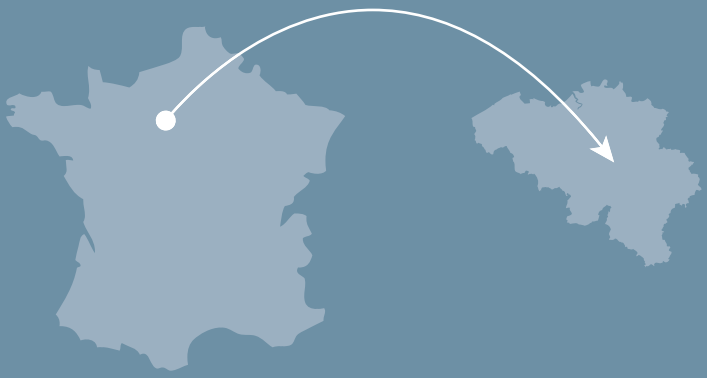
GUIDE DES FRONTALIERS

TRAVAILLER EN BELGIQUE ET RÉSIDER EN FRANCE



Avec le soutien de l'Union européenne

SOMMAIRE

Avant-propos

Fiche 1 Généralités

Fiche 2 Les membres de la famille

Fiche 3 Prise en charge des soins de santé – Assurance-maladie

Fiche 4 Incapacité de travail - Maladie

Fiche 5 Prise en charge des soins de santé – Maternité

Fiche 6 Indemnités au titre de la maternité

Fiche 7 Indemnités au titre de la paternité

Fiche 8 Indemnités au titre de l'adoption

Fiche 9 Prise en charge des soins des santé – Accident du travail ou maladie professionnelle

Fiche 10 Incapacité de travail - Accident du travail ou maladie professionnelle

Fiche 11 Invalidité

Fiche 12 Perte d'emploi et droit au chômage

Fiche 13 Perte d'emploi et nouvelle activité en France

Fiche 14 Prestations familiales

Fiche 15 Séjour à l'étranger

Contact

AVANT-PROPOS

À qui ce guide est-il destiné ?

Ce guide s'adresse uniquement aux travailleurs salariés actifs. Les dispositions en matière de prestations diffèrent pour les autres catégories d'assurés telles que les étudiants, les pensionnés...

De même si vous exercez plusieurs activités, qu'elles soient salariées ou indépendantes, vous n'êtes pas concerné par ce guide.

Seule la situation de travailleur frontalier salarié fait l'objet des présentes fiches.

Suis-je frontalier ?

Vous êtes travailleur frontalier si vous travaillez en Belgique et si vous résidez en France, à condition toutefois d'y retourner chaque jour ou au moins une fois par semaine.

Mutuelles et mutualités, quelle est la différence ?

Veuillez garder à l'esprit que le rôle des mutuelles françaises et des mutualités belges est différent.

Les mutuelles françaises interviennent à titre complémentaire, tandis que les mutualités belges gèrent la sécurité sociale belge de base.

L'inscription dans une mutuelle française ne vous dispense pas d'une inscription auprès d'une mutualité belge et auprès d'une CPAM.

Il est par ailleurs important de souligner qu'à côté de l'assurance maladie de base, les mutualités belges proposent des assurances et avantages complémentaires. Adressez-vous à votre mutualité pour en savoir plus.

1. GÉNÉRALITÉS

Dans quel pays suis-je assuré ?

Vous travaillez en Belgique; vous êtes donc assuré en Belgique.

Les règlements européens prévoient en effet que le travailleur paie ses cotisations de sécurité sociale dans le pays dans lequel il travaille. Vous paierez dès lors vos cotisations en Belgique, même si vous résidez en France.

Que dois-je faire en Belgique ?

Vous devez vous affilier auprès d'un organisme belge de sécurité sociale de votre choix. Pour vos soins de santé et vos indemnités, il s'agit d'une mutualité. La mutualité en Belgique remplit le même rôle que la CPAM en France.

Dois-je contacter préalablement ma caisse française ?

Si avant de commencer votre activité en Belgique, vous étiez salarié ou chômeur en France, vous devez contacter votre CPAM qui vous délivrera le formulaire E104 destiné à la mutualité, et ce sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- Fiches de paie françaises;
- Avis de paiement de l'ASSEDIC.

De quoi se charge mon employeur belge ?

Votre employeur vous inscrit à l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS). Vos cotisations sociales seront versées à cet organisme. Ceci ne vous dispense nullement de vous inscrire auprès d'une mutualité belge.

Que dois-je faire pour m'inscrire auprès d'une mutualité belge ?

