatiquement. Il faut donc être au courant de leur existence et demander les remboursements qui y sont liés :

- ☞ soit directement auprès du ou de la prestataire (ex. : opticien·ne, organisateur·trice du stage, responsable du club de sport, pharmacien·ne.) qui vous remet un document ou une facture complétée à remettre à la mutualité ;
- ☞ soit en remplissant vous-même les formulaires, disponibles en ligne ou au guichet de la mutualité.

LES DÉMARCHES EN LIEN AVEC L'ASSURANCE FACULTATIVE

Pour s'inscrire et bénéficier d'une assurance facultative* auprès de votre mutualité, les démarches peuvent également varier d'une mutualité à l'autre. Voici quelques points d'attention en lien avec celles-ci :

- s'affilier à une assurance facultative nécessite, comme pour d'autres assurances (ex. : habitation, voiture), de bien cerner **ce qui est couvert et ce qui ne l'est pas** (et les montants des franchises éventuelles, des coûts à charge de la personne) ;
- les **montants à payer** peuvent dépendre de plusieurs éléments comme l'âge au moment de l'affiliation, la couverture* choisie (restreinte ou élargie), la composition du ménage... ;

- un **stage d'attente** d'une durée généralement de 6 mois est obligatoire ;
- les **démarches** pour obtenir des remboursements sont similaires à celle de **l'assurance complémentaire**. Selon les cas et les mutualités, il y peut y avoir également des pièces justificatives à fournir.

COMMENT TROUVER DES INFORMATIONS SUR LES MUTUALITÉS ?

Par quelle porte d'entrée s'informer et échanger avec sa mutualité ? Quels sont les contacts possibles au sein des mutualités pour disposer des bonnes informations ?

De nombreux supports imprimés et informatiques permettent d'obtenir des informations concernant les mutualités, leurs offres et leurs actualités. Mais l'interaction et les liens humains, bien que de plus en plus mis à mal en raison de la numérisation des services, restent indispensables. Voici les différents points de contacts liés aux mutualités :

L'accueil

En agence de proximité, l'espace « accueil » est le premier point de contact avec la mutualité. Une personne accueille le public, apporte des renseignements généraux, assure la prise de rendez-vous et oriente la personne vers le bon guichet. En complément de la boîte aux lettres postale, l'agent d'accueil peut réceptionner les attestations et formulaires.

De plus en plus, l'accueil est remplacé par une borne interactive. Celle-ci distribue les tickets pour accéder au bon guichet lorsqu'on n'a pas de rendez-vous.

Le guichet

Le guichet est le bureau des conseillers et conseillères mutualistes. Vous pouvez y avoir accès avec ou sans rendez-vous selon l'horaire de l'agence. Les conseiller-es peuvent :

- encoder des formulaires et attestations ;
- vous informer sur des procédures et vous donner les formulaires adéquats pour des remboursements ;
- vous conseiller et faire le suivi de votre dossier ;
- répondre aux questions et vous accompagner dans les démarches ;
- vous réorienter lorsque la demande nécessite un accompagnement plus poussé.

Le service social

Le service social des mutualités accompagne toute personne (pas seulement les affilié-es) lorsque sa situation est plus complexe. Il peut informer, accompagner dans les démarches, fournir une aide administrative, répondre aux questions des personnes qui font face à des situations de vie difficile (ex. : difficultés liées au logement, maladie rare) et de les orienter vers les services compétents (ex. : autres services de la mutualité, CPAS, associations de patient-es). Ce service est généralement accessible lors de permanences, sur rendez-vous, par téléphone ou mail.

Les supports d'information imprimés et numériques

Chaque mutualité produit, édite et diffuse des supports d'information dans le but de faire connaître son offre et ses services ou pour informer sur des sujets de santé ou de société.

Ces supports d'information sont variés : site internet, brochures, journal ou revue, applications, campagnes et spots publicitaires, etc.

Par exemple, le journal « En marche » de la Mutualité Chrétienne, « Echo – Mutualiste Seniors » de la mutualité Solidaris ou encore le « Partenamut Magazine » pour la mutualité Partena.



GLOSSAIRE

Parler des mutualités en Belgique amène inévitablement à l'utilisation d'un vocabulaire « technique », administratif, jargonnel et rempli de sigles et abréviations !

