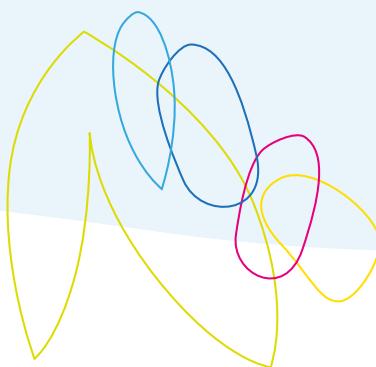


INFORMATION POUR LES PROFESSIONNEL·LES
Update septembre 2025

Accessibilité financière aux soins : assurance maladie obligatoire

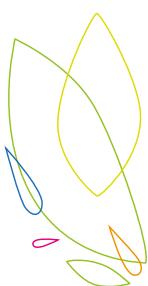


Avec le soutien de la Cocom
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE



Ce focus s'adresse aux professionnel·les de la santé et du social.

Il vise à fournir une **information objective et concrète sur les aides et remboursements des soins de santé existants à Bruxelles**. Il doit permettre aux professionnel·les de trouver l'information pratique dont ils et elles ont besoin pour accompagner leurs bénéficiaires.



Ce Focus se concentre uniquement sur des dispositifs favorisant l'accessibilité financière aux soins pour les personnes inscrites au Registre National ou avec une situation particulière.

Il sera complété par un Focus spécifique sur l'accès aux soins pour les personnes qui ne peuvent pas bénéficier de l'Assurance Obligatoire (ressortissants de l'UE, demandes de protection internationale ou d'asile, personnes sans séjour légal, etc.).

Pour toute question à ce sujet, vous pouvez contacter l'asbl Medimmigrant :
02 274 14 33 – 0800 14 960
info@medimmigrant.be

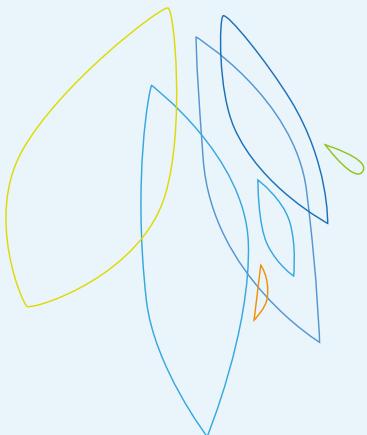
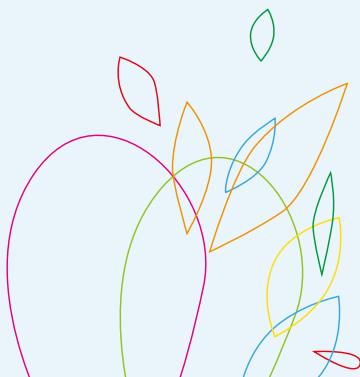


TABLE DES MATIÈRES



1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	<i>p 6</i>
L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE : UN DÉTERMINANT DE LA SANTÉ	<i>p 6</i>
CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES DISPOSITIFS VISANT	
UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE	<i>p 6</i>
2. VUE D'ENSEMBLE	<i>p 8</i>
3. EN DÉTAILS	<i>p 9</i>
L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ ET INDEMNITÉS (AO)	<i>p 9</i>
Changer de mutuelle	<i>p 11</i>
Le ticket modérateur	<i>p 12</i>
Le tiers payant	<i>p 12</i>
L'intervention majorée	<i>p 13</i>
Le maximum à facturer	<i>p 13</i>
Autres mesures	<i>p 14</i>
Trajets de soin, statut et forfait des affections chroniques	<i>p 15</i>
Mesures exceptionnelles via le Fonds Spécial de Solidarité	<i>p 15</i>
L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE	<i>p 15</i>
Activité physique	<i>p 19</i>
Dépistage et Prévention	<i>p 20</i>
Diabète	<i>p 22</i>
Diététique	<i>p 24</i>
Grossesse et vie de l'enfant	<i>p 25</i>
Médecines alternatives	<i>p 27</i>
Optique	<i>p 28</i>
Santé sexuelle et reproductive	<i>p 30</i>
Sevrage tabagique	<i>p 31</i>
Soins dentaires	<i>p 32</i>
Soins des pieds	<i>p 34</i>
Soutien psychologique	<i>p 35</i>
Transport des malades	<i>p 36</i>
Vaccination et Allergies	<i>p 40</i>
LES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES FACULTATIVES	<i>p 41</i>
4. ALLER PLUS LOIN	<i>p 44</i>