- Vous réclamez à la mutualité belge de votre choix le document destiné à votre employeur.
- Vous faites compléter ce document par votre employeur.
- Vous vous présentez à la mutualité muni de ce document, du formulaire E104 de votre CPAM et des pièces justificatives concernant vos éventuels ayants droit (livret de famille, copie de l'attestation Vitale...). La mutualité vous fera signer un bulletin d'affiliation.

De quoi se charge ma mutualité belge ?

- Pour la couverture de vos soins en France, la mutualité vous remettra le document S1 ou le formulaire E106. La mutualité a également la possibilité de communiquer votre début d'activité directement à votre caisse française, auquel cas aucun document ne vous sera remis.
- Pour les soins en Belgique, la mutualité vous fournira une carte d'assurance : la carte SIS. Celle-ci est l'équivalent de votre carte Vitale française.

Que dois-je faire en France ?

Vous devez remettre le document S1 ou le formulaire E106 à votre CPAM.
Si la mutualité s'est abstenue de vous remettre un document, votre CPAM vous contactera en vue de mettre votre dossier à jour.

2. LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE

Les membres de ma famille sont-ils couverts ?

Pour inscrire à votre charge des membres de votre famille, il convient de vous adresser à votre CPAM.

Les membres de votre famille, inscrits à votre charge, disposent de la même couverture sociale que vous.

Les membres de votre famille pourront être inscrits à votre charge pour autant qu'ils ne disposent pas de droits personnels et pour autant qu'ils ne puissent pas être inscrits comme personne à charge d'un assuré du régime français.

À charge de qui doivent-ils être inscrits si votre conjoint exerce une activité en France ?

Si votre conjoint exerce une activité en France, les membres de votre famille devront être inscrits à sa charge.

Ils n'auront dès lors droit en Belgique qu'aux soins médicalement nécessaires, moyennant présentation d'une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) délivrée par leur caisse française d'affiliation.

3. PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SANTÉ - ASSURANCE MALADIE

Ai-je la possibilité de me faire soigner en France et en Belgique ?

Vous, ainsi que les membres de votre famille, pour peu qu'ils soient effectivement inscrits à votre charge, avez la possibilité de faire appel aux soins dans les deux pays.

Lorsque je fais appel aux soins en Belgique (médecin, dentiste, kiné, infirmière), que se passe-t-il ?

Vous recevez une « attestation de soins donnés ». Vous adressez celle-ci à votre mutualité qui vous remboursera en fonction de la législation belge.

Lorsque j'achète en Belgique des médicaments prescrits par un prestataire belge, que se passe-t-il ?

Sur présentation de votre carte SIS, vous ne payez que le ticket modérateur. Le ticket modérateur est le montant qui reste à votre charge.

Toutefois, certains médicaments ne sont pas remboursables.

Lorsque je suis hospitalisé en Belgique, que se passe-t-il ?

Sur présentation de votre carte SIS, vous ne payez que le ticket modérateur.

En Belgique, en fonction du choix de l'établissement hospitalier et du type de chambre choisie, des suppléments d'honoraires importants peuvent être facturés. Afin d'éviter toute surprise, renseignez-vous auprès de l'établissement ou de votre mutualité.

Je me fais soigner en France par un prestataire de santé (médecin, dentiste, kiné, infirmière), que se passe-t-il ?

▪ Le professionnel de santé utilise la carte Vitale

Vous réglez les actes et/ou les fournitures et vous serez remboursé sans autre formalité.

▪ Le professionnel de santé n'utilise pas la carte Vitale

Vous réglez les actes et/ou les fournitures et vous faites parvenir les feuilles de soins et/ou la facture (accompagnées de la prescription et des vignettes), complétées par vos soins à votre Caisse Primaire.

Dans certaines situations, vous pouvez être dispensé de l'avance des frais, en partie ou en totalité.

Et si je suis hospitalisé en France ?

Vous présentez votre carte Vitale à l'établissement qui se charge des démarches administratives vis-à-vis de la Caisse Primaire.

Que reste-t-il à ma charge ?

En principe le patient supporte un « ticket modérateur ». Dans certains cas, le patient peut prétendre à une prise en charge à 100 %.

Intervention complémentaire ?

L'intervention de votre organisme complémentaire ou de votre assurance peut être subordonnée au fait que les soins doivent être donnés dans votre pays de résidence. Nous vous conseillons de vous renseigner au préalable auprès de cet organisme.

4. INCAPACITÉ DE TRAVAIL – MALADIE

Je suis incapable de travailler, que dois-je faire ?