Nous avons sélectionné et défini une trentaine de mots-clés récurrents. Leur définition entend être claire et accessible pour tous·tes. Vous pouvez les utiliser comme référence pour l'animation « boîte à mots » (Cf. guide d'animation p. 7).

A

être Affilié·e : C'est être inscrit·e dans une mutualité, ou être membre d'une mutualité. Les affilié·e bénéficient des avantages* et services de cette mutualité.

Agence : C'est le lieu où se trouvent les bureaux d'une mutualité.

Aide Médicale Urgente (AMU) : C'est une forme d'aide sociale octroyée par les CPAS. Elle permet l'accès aux soins médicaux pour les personnes qui n'ont pas droit à la sécurité sociale : les personnes sans séjour légal, et les étrangers et étrangères de l'Union européenne sans revenus.

Allocation : C'est une somme d'argent versée aux personnes en fonction de leurs droits, de leur statut et de leur situation afin de répondre en partie à leurs besoins actuels. Par exemple, une personne qui a perdu son emploi perçoit des allocations de chômage. De même pour les allocations familiales qui sont versées aux parents qui ont des enfants pour faire face à certaines dépenses liées à ceux-ci.

Assurance obligatoire : Appelée également Assurance soins de santé et indemnité (ASSI), c'est l'assurance de base prévue par la sécurité sociale pour rembourser les

soins de santé et payer des indemnités* à tous les citoyens et à toutes les citoyennes.

Assurance complémentaire : Ce sont les avantages* et services, complémentaires à l'assurance obligatoire, développés par les mutualités. Tous·tes les affilié·es (en ordre de cotisation) aux mutualités y ont droit.

Assurances facultatives : Ce sont des assurances, basées sur un principe commercial, développées par les mutualités pour compléter l'offre prévue par les assurances obligatoires et complémentaires. Pour bénéficier des avantages*, il faut payer une sorte de cotisation* supplémentaire, appelée prime*.

Avantages : Ce sont les aides et remboursements prévus par les mutualités pour les personnes affiliées.

B

Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (BIM) : C'est un statut donné aux personnes ayant peu de ressources financières, leur donnant droit à des remboursements plus importants pour les soins de santé mais aussi dans d'autres domaines de la vie, comme les transports en commun ou l'énergie.

C

Consultation : C'est un rendez-vous avec un·e professionnel·le de santé (médecin, psychologue, kiné...).

être **Conventionné·e** : Cela vient du mot convention qui est, dans le cas des soins de santé, l'accord entre les représentant·es de l'État, des professionnel·les de santé et des mutualités pour fixer le prix des prestations* (ex. : une consultation en médecine générale). Les professionnel·les conventionné·es sont ceux et celles dont le prix des honoraires* est le même que celui de la convention. Les professionnel·les non-conventionné·es ont des honoraires généralement plus élevés.

Cotisation : C'est une participation financière basée sur un principe de solidarité. Dans cet outil, nous parlons des cotisations sociales et patronales qui financent la réserve d'argent de la sécurité sociale, et des cotisations individuelles qui sont ce que les affilié·es paient à leur mutualité pour avoir accès aux avantages* et services.

Couverture : C'est une protection face aux risques. Dans le cas de la mutualité, c'est l'offre de remboursement des frais de santé.

D

Dossier Médial Global (DMG) : C'est un dossier informatisé qui reprend toutes vos informations médicales et qui est géré par votre médecin traitant.

H

Honoraire : C'est le prix qu'un·e prestataire de soins* demande pour une consultation*.

I

Indemnité : C'est un revenu de remplacement pour les personnes qui ne peuvent travailler ou chercher du travail pour des raisons de santé ou de parentalité.

Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) : C'est l'organisme public fédéral qui gère la branche santé de la sécurité sociale.

Intervention : C'est une aide apportée. Dans ce cas, c'est le remboursement de frais de santé par la mutualité.

M

Maximum à facturer (MAF) : C'est le montant maximum qu'une personne peut payer au cours d'une année pour ses soins de santé. Il est calculé sur ce qui reste à charge du patient ou de la patiente (ticket modérateur). Lorsque ce montant est dépassé, tous les soins de santé sont entièrement remboursés par la mutualité pour celles et ceux qui bénéficie de ce système¹⁹.