1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE : UN DÉTERMINANT DE LA SANTÉ

L'état de santé¹ d'une population est influencé par les déterminants sociaux de la santé et est marqué par ce qu'on appelle un *gradient social*, qui illustre les inégalités sociales de santé. Concrètement, plus on descend l'échelle sociale dans une population donnée, plus le risque d'être en moins bonne santé augmente.

En particulier, le **système de santé constitue un déterminant** ayant une place singulière puisqu'en prévenant les maladies et en soignant les individus, il participe à réduire les inégalités sociales de santé. Encore faut-il que l'ensemble de la population puisse bénéficier d'un accès équitable aux services et soins de santé qui le constituent.

Or, là encore, on observe un gradient social marqué : **plus le niveau socio-économique des personnes est bas et plus le risque qu'elles reportent des soins ou ne recourent pas aux services augmente²**. Elles sont aussi davantage exposées au risque d'avoir des dépenses de santé catastrophiques³, renforçant encore davantage leur appauvrissement.

A titre d'illustration, « 38 % des ménages⁴ bruxellois présentant des difficultés à joindre les deux bouts déclarent avoir reporté des soins pour raisons financières, contre 11 %

dans la catégorie intermédiaire et seulement 4 % parmi les ménages ayant facile à joindre les deux bouts »⁵.

Le système belge, en perpétuelle évolution, vise à permettre à toutes et tous de bénéficier de soins de santé de qualité à des tarifs raisonnables, via l'affiliation à un organisme assureur. Ces dispositifs ont pour objectif de lutter contre ces inégalités sociales de santé. En limitant les dépenses de santé à la charge des personnes, ils visent une **meilleure accessibilité financière** aux services et soins de santé pour toute la population.

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES DISPOSITIFS VISANT UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Les dispositifs existants sont mis en place par le biais de divers organismes qui interviennent séparément ou ensemble :

- Selon **le statut de séjour des personnes et leur situation socio-économique**.
- Pour **certains soins et services** qui diffèrent d'un organisme à l'autre.
- En prenant en charge **la totalité ou une partie des coûts** de ces soins et services selon l'organisme.

¹ L'état de santé fait référence à la définition que l'OMS donne de la santé : « Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

² Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019.

³ Dépenses catastrophiques : Quand les dépenses directes d'un ménage dépassent une part pré définie de son budget santé et qu'il ne peut alors plus satisfaire à ses autres besoins de base.

⁴ Cette donnée rend compte à minima de ce phénomène puisqu'elle concerne uniquement les personnes couvertes par l'assurance obligatoire de l'INAMI, excluant donc de fait les personnes en demande d'asile et les personnes sans papier qui disposent majoritairement de très faibles ressources.

⁵ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022). Baromètre social 2021. Bruxelles : Commission communautaire commune.

En faisant intervenir différents organismes avec des dispositifs qui leur sont propres, le système de santé belge dispose d'une forme d'organisation relativement complexe. Ce Focus vise donc à **fournir une information claire et pratique destinée aux professionnel·les qu'ils·elles pourront ensuite communiquer à leurs bénéficiaires**. Bien informé·es de leurs droits, ceux·celles-ci pourront les faire valoir en sachant à quels organismes ils·elles doivent s'adresser, pour quoi et comment.