Vous devez déclarer votre incapacité de travail à la mutualité belge, sans passer par votre CPAM, même en cas d'hospitalisation, dans un délai de :

- 14 jours pour un ouvrier,
- 28 jours pour un employé,
- 48 heures dans les autres situations ou en cas de doute.

Ce certificat médical doit renseigner le diagnostic, ainsi que la période d'incapacité. Ce certificat doit être complété par un médecin, qu'il soit français ou belge.

Vous devez également déclarer votre incapacité de travail à votre employeur belge.

Dès réception de votre déclaration d'incapacité de travail, la mutualité vous transmet une feuille de renseignements.

- Veuillez faire compléter cette feuille par votre employeur, si une partie lui est destinée. Dans le cas contraire, la mutualité s'en charge pour vous.
- Veuillez compléter et signer la partie de cette feuille de renseignements qui vous concerne.
- Renvoyez celle-ci à votre mutualité dans les meilleurs délais.

Qui est chargé de la reconnaissance de mon incapacité et du contrôle éventuel ?

Ces tâches sont de la compétence du médecin-conseil de la mutualité belge.
Il peut solliciter la collaboration du médecin-conseil de votre CPAM.

À partir de quand et sur quelle base suis-je indemnisé par la mutualité ?

L'employeur continuera éventuellement de vous payer votre salaire pendant la période de « salaire garanti ». Cette période varie en fonction de votre régime, ouvrier ou employé.

Après cette période, si vous remplissez les conditions d'ouverture de droit, soit 120 jours de travail ou assimilés pendant une période de référence de six mois, la mutualité vous paiera un pourcentage de votre salaire brut plafonné selon le tableau suivant. À noter que la mutualité tiendra éventuellement compte de périodes de travail accomplies auparavant dans un autre pays.

Ouvrier	Du 1e jour au 14e jour employeur	À partir du 15e jour mutualité – 60 %
Employé	Du 1e jour au 30e jour employeur	À partir du 31e jour mutualité - 60 %

Des règles d'indemnisation sont particulières en cas de travail intérimaire, de contrat à durée déterminée ou de période d'essai. Nous vous conseillons de contacter votre mutualité.

5. PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SANTÉ – MATERNITÉ

Puis-je recevoir les soins liés à ma maternité en France et en Belgique ?

Vous avez la possibilité de faire appel aux soins dans les deux pays.

Lorsque je fais appel aux soins liés à ma maternité en Belgique (médecin, kiné, infirmière), que se passe-t-il ?

Vous recevez une « attestation de soins donnés ». Vous adressez celle-ci à votre mutualité qui vous remboursera en fonction de la législation belge.

Lorsque j'achète en Belgique des médicaments prescrits par un prestataire belge, que se passe-t-il ?

Sur présentation de votre carte SIS, vous ne payez que le ticket modérateur. Le ticket modérateur est le montant qui reste à votre charge.

Toutefois, certains médicaments ne sont pas remboursables.

Lorsque je suis hospitalisé en Belgique, que se passe-t-il ?

Sur présentation de votre carte SIS, vous ne payez que le ticket modérateur.

En Belgique, en fonction du choix de l'établissement hospitalier et du type de chambre choisie, des suppléments d'honoraires importants peuvent être facturés. Afin d'éviter toute surprise, renseignez-vous auprès de l'établissement ou de votre mutualité.

Lorsque je fais appel aux soins liés à ma maternité en France (médecin, kiné, infirmière), que se passe-t-il ?

Si vous envisagez d'effectuer tout ou partie des actes en France, il convient d'adresser à votre Caisse Primaire un certificat médical précisant la date de début de grossesse.

Du début de grossesse jusqu'à la fin du 5ème mois, les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

À compter du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date d'accouchement, l'ensemble des actes effectués sur le territoire français est pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité (sauf les médicaments à vignette bleue).

Puis-je aller accoucher dans un pays autre que la Belgique ou que la France ?

Vous avez en effet la possibilité d'accoucher dans un autre pays de l'Espace économique européen ou en Suisse. Veuillez vous renseigner auprès de votre mutualité.

6. INDEMNITÉS AU TITRE DE LA MATERNITÉ

Le repos de maternité

Le repos de maternité est une période **ininterrompue** de 15 semaines réparties de la manière suivante :

- 5 semaines prénatales qui peuvent être reportées;
- 1 semaine prénatale obligatoire;
- 9 semaines de repos postnatal obligatoire.

En cas de naissance multiple, le repos de maternité est une période **ininterrompue** de 19 semaines réparties de la manière suivante :

- 7 semaines prénatales qui peuvent être reportées;
- 1 semaine prénatale obligatoire;
- 11 semaines de repos postnatal obligatoire.