Médecin conseil : C'est le ou la médecin de la mutualité qui analyse et vérifie l'incapacité de travail, et autorise le paiement des indemnités*.

N

Numéro d'identification de sécurité sociale (NISS) : C'est le numéro national, il commence par la date de naissance (aa-mm-jj) et est suivi de 5 chiffres. Il sert également de numéro d'affiliation à votre mutualité.

¹⁹ [Types de maximum à facturer \(MàF\) - INAMI \(fgov.be\)](https://fgov.be)

O

Office National de la Sécurité Sociale (ONSS) : C'est l'organisme public fédéral qui gère toutes les caisses sociales rattachées à la sécurité sociale.

Organismes assureurs (O.A.) : Dans le domaine de la santé, ce sont les organismes qui remboursent les frais de santé et paient les indemnités* d'incapacité de travail : les mutualités, la CAAMI ou le HR-Rail.

P

Plafond : Dans le domaine des assurances, c'est le montant maximum que l'assurance rembourse sur une période déterminée. Par exemple, la mutualité rembourse 10€ par séance d'ostéopathie avec un plafond de 100€ par an.

Prestation : C'est un service fourni contre paiement. Dans le domaine de la santé, c'est, par exemple, un soin ou une consultation*.

Prestataire de soins : C'est un·e professionnel·le qui fournit un soin.

Prime : C'est le prix que la personne doit payer pour bénéficier de l'assurance facultative.

S

Service agréé : C'est un service qui a reçu un agrément, c'est-à-dire qu'il remplit toutes les conditions nécessaires pour proposer les offres et les services qu'il met à disposition (ex : disposer d'un personnel diplômé).

Soins ambulatoires : Ce sont tous les soins, examens, consultations*... réalisés en dehors du cadre d'une hospitalisation.

Stage d'attente : C'est la période durant laquelle une personne inscrite à une assurance paie ses cotisations* ou primes* mais ne bénéficie pas encore des avantages* de l'assurance.

T

Tiers payant : C'est un mécanisme qui permet de payer au prestataire de soins* (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien·ne, etc.) uniquement la part des frais à charge du patient ou de la patiente, soit le ticket modérateur*.

Ticket modérateur : C'est le montant qui reste à charge du patient ou de la patiente après remboursement de l'assurance obligatoire.

V

Vignette : C'est l'étiquette sur laquelle les informations personnelles (nom, prénom, numéro national, adresse, code de la mutualité) de l'affilié·e sont notées. Celle-ci doit être collée à l'attestation de soin pour bénéficier d'un remboursement.

RESSOURCES

Bibliographie

[Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité,](#)
in : inami.fgov.be, site de l'INAMI

[Assurance obligatoire et assurance complémentaire,](#)
in : ocm-cdz.be, le site de l'Office de contrôle des mutualités

[Mutuelles ou mutualités,](#)
in : wikiwiph.aviq.be, le Wiki wallon pour l'information des personnes handicapées

[Avantages complémentaires 2023,](#)
La Louvière, Mutualité Libérale Hainaut-Namur, 2023, 15 p.

Luc Van Gorp, [édit.],
[Protéger les plus vulnérables,](#)
in : Santé & Société, n°5, avril 2023, 88 p.

Peter Samyn, [édit.],
[Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale,](#)
Bruxelles, SPF Sécurité sociale, 2022, 218 p.

Catherine Joie, [et al.],
[Bruxelles Malade. Portrait d'une ville où les inégalités fonctionnent en cercle vicieux,](#)
Bruxelles, Médor, juin 2022

[Obligation de prescrire les médicaments de façon électronique,](#)
in : inami.fgov.be, 19 avril 2022

[Littératie numérique en santé,](#)
dossier thématique, Bruxelles, Cultures&Santé, 2021

Daniel Dumont,
[Le revenu de base universel, avenir de la sécurité sociale ?](#)
[Une introduction critique au débat,](#)
Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 2021, 127 p.

Mohamed Houssein, Aurélie Duriau, [et al.],
[La sécu, c'est quoi ? Guide à l'usage des professionnel·le·s de la jeunesse,](#)
Bruxelles, Latitude Jeunes | Mutualité socialiste, avril 2021, 25 p.

Olivia Venet, [édit.],
[Santé qui trinque ?](#),
in : La Chronique, n°197, octobre-novembre-décembre 2021, 24 p.