2. VUE D'ENSEMBLE

Statuts de séjour des personnes	<p>Les personnes inscrites au Registre National, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belges inscrites au registre de population • Etrangères inscrites au registre de population avec un droit de séjour permanent • Etrangères inscrites au registre des étrangers avec un droit de séjour illimité • Etrangères inscrites au registre des étrangers avec un droit de séjour temporaire <p>Et certaines personnes étrangère avec des situations particulières, comme les MENA, les DPI avec contrat de travail et les personnes en prison.</p>		
Systèmes	Sécurité sociale belge	Mutuelles	Mutuelles et/ ou Assurances privées
Mécanismes	Assurance Obligatoire (AO)	Assurance Complémentaire (AC) obligatoire	Assurance Complémentaire (AC) facultative
Organismes financeurs	INAMI		Mutualités et/ ou Assurances Privées
Organismes de gestion	Organismes assureurs : Mutualités, CAAMI et caisse HR Rail	Mutualités	
Conditions d'accès	<ul style="list-style-type: none"> • Mutualités : cotisation obligatoire • CAAMI : cotisation éventuelle dans certains cas • Caisse HR Rail : affiliation automatique des travailleurs statutaires 	Affiliation à une mutualité et cotisation à jour	Affiliation à une mutualité et cotisation à jour (pour l'assurance complémentaire) ET/OU Souscription à une assurance privée et prime annuelle payée (pour les assurances complémentaires facultatives)

3. EN DÉTAILS

Le statut de séjour le plus fréquent en Belgique et à Bruxelles est octroyé **aux personnes inscrites au Registre National**, soit parce qu'elles sont :

- **Belges** et inscrites au **registre de population**.
- **Étrangères** et inscrites au registre de population avec un **droit de séjour permanent**.
- **Étrangères** et inscrites au registre des étrangers avec un **droit de séjour illimité**.
- **Étrangères** et inscrites au registre des étrangers avec un **droit de séjour temporaire**.

Ce statut peut aussi être octroyé selon certaines conditions à des personnes qui ne sont pas inscrites au Registre National mais qui sont **inscrites dans le Registre d'attente et disposent d'une attestation d'immatriculation**. C'est par exemple le cas des mineurs étrangers non accompagnés (MENA).

Les personnes qui disposent de ce statut ont en principe accès au système de sécurité sociale belge, en ce compris l'**Assurance Obligatoire soins de santé et indemnités (AO)**. L'affiliation à l'AO est généralement complétée par une **Assurance Complémentaire (AC)**, automatiquement via une affiliation mutuelle ou facultativement via une assurance privée si affiliation à la CAAMI ou l'HR Rail.

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

L'AO est financée par l'**Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI)** qui attribue chaque année un budget à des **organismes assureurs** dont l'un des rôles est de couvrir les dépenses de santé de leurs affilié·es⁶.

⁶ Les organismes assureurs interviennent aussi à d'autres niveaux comme le versement des indemnités en cas d'invalidité. Les autres niveaux ne sont pas décrits dans ce focus. Pour en savoir plus, consulter cette page : Mutualités / INAMI

L'affiliation à l'un des organismes assureurs est obligatoire pour pouvoir bénéficier de l'AO et de l'AC.

Il existe 7 organismes assureurs en Belgique :

- **les 5 mutualités** :

- › L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes
- › L'Union nationale des mutualités libérales
- › L'Union nationale des mutualités libres
- › L'Union nationale des mutualités neutres
- › L'Union nationale des mutualités socialistes

- **la caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité (CAAMI)**

- › L'affiliation à la CAAMI est gratuite, mais :
 - » Les remboursements concernent uniquement l'assurance obligatoire (via l'INAMI).

- › Contrairement aux mutualités, il n'y a pas d'assurance complémentaire à la CAAMI.

- **la caisse des soins de santé de HR rail (railcare)** - obligatoire et réservée exclusivement aux collaborateur·rices statutaires de la Société Nationale des Chemins de fer Belges (SNCB) et Infrabel.

Il existe pour l'AO comme pour les AC obligatoires (mutualités) **deux catégories d'affilié·es** :

- les titulaires,
- les personnes à charge (cohabitant·e et/ou lien de parenté avec le·la titulaire).

Les conditions d'accès aux organismes assureurs varient entre eux et selon le statut (titulaire ou personne à charge).



Démarches pour bénéficier de l'AO

Pour s'inscrire à un organisme assureur, le·la bénéficiaire se rend directement sur le site de l'organisme de son choix ou dans l'un de ses bureaux.