Quelles formalités dois-je accomplir ?

Lorsque vous cessez le travail, vous devez adresser à votre mutualité belge un certificat médical précisant la date de cessation de travail et la date présumée de l'accouchement.

Dès réception de votre déclaration d'arrêt de travail, la mutualité vous transmet une feuille de renseignements.

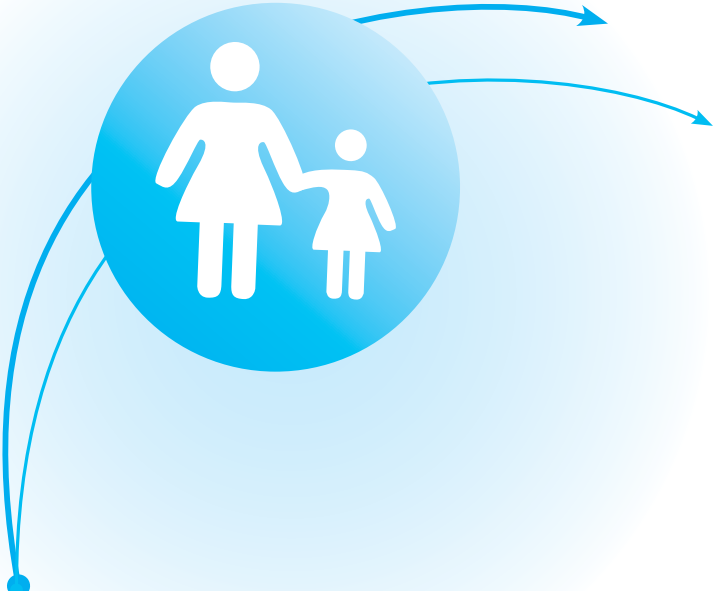
- Veuillez faire compléter cette feuille par votre employeur, si une partie lui est destinée. Dans le cas contraire, la mutualité s'en charge pour vous.
- Veuillez compléter et signer la partie de cette feuille de renseignements qui vous concerne.
- Renvoyez celle-ci à votre mutualité dans les meilleurs délais.

Après la naissance, la mutualité vous communiquera la date de reprise de travail. Pour ce, transmettez-lui un extrait de l'acte de naissance de l'enfant.

A quel taux suis-je indemnisée ?

L'indemnisation est subordonnée à des conditions d'ouverture de droit, soit 120 jours de travail ou assimilés pendant une période de référence de six mois. À noter que la mutualité tiendra éventuellement compte de périodes de travail accomplies auparavant dans un autre pays.

En règle générale, vous serez indemnisée pendant les 30 premiers jours du repos de maternité, à 82 % du salaire brut non plafonné. À partir du 31ème jour, à 75 % du salaire brut plafonné.

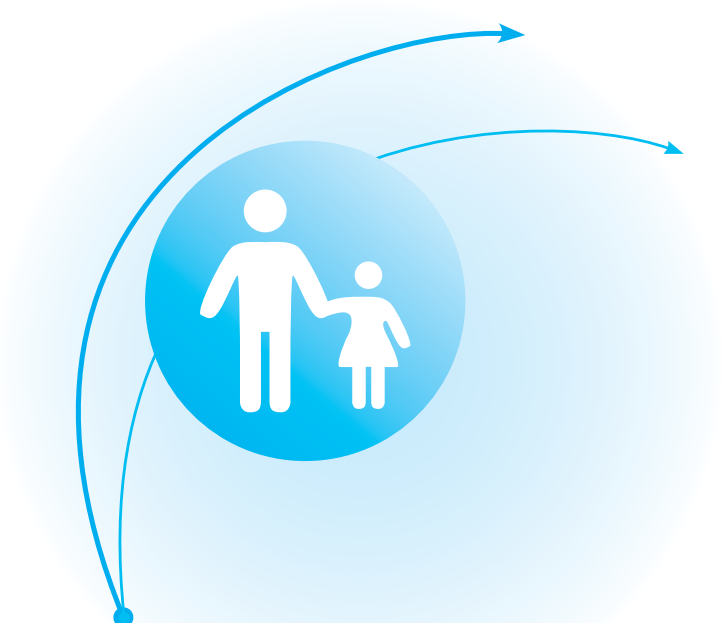


7. INDEMNITÉS AU TITRE DE LA PATERNITÉ

Le congé de paternité

Le congé de paternité est une période d'absence de 10 jours, pas nécessairement consécutifs, à choisir dans une période de 4 mois. La période de 4 mois débute à la date de l'accouchement.