[10 Priorités pour l'avenir des soins de santé. Mémorandum 2019](#),
Bruxelles, Mutualités Libres, mars 2019, 64 p.

[Le système de soins de santé en Belgique : Bon à savoir – Focus sur Bruxelles](#),
Bruxelles, Medimmigrant, octobre 2015, 56 p.

[Dossier thématique, Accès aux soins et précarité](#),
Bruxelles, Cultures&Santé, 2014

Patrick Feltesse, Pierre Reman, [et al.],
[Comprendre la sécurité sociale pour la défendre](#),
Bruxelles, Couleur livres, 2006, 230 p.

Nathalie Côte & Maud Roegiers,
[Un mot qui tient chaud. La Solidarité expliquée aux enfants](#),
Liège, Solidaris mutualité, s.d., 20 p.

Outils

[Animer sur les mutualités : L'histoire des mutualités en Belgique](#),
kit, Cultures&Santé, Belgique, 2022

Anne-Marie Andrusyszyn, [dir.],
[Ceci n'est pas un trou ! La Sécurité sociale expliquée à ma fille](#),
vidéo, CEPAG TV, Belgique, 2017

[Bienvenue en Belgique – Santé](#),
kit, Lire et Ecrire, Belgique, 2013

[Enjeux santé : Les déterminants de santé sous la loupe](#),
kit, Cultures&Santé, Belgique, 2019

[À paraître : La sécurité sociale en Belgique](#),
outil pédagogique, Cultures&Santé, 2023

[Les Centres publics d'action sociale \(CPAS\)](#),
kit, Cultures&Santé, Belgique, 2015

[Picto-Pharma – outil de communication](#),
Imagier, Editions Politeia, Belgique, 2020

[Sécurité sociale, jeu de table](#),
Latitudes Jeunes, Belgique, 2008

[Tout comprendre sur le fonctionnement d'une mutuelle en quelques minutes,](#)
vidéo, Mutualité française Grand Est, France, 2020

[Tout savoir sur la mutualité,](#)
vidéo, Partenamut, Belgique, 2011

[Sécuons nous !!,](#)
outil pédagogique, Ocarina | Mutualité chrétienne, Belgique, 2022

Sitographie

L'INAMI est un acteur-clé de la sécurité sociale. Il veille à ce que chaque assuré-e social-e, quelle que soit sa situation, ait accès aux soins de santé de qualité qui sont nécessaires et obtienne un remboursement et à ce que les assurés sociaux, travailleurs salariés et indépendants, reçoivent un revenu de remplacement adéquat en cas d'incapacité de travail ou de maternité/paternité.

www.inami.fgov.be/fr/inami/Pages/missions-inami.aspx

Le portail **Belgium.be** est une aide pour la recherche d'informations sur les systèmes. Il propose entre autres des pages thématiques notamment sur les soins de santé.

www.belgium.be/fr/sante

L'IHOES (Institut d'histoire ouvrière, économique et sociale) est un centre d'archives privées qui collecte de nombreuses ressources historiques y compris sur l'histoire des mutuelles.

www.ihoes.be

Medimmigrant a développé avec le temps une expertise sur les thématiques telles que l'accès aux soins de santé des personnes ayant un statut de séjour précaire.

medimmigrant.be

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui nous ont aidées, de près ou de loin, à l'élaboration de ce guide théorique et de l'affiche : les participant·es à l'activité « Lundi citoyen » de Cultures&Santé, les participant·es à l'atelier « Mercredi citoyen » organisé par l'asbl CARIA, Franck Struyve des Mutualités chrétiennes, Elise Desmont d'Ocarina, Pierre Baldewyns et Didier Radermecker des mutualités socialistes, Yasmina Raho et Déborah Alcime, Community Health Workers, Amélie Legrand du SP intégration sociale, Fabienne Paul du département d'aide à la personne chez Partenamut.

Nous remercions Geertrui Poelaert des Mutualités Libres et le Collège Intermutualiste Prévention Promotion Santé Bruxelles-Wallonie pour leur aide précieuse dans la relecture des guides.



Rue d'Anderlecht 148,
1000 Bruxelles

+32 (0)2 558 88 10

info@cultures-sante.be

www.cultures-sante.be



www.cultures-sante.be