MUTUELLES	COTISATION POUR L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE ⁷ (PAR MOIS & PAR TITULAIRE)	ADRESSE POSTALE (SIÈGE)	TÉLÉPHONE (CENTRALE)	SITE INTERNET
134 Mutualité Chrétienne	15€	Ch. de Haecht 579 1031 BRUXELLES	02 501 58 58 0800 10 987	www.mc.be
228 Mutualia	11,40€	Bld. Brand Whitlock 87-93 bte 4 1200 BRUXELLES	02 733 97 40	www.mutualia.be
306 Solidaris Brabant	8,30€	Rue du Midi 111 1000 BRUXELLES	02 506 96 11	www.solidaris-brabant.be
403 ML Mutplus.be	9,50€	Place de la Reine 51-52 1030 BRUXELLES	02 209 48 11	www.mutplus.be
509 Partenamut	14€	Bld. Louis Mettewie 74-76 1080 BRUXELLES	02 444 41 11	www.partenamut.be
526 Helan	10,30€	Sluisweg 2 b 1 9000 GENT	02 218 22 22	www.helan.be
602 CAAMI	0€	Rue du Trône 30B 1000 BRUXELLES	02 229 34 80	www.caami.be
910 RailCare	0€	Rue de France 89 1070 BRUXELLES	0800 95 482	www.hr-railcare.be

⁷ L'assurance complémentaire obligatoire est à distinguer de l'assurance obligatoire, gérée par l'INAMI, qui rembourse une grande partie des soins médicaux ; pour les salarié·es, elle est prélevée directement sur les salaires bruts via les cotisations sociales payées à l'ONSS (Office National de Sécurité Sociale).

Les différents organismes assureurs offrent tous une couverture identique pour les prestations de santé (AO).

Voici les catégories de prestations couvertes :

- Les visites et consultations des **médecins généralistes** et des **médecins spécialistes**.
- Les soins délivrés par les **kinésithérapeutes**.
- Les soins délivrés par des **infirmier·ères** et par des services de soins infirmiers à domicile.
- Les soins **dentaires**.
- 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**.
- Les **médicaments** (préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques et médicaments génériques).

L'ensemble des prestations remboursées par l'assurance obligatoire est repris dans la nomenclature fixée par l'INAMI. La base de données Nomensoft reprend : le montant payé au dispensateur de soins (l'honoraire), le montant de l'intervention de l'organisme assureur et le montant du ticket modérateur à charge de la personne.

Changer de mutuelle

En Belgique, il est possible de changer de mutuelle librement. Il est important de choisir une nouvelle mutuelle qui répond aux besoins spécifiques de la personne.

Quelques points d'attention :

- Certaines mutuelles peuvent proposer différentes conditions pratiques (comme par exemple être affilié·e depuis +12 mois) pour un changement de mutuelle mais également des conditions d'acceptation, en particulier si la personne a des antécédents médicaux significatifs ou des maladies chroniques.
- Il est généralement possible de changer de mutuelle au début de chaque trimestre civil (1er janvier, 1er avril, 1er juillet, 1er octobre). Il peut falloir quelques semaines pour que la nouvelle affiliation soit effective, donc il est préférable d'introduire la demande le plus tôt possible.
- Dans le cas d'une mutation d'une mutuelle à une autre, l'affilié·e conserve ses droits et bénéficie directement des avantages de sa nouvelle mutuelle si il·elle est en ordre auprès de son ancienne mutuelle. Si la mutuelle impose tout de même un stage d'attente, le·la membre affilié·e bénéficie des droits de sa mutuelle tant qu'il·elle n'est pas couvert·e par la nouvelle.



Démarche pour changer de mutuelle

1. Adresser la demande à la nouvelle mutuelle via son site web ou dans une agence.
2. Fournir une résiliation à l'ancienne mutuelle.

Le ticket modérateur

L'organisme assureur rembourse **la totalité ou une partie des coûts**. En cas d'intervention partielle, la personne paye le reste à sa charge (appelé "ticket modérateur").

Deux possibilités de paiement des prestations médicales :

- Soit la personne paye la totalité des frais et obtient le remboursement de l'organisme assureur,
- Soit la personne ne paye que le ticket modérateur (si le régime du tiers payant s'applique).