Le travailleur maintient son salaire à charge de l'employeur pendant les trois premiers jours du congé de paternité. Les sept jours suivants sont payés par la mutualité dans le cadre de l'assurance indemnités. Le taux d'indemnisation est fixé à 82 % du salaire brut plafonné. L'indemnisation est subordonnée à des conditions d'ouverture de droit, soit 120 jours de travail ou assimilés pendant une période de référence de six mois. À noter que la mutualité tiendra éventuellement compte de périodes de travail dans un autre pays.



8. INDEMNITÉS AU TITRE DE L'ADOPTION

Le congé d'adoption

Le congé d'adoption est une période d'absence dont la durée varie en fonction de l'âge de l'enfant. Dans le cas général, la durée maximale oscille entre 4 et 6 semaines. Elle est doublée lorsque l'enfant est handicapé. Ce congé doit débuter dans les deux mois qui suivent l'inscription de l'enfant au sein de votre ménage.

Le travailleur maintient son salaire à charge de l'employeur pendant les trois premiers jours du congé d'adoption. Les jours restants sont payés par la mutualité dans le cadre de l'assurance indemnités. Le taux d'indemnisation est fixé à 82 % du salaire brut plafonné. L'indemnisation est subordonnée à des conditions d'ouverture de droit, soit 120 jours de travail ou assimilés pendant une période de référence de six mois. À noter que la mutualité tiendra éventuellement compte de périodes de travail dans un autre pays.

9. PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SANTÉ - ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Qui me couvre en cas d'accident du travail ?

La mutualité n'est pas compétente. La compagnie d'assurances privée choisie par votre employeur vous couvre en cas d'accident du travail. Seul votre employeur est en mesure de vous renseigner quant à la compagnie choisie.

▪ Quelles sont les formalités en cas d'accident du travail ?

Si vous êtes victime d'un accident survenu, soit dans le cadre de votre travail, soit sur le chemin du travail, vous devez avertir votre employeur.

L'employeur effectue une déclaration auprès de la compagnie d'assurances. Celle-ci dispose d'un délai de 30 jours pour reconnaître ou refuser cet accident du travail.

Il est vivement conseillé d'en informer également la mutualité, de sorte à préserver vos droits en cas de refus de reconnaissance.

▪ Que se passe-t-il ensuite en cas de reconnaissance de l'accident du travail ?

Les soins en Belgique

Les soins en Belgique en rapport avec l'accident du travail sont remboursés par la compagnie d'assurances.

Les soins de santé sont pris en charge au taux « accident du travail », soit à un tarif plus avantageux qu'en cas de maladie.

Et pour les soins dispensés en France

Les soins de santé en France sont en revanche remboursés par votre CPAM. Elle ne prendra en charge au titre de l'accident du travail (100 % du tarif de responsabilité) que dans la mesure où elle aura reçu le document DA1 ou le formulaire E123. Ce document est délivré par la compagnie d'assurances. En échange de ce document, la CPAM vous remet un triptyque de soins, c'est-à-dire une feuille « Accident du Travail ». Elle vous dispensera de l'avance des frais.

Et pour les autres soins

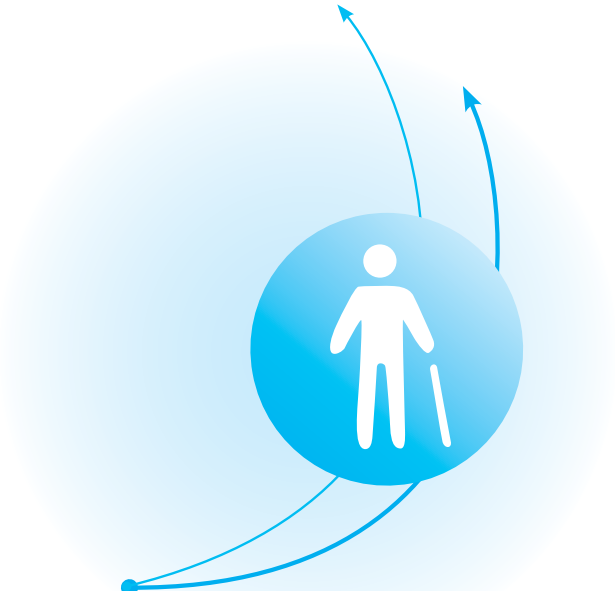
Le taux de remboursement des soins qui ne sont pas liés à l'accident de travail reste celui prévu en cas de maladie. Les soins sont remboursés, en fonction du pays où les soins ont été donnés, par la mutualité belge ou par la CPAM française.

- Que se passe-t-il si je ne suis pas reconnu ?

