



**COMMENTAIRES****1 Généralités**

- 1.1 **Ce formulaire est réservé aux membres du personnel pensionnés de la gendarmerie qui ont été victime d'un accident pendant et par le fait du service avant le 01/04/2001 pour lequel le Ministère des finances - service pensions de séparation, a accordé une invalidité de  $\geq 10\%$ . Les frais médicaux doivent être en relation directe avec l'invalidité reconnue par la commission des pensions de réparation.**
- 1.2 **Complétez le formulaire en 2 exemplaires (1 original + 1 copie). En vue de distinguer clairement l'original de la copie et d'éviter ainsi les doubles paiements, nous vous demandons expressément de dater et signer la demande à l'encre BLEUE.**
- 1.3 **Complétez le formulaire suivant les instructions mentionnées dans la marge gauche côté recto.**
- 1.4 **Joignez les preuves demandées de vos frais médicaux en 1 exemplaire. Si un document original est demandé, il est nécessaire d'envoyer l'original. Dans le cas contraire, il n'y a pas de remboursement.**
- 1.5 **DSDM ne peut intervenir que pour la différence entre le tarif INAMI et l'intervention de la mutuelle. Les suppléments d'honoraires et les prestations pour lesquels la mutuelle n'intervient pas, ne sont pas remboursés par DSDM. Les frais privés à l'occasion d'une hospitalisation (comme le supplément pour une chambre à une ou deux personnes ainsi que les suppléments d'honoraires, téléphone, TV, boissons,...) ne sont pas remboursés.**
- 1.6 POUR LES PROTHÈSES VOUS DEVEZ TOUJOURS DEMANDER UN ACCORD PRÉALABLE DU DIRECTEUR DE DSDM.**
- 1.7 **En cas de doute en ce qui concerne le remboursement des frais médicaux, vous pouvez toujours nous contacter au numéro de téléphone (02) 641.21.64.**

**2 Documents à joindre (en 1 exemplaire)**

**!!! Le membre du personnel doit payer les factures lui-même. A la demande de remboursement, il faut toujours fournir une preuve de paiement.**

Soins médicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>la preuve originale du remboursement de la mutuelle</li> <li>en cas de factures: - les factures originales sans virement (avec le N° de nomenclature INAMI); - preuve de paiement</li> </ul>
Hospitalisation	<p>Si le membre du personnel <b>ne fait pas</b> usage de l'assurance d'hospitalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>l'originale de la facture individuelle/note d'hospitalisation (avec le N° de nomenclature INAMI);</li> <li>la preuve originale du remboursement de la mutuelle (si la copie de l'attestation globale des soins est jointe à la facture).</li> </ul> <p>Si le membre du personnel fait usage de l'assurance hospitalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>une copie de l'originale de la facture individuelle/note d'hospitalisation (avec le N° de nomenclature INAMI);</li> <li>la preuve originale du remboursement de la mutuelle (si la copie de l'attestation globale des soins est jointe à la facture).</li> <li>la preuve originale du remboursement de l'assurance d'hospitalisation.</li> </ul>
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>la preuve originale du remboursement de la mutuelle</li> </ul>
Produits pharmaceutiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>mod 704 (à délivrer par le pharmacien)</li> </ul>
Kinésithérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>la copie de la prescription de kinésithérapie par un médecin du service médical ou un médecin agréé</li> <li>preuve originale du remboursement de la mutuelle</li> </ul>
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>la preuve originale du remboursement de la mutuelle</li> </ul>
Prothèses chirurgicales	<ul style="list-style-type: none"> <li>la copie du renvoi par le médecin du service médical ou le médecin agréé</li> <li>la mutuelle est déjà intervenue à la réception de la facture: <ul style="list-style-type: none"> <li>facture originale avec le N° de nomenclature INAMI;</li> <li>preuve de paiement.</li> </ul> </li> <li>La mutuelle doit encore intervenir à la réception de la facture: <ul style="list-style-type: none"> <li>copie de la facture (avec le N° de nomenclature INAMI);</li> <li>preuve originale du remboursement de la mutuelle</li> <li>preuve du paiement</li> </ul> </li> </ul>

Le formulaire **F-024...**

vous le complétez en:

**2**

exemplaires



vous le transmettez à:

**DGS/DSDM Accidents de travail****Avenue de la Couronne 145A 1050 Bruxelles**

(complètement rempli et signé par les intéressés)