Le tiers payant

Le tiers payant est un mécanisme permettant à la personne de ne payer que la partie des frais médicaux à sa charge (le ticket modérateur et les éventuels suppléments d'honoraires).

Depuis le 1er janvier 2022, tous·tes les dispensateur·rices de soins (médecin généraliste, dentiste, kinésithérapeute, logopède, etc.) peuvent appliquer le régime du tiers payant à chaque patient·e et à chaque prestation de santé. Le·la dispensateur·rice de soins n'est pas obligé·e de l'appliquer, sauf dans certains cas. Ainsi, le tiers payant est obligatoire :

- Pour le·la médecin généraliste lorsque le·la patient·e bénéficie d'une intervention majorée de l'assurance soins de santé (mais il n'est pas obligatoire lors d'une visite à domicile).
- Pour le·la dentiste dans le cadre de certaines prestations (restaurations dentaires complexes chez les patient·es atteints d'un cancer notamment).

- Pour le·la bandagiste pour le matériel de stomie.

Le tiers payant est obligatoire pour les situations reprises ci-dessus. Dans tous les autres cas, cela se décide par le·la prestataire, il n'a pas l'obligation de l'appliquer.



Démarche pour pouvoir appliquer le régime tiers payant

1. Vérifier l'identité du·de la bénéficiaire sur simple présentation du document. Pour les infirmier·ères, un contrôle électronique du document d'identité est nécessaire.
2. S'assurer de l'assurabilité de la personne via le service consultation de l'assurabilité de MyCareNet ou, pour les médecins généralistes, le service tarifs de MyCareNet.
3. Facturer électroniquement via MyCareNet ou sur papier, suivant le régime spécifique à la profession.

En cas de facturation électronique via le réseau MyCareNet, la mutualité paie le·la prestataire dans les 2 semaines. Si la facturation est faite sur support papier et magnétique, la mutualité paie dans les 2 mois suivant la fin du mois de l'envoi de la facture.

Le **tiers payant social** permet à certaines catégories de personnes de bénéficier du système du tiers payant même en dehors des situations spécifiques mentionnées plus haut.

Ce système a été mis en place pour éviter le report de soins et garantir l'accessibilité des soins pour tous·tes. Les personnes concernées sont celles dans une situation individuelle de détresse financière occasionnelle, les bénéficiaires de l'intervention majorée, etc.

L'intervention majorée

L'intervention majorée (statut BIM) permet de diminuer le montant des frais médicaux qui reste à la charge de la personne après intervention de l'assurance obligatoire. Elle est accordée après enquête de revenus sur base du revenu annuel brut imposable (max. 28.100,75 €, augmenté de 5.202,22€ par membre de ménage supplémentaire - montants en vigueur au février 2025⁸) ou automatiquement si l'un·e des membres du ménage présente un indicateur spécifique au moment de la demande : le revenu d'intégration du CPAS (il faut en bénéficier durant 3 mois), la garantie de revenus aux personnes âgées, l'allocation de personne handicapée, l'allocation d'aide aux personnes âgées ainsi que pour un·e enfant reconnu·e atteint·e d'un handicap d'au moins 66%, pour les mineur·es étranger·ères non accompagné·es (MENA) et pour un·e enfant orphelin·e de père et mère.



Démarches pour bénéficier de l'IM⁹

L'avantage est octroyé automatiquement si un indicateur spécifique est présent. Il peut également être demandé et sera octroyé sur base d'une analyse du dossier (situation, revenus, etc.). À partir de 2025, un contrôle des revenus sera effectué par la mutualité pour l'octroi du droit à l'intervention majorée.

Le maximum à facturer

Le système du « maximum à facturer » (MAF) a été mis en place pour éviter à tout ménage de dépenser plus qu'un montant maximum par an : si les frais médicaux (de la personne et de son ménage) qui restent à charge après intervention de l'assurance soins de santé atteignent un montant maximum au cours de l'année, l'organisme assureur rembourse intégralement tous les frais qui viendraient encore s'ajouter. Le plafond applicable est fixé par rapport au revenu net imposable de la somme de tous les revenus nets de chaque membre du ménage et est négociable.