Les soins en Belgique sont remboursés par la mutualité, les soins en France par la CPAM. Mais vous ne pourrez pas bénéficier de la prise en charge au taux prévu en cas d'accident du travail.

Qui me couvre en cas de maladie professionnelle ?

Les soins en rapport avec une maladie professionnelle sont remboursés en deux étapes, d'abord par la mutualité aux tarifs applicables en cas de maladie, ensuite par le Fonds des maladies professionnelles en complément de l'intervention initiale.



10. INCAPACITÉ DE TRAVAIL - ACCIDENT DE TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Qui me couvre en cas d'accident du travail ?

La mutualité n'est pas compétente. La compagnie d'assurances privée choisie par votre employeur vous couvre en cas d'accident du travail.

▪ Quelles sont les formalités en cas d'accident du travail ?

Si vous êtes victime d'un accident survenu, soit dans le cadre de votre travail, soit sur le chemin du travail, vous devez avertir votre employeur.

L'employeur effectue une déclaration auprès de la compagnie d'assurances. Celle-ci dispose d'un délai de 30 jours pour reconnaître ou refuser cet accident du travail.

Il est vivement conseillé d'en informer également la mutualité, de sorte à préserver vos droits en cas de refus de reconnaissance.

▪ Que se passe-t-il ensuite en cas de reconnaissance de l'accident du travail ?

La compagnie d'assurances paiera les indemnités journalières.

▪ Que se passe-t-il si je ne suis pas reconnu ?

Les indemnités journalières seront prises en charge par la mutualité. Mais vous ne pourrez pas bénéficier du taux prévu en cas d'accident du travail.

Qui me couvre en cas de maladie professionnelle ?

En cas d'incapacité de travail, vous devez avertir votre mutualité qui vous indemnisera. Un dossier sera simultanément instruit par le Fonds des maladies professionnelles en vue d'une reconnaissance.

11. INVALIDITÉ

À partir de quand suis-je reconnu invalide ?

Après un an d'incapacité de travail, vous pouvez être reconnu comme invalide. Dans les semaines qui précèdent l'invalidité, vous êtes convoqué à un examen médical, pour déterminer si vous remplissez les conditions. Cette reconnaissance est de la compétence du Conseil Médical de l'Invalidité de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI).

Vous avez travaillé uniquement en Belgique

▪ À quel taux serai-je indemnisé ?

La mutualité vous paie un pourcentage de votre dernier salaire brut plafonné.

Chef de famille	65%
Isolé	55%
Cohabitant	40%

Le pourcentage est fonction de votre situation familiale et des revenus de votre conjoint ou de la personne avec laquelle vous cohabitez.

▪ Comment faire valoir votre droit aux soins de santé en France ?

La mutualité fournit un nouveau document S1 ou le formulaire E121, document qui vous permet de continuer à bénéficier du remboursement de vos soins en France. Ce document est également délivré pour chacune de vos personnes à charge résidant avec vous.

En ce qui concerne les soins de santé sur le territoire français, vous bénéficiez du remboursement à 100 % du tarif de responsabilité (sauf pour les médicaments à vignettes bleues).

▪ Ai-je encore droit aux soins de santé en Belgique ?

Oui, vous, ainsi que vos personnes à charge, avez encore le droit de vous faire soigner en Belgique à charge de votre mutualité.

Vous avez travaillé en Belgique et en France

Chacun des pays dans lequel vous avez travaillé examinera vos droits à la pension d'invalidité et le cas échéant vous accordera une pension dont le montant dépendra notamment de la durée de votre carrière.

▪ Qui supporte la charge des soins de santé en France ?

Votre pension d'invalidité française vous ouvre le droit aux soins de santé en France, à charge de votre CPAM, ainsi qu'aux membres de la famille inscrits à votre charge.

▪ Dans quelles conditions puis-je avoir accès aux soins en Belgique ?

Si, pendant la période de référence constituée des cinq dernières années de votre carrière, vous avez été travailleur frontalier occupé en Belgique et résidant en France pendant au minimum deux ans, vous pouvez continuer à bénéficier des soins en Belgique. Un document S3, délivré par votre Caisse primaire et présenté à la mutualité belge qui vous délivrera une carte SIS, vous permettra de faire valoir ce droit.

Dans le cas contraire, vous n'avez droit, en Belgique, en cas de séjour temporaire, qu'au remboursement des soins médicalement nécessaires sur présentation de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) délivrée par votre CPAM.

À noter qu'un traitement commencé en Belgique avant que vous ne soyez invalide peut être poursuivi sans formalités particulières.