Il existe 4 types de MAF : MAF revenus, MAF social, MAF pour un·e enfant de – 19 ans et MAF spécifique pour les personnes du ménage de l'affilié·e bénéficiant du statut d'affection chronique.

⁸ Intervention majorée : plafonds des revenus | INAMI. Voir [ici](#).

⁹ Intervention majorée : meilleur remboursement de frais médicaux | INAMI. Voir [ici](#).



Démarches pour bénéficier du MAF

L'avantage est octroyé automatiquement, il ne faut rien faire. La mutualité comptabilise tous les tickets modérateurs et, lorsque le plafond est dépassé, les remboursements auxquels la personne a droit sont effectués automatiquement sur son compte en banque.

intégrés, par exemple pour les maladies chroniques).

- Il favorise aussi une prise en charge plus cohérente, notamment dans un parcours de soins articulé avec d'autres prestataires.
- !!! À distinguer du Dossier Santé Partagé, qui est un support numérique pour l'échange des données entre structures de soins, dans le cadre du Réseau Santé Bruxellois. Ce dernier permet le partage électronique et sécurisé des données de santé entre les prestataires de soins, les établissements de soins et les patient·es. Ce Dossier Santé Partagé est gratuit et accessible à tous. Les données restent hébergées chez le·la professionnel·le.



Voir [Le Réseau Santé Bruxellois - Partage des données de santé](#) [ici](#).

Autres mesures

Le conventionnement

- Le conventionnement désigne l'adhésion volontaire d'un·e prestataire de soins (médecin, dentiste, kiné, etc.) aux tarifs officiels fixés par l'assurance maladie obligatoire.
- Consulter un·e prestataire conventionné·e permet aux patient·es de ne payer que le ticket modérateur, sans supplément d'honoraires.
- Ce dispositif contribue à la prévisibilité et à la limitation des restes à charge, notamment pour les personnes précarisées.
- Les listes de prestataires conventionné·es sont disponibles sur le site de l'INAMI (ou via les mutualités).

Le Dossier Médical Global (DMG)

- Le DMG est un outil de coordination des soins ouvert auprès du·de la médecin généraliste, sans critère d'âge ou de situation.
- Il donne droit à une réduction du ticket modérateur pour les consultations chez ce médecin (et parfois dans le cadre de soins

L'échelonnement (ou référencement)

- L'échelonnement permet de bénéficier d'un meilleur remboursement lors d'une consultation spécialisée, à condition qu'elle soit précédée d'un avis ou d'une orientation explicite du·de la médecin généraliste.
- Ce mécanisme vise à valoriser la médecine générale comme porte d'entrée dans le système de soins, et à soutenir une approche graduée et coordonnée.
- Il concerne uniquement certaines spécialités et peut varier selon les conventions en vigueur. Vérification à effectuer au cas par cas.

¹⁰ Une liste de dispensateur·rices conventionné·es est disponible sur ce lien RIZIV - Zoeken. Voir [ici](#).

Trajets de soin, statut et forfait des affections chroniques

Entamer un **trajet de soins pour un diabète de type 2, une insuffisance rénale chronique ou pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire pour les jeunes** (depuis février 2024) permet le remboursement complet des consultations chez le·la généraliste et le·la spécialiste (suppression du ticket modérateur)*.



Pour en savoir plus : consultez le Focus spécifique sur le diabète [ici](#).

Le **statut affection chronique** permet l'octroi du tiers payant ou d'une diminution du montant annuel maximum dans le cadre du maximum à facturer et basé sur les dépenses totales de santé.

Le **forfait malades chroniques** est activé en cas d'atteinte d'un plafond pour les tickets modérateurs et basé sur des critères de dépendance.

Mesures exceptionnelles via le Fonds Spécial de Solidarité

Le Fonds Spécial de Solidarité (FSS) accorde, pour certaines prestations médicales non remboursables, une intervention financière aux patient·es souffrant d'une affection très grave et qui répondent à certains critères. L'accès est conditionné à l'affiliation à un organisme assureur, soit une mutuelle, soit la CAAMI. Les cas suivants sont considérés :

- Indication rare pour la prescription de la prestation.
- Maladie rare.
- Maladie rare nécessitant des soins médicaux continus et complexes.
- Dispositif médical et/ou prestation qui est une technique médicale innovante (à l'exclusion des médicaments).
- Enfant souffrant d'une maladie chronique et nécessitant un traitement.
- Soins dispensés à l'étranger.
- Besoin médical non rencontré (*Unmet Medical Need*) (uniquement pour le remboursement de médicaments).