12. PERTE D'EMPLOI ET DROIT AU CHÔMAGE

Si je perds mon emploi en Belgique, qui va me verser les prestations de chômage ?

Si vous perdez votre emploi en Belgique, vous serez indemnisé par Pôle emploi en France. Pour étudier vos droits, durée du service des prestations et montant de l'indemnisation, Pôle emploi tiendra compte de votre période d'activité en Belgique (et éventuellement de votre période précédente d'activité en France, si vous travaillez depuis peu de temps en Belgique) et de vos salaires.

Quelles sont les formalités ?

Vous devez vous inscrire auprès du Pôle emploi de votre domicile en présentant un formulaire U1 qui vous sera délivré par l'ONEM.

Vous devez pendant la période d'indemnisation vous soumettre au suivi et au contrôle de la recherche d'emploi en France. Vous pouvez aussi vous inscrire en second lieu en Belgique, en fonction de votre dernier lieu de travail, auprès du FOREM ou du VDAB, si vous souhaitez poursuivre une recherche d'emploi dans cet État ; vous pourrez bénéficier des dispositifs belges d'aide à la recherche d'emploi.

Votre assurance maladie pendant votre période de chômage

Dans la mesure où vous êtes indemnisé par Pôle emploi, vous êtes assuré en France et vous dépendez de la CPAM de votre lieu de résidence. Vous devez signaler votre changement de situation à cette caisse.

Vous devez également avertir directement votre mutualité belge et lui restituer votre carte SIS. Celle-ci établit deux documents :

- le document S016 ou le formulaire E108 destiné à clôturer votre droit à charge de la Belgique,
- le formulaire E104 destiné à l'étude de votre droit en France.

Ces deux documents seront adressés directement à votre CPAM.

Est-ce que je peux encore me faire soigner en Belgique ?

Vous n'avez plus la qualité de frontalier ; vous ne pourrez plus utiliser la carte SIS. Vos soins en Belgique (ou ceux d'un membre de votre famille inscrit à votre charge) ne seront pris en charge par le régime belge que sur présentation de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) délivrée par la caisse française et pour autant qu'il s'agisse de soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour. En cas de soins programmés en Belgique, vous devrez contacter votre CPAM pour y demander une éventuelle autorisation préalable.

13. PERTE D'EMPLOI ET NOUVELLE ACTIVITÉ EN FRANCE

Je cesse mon activité en Belgique et je commence à travailler en France. Que dois-je faire ?

Vous devez avertir directement votre mutualité belge et lui restituer votre carte SIS. Celle-ci établit deux documents :

- le document S016 ou le formulaire E108 destiné à clôturer votre droit à charge de la Belgique,
- le formulaire E104 destiné à l'étude de votre droit en France.

Ces deux documents seront adressés directement à votre CPAM.

Votre assurance maladie

Dans la mesure où vous avez repris une activité en France, vous êtes assuré en France et vous dépendez de la CPAM de votre lieu de résidence. Vous devez signaler votre changement de situation à cette caisse.

Est-ce que je peux encore me faire soigner en Belgique ?

Vous n'avez plus la qualité de frontalier ; vous ne pourrez plus utiliser la carte SIS. Vos soins en Belgique (ou ceux d'un membre de votre famille inscrit à votre charge) ne seront pris en charge par le régime belge que sur présentation de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) délivrée par la caisse française et pour autant qu'il s'agisse de soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour. En cas de soins programmés en Belgique, vous devrez contacter votre CPAM pour y demander une éventuelle autorisation préalable.

14. PRESTATIONS FAMILIALES

Un seul travailleur dans le ménage

Vous avez droit pour vos enfants résidant en France à l'ensemble des prestations familiales belges, y compris les primes de naissance et d'adoption.

Vous devez demander à votre employeur les coordonnées de la caisse à laquelle il est affilié. Afin de garantir vos droits, vérifiez auprès de votre employeur et de cette caisse les démarches à effectuer.

Plusieurs travailleurs dans le ménage

Si votre conjoint exerce une activité professionnelle en France, le droit sera examiné en priorité sur base de la législation française.

Vous devez néanmoins contacter la caisse à laquelle votre employeur belge est affilié, que vous ouvriez ou non un droit sur base de la législation française, pour faire également examiner vos droits sur base de la législation belge (pour un éventuel complément).

En cas de doute, de changements dans votre situation familiale et/ou professionnelle, il est conseillé de prendre contact avec la caisse de votre employeur afin d'obtenir les informations correctes correspondant à votre situation.

15. SÉJOUR A L'ÉTRANGER

Je séjourne à l'étranger dans un pays de l'Espace Economique Européen (EEE), autre que la France et la Belgique, ou en Suisse. Quels sont mes droits ?

Les 30 pays qui font partie de l'EEE sont : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, la Lettonie, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède et la République tchèque.

Certaines conditions de nationalité subsistent pour les séjours au Danemark, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse. Renseignez-vous auprès de votre mutualité.

▪ Séjour récréatif (vacances, excursion, visite familiale...)

Vous devez demander la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) à votre mutualité belge. Muni de celle-ci, vous pourrez demander la prise en charge dans le pays de séjour des soins médicalement nécessaires.

Si vous n'avez pu obtenir le remboursement de vos soins dans le pays de séjour, vous pouvez, après votre retour, introduire une demande d'intervention auprès de votre mutualité, en présentant les factures acquittées.

▪ Séjour professionnel d'un travailleur salarié (détachement)

Si votre employeur vous envoie à l'étranger pour une mission, vous devez demander la carte européenne d'assurance maladie à votre mutualité. Muni de celle-ci, vous pourrez demander la prise en charge dans le pays de détachement des soins médicalement nécessaires. Vous devez également être en possession du document A1 délivré par l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS).

- Je me déplace dans le but de me faire soigner

Vous avez demandé et obtenu l'autorisation de la mutualité

C'est le médecin-conseil de la mutualité belge qui est compétent pour autoriser le traitement à l'étranger. La demande initiale doit toutefois être introduite auprès de votre CPAM française, qui la transmettra à la mutualité belge.

Le document S2 ou le formulaire E112, qui matérialise l'autorisation de la mutualité, permet la prise en charge directe par la caisse du pays de séjour des prestations de santé pour lesquelles vous avez obtenu l'autorisation.

Attention, ce document n'est pas une garantie de remboursement. Renseignez-vous auprès de la caisse de maladie du pays où vous vous faites soigner.

Si vous n'avez pu obtenir le remboursement de vos soins dans le pays de séjour, vous pouvez, après votre retour, introduire une demande d'intervention auprès de votre mutualité, en présentant les factures acquittées.

Vous n'avez pas demandé l'autorisation ou celle-ci vous a été refusée

À l'étranger, vous devez payer la totalité des frais.

Toutefois, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une hospitalisation ou d'une prestation faisant l'objet d'une exclusion et pour autant qu'il s'agisse d'une prestation prévue par la législation belge, vous pouvez introduire une demande d'intervention auprès de votre mutualité. Cette dernière vous remboursera sur bases des tarifs et conditions belges.

Je séjourne à l'étranger dans un pays qui ne fait pas partie de l'EEE et qui n'est pas la Suisse. Quels sont mes droits ?

Contactez votre mutualité.

CONTACT

Pour toute question :

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes
Chaussée de Haecht, 579
BP 40
1031 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2/246.41.11
E-mail : M100_ass_ci@mc.be
www.mc.be

Union Nationale des Mutualités neutres
Chaussée de Charleroi, 145
1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2/535.73.76
E-mail : CI@unmn.be
www.mutualites-neutres.be

Union Nationale des Mutualités Socialistes
Rue Saint Jean, 32-38
1000 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2/515.03.14
E-mail : groupefrancobelge@mutsoc.be
www.mutsoc.be

Union Nationale des Mutualités liberales
Service des Conventions Internationales
Rue de Livourne, 25
1050 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2/542.86.85
E-mail : michel.thonard@mut400.be
www.mutualiteliberale.be

Union Nationale des Mutualités Libres
Rue Saint-Hubert, 19
1150 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2/778.92.11
E-mail : franco-belge@mloz.be
www.mloz.be

Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
Règlementation - Rélations Internationales
Rue du Trône, 30a
1000 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2/504.66.66
E-mail : iri@caami-hziv.fgov.be
www.caami-hziv.fgov.be

Caisse des soins de santé de la SNCB Holding
Rue de France, 85
1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2/525.35.60
Fax : +32 (0)2/525.35.61
E-mail : 900.css-kgv@b-holding.be

Ce guide a été réalisé par le GROUPE FRANCO - BELGO - LUXEMBOURGEOIS de l'Assurance Maladie

Éditeur responsable :

Didier Radermecker
Rue Saint-Jean, 32-38
1000 Bruxelles

Service public fédéral Sécurité sociale

CAAMI

Mutualités Libres

L'accès à la santé pour tous
Solidaris
La Mutualité Socialiste

HOLDING Caisse des Soins de Santé

Les Mutualités Neutres
VOTRE LIBERTÉ, VOTRE SÉCURITÉ

MUTUALITE LIBERALE
la confiance saine

sscala