En pratique, la demande au FSS doit être introduite auprès du·de la médecin-conseil de l'organisme assureur par lettre recommandée à la poste ou par tout autre moyen permettant de déterminer avec certitude la date d'introduction de la demande.

L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE

Si la personne choisit de s'affilier à une mutuelle comme organisme assureur pour l'assurance obligatoire, elle bénéficie automatiquement et obligatoirement de l'assurance complémentaire obligatoire proposée par la mutuelle. Si elle ne souhaite pas obtenir d'avantages complémentaires, elle peut s'affilier à la CAAMI. Dans ce cas, elle ne paie pas de cotisation et les tarifs de remboursements sont ceux déterminés par l'INAMI.

* Plus d'informations [ici](#).

Organismes assureurs	AO (Assurance Obligatoire)	AC (Assurances Complémentaires)
Les mutualités	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	✗
La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI)	✗	
La caisse des soins de santé de HR Rail (SNCB et Infrabel)	✗	✗ ¹¹

¹¹ En tant que travailleur statutaire des chemins de fer belge, il y a une affiliation automatique à la caisse des soins de santé de HR Rail. HR Rail remplit les mêmes missions qu'une mutualité mais n'intervient que pour les prestations de l'assurance obligatoire tandis qu'un fonds social interne assure des interventions complémentaires.

Ce chapitre présente les offres de l'assurance complémentaire obligatoire, reprises dans le tableau suivant :

	134 Mutualité Chrétienne	228 Mutualia	306 Solidaris Brabant	403 ML Mutplus.be ¹²
Activité physique	✗	✗	✗	✗
Dépistage et prévention		✗	✗	✗
Diabète		✗		✗
Diététique	✗	✗	✗	✗
Grossesse et vie de l'enfant	✗	✗	✗	✗
Médecines alternatives	✗	✗	✗	✗
Optique	✗	✗	✗	✗
Santé sexuelle et reproductive	✗	✗	✗	✗
Sevrage tabagique		✗	✗	✗
Soins dentaires	✗	✗	✗	✗
Soins des pieds		✗	✗	✗
Soutien psychologique	✗	✗	✗	✗
Transport des malades	✗	✗	✗	✗
Vaccination /allergies	✗	✗	✗	✗

¹² Les statuts de l'année 2025 n'étant pas disponible, la référence la plus à jour ici est un document "Services et avantages 2025. Pour plus d'informations, retrouvez les statuts 2025 de Mutplus ici.

	509 Partenamut	526 Helan	602 CAAMI	910 RailCare
Activité physique	X	X		
Dépistage et prévention	X	X		
Diabète	X	X		
Diététique	X	X		
Grossesse et vie de l'enfant	X	X		
Médecines alternatives	X	X		
Optique	X	X		
Santé sexuelle et reproductive	X	X		
Sevrage tabagique	X	X		
Soins dentaires	X	X		
Soins des pieds	X	X		
Soutien psychologique	X	X		
Transport des malades	X	X		
Vaccination /allergies	X	X		

Activité physique

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	<p>Jusqu'à 50 € chaque année pour les frais d'inscription/abonnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • À un sport, parmi une large liste de disciplines sportives • À des événements sportifs <p>OU</p> <p>150 € pour 3 ans pour l'achat d'un vélo</p>	<p>Formulaire</p> <p>Facture précisant la taille : minimum 20 pouces</p> <p>À partir de l'année des 19 ans</p>
228 Mutualia	Affiliation club sportif reconnu : 60€/an	Formulaire
306 Solidaris Brabant	<p>Affiliation club sportif ou fitness : 45€/an</p> <p>Inscription à certains stages/séjours sportifs : 37,50€/an</p>	<p>Formulaire</p> <p>Preuve de paiement</p>
403 ML Mutplus.be	<p>Incitant sportif : 40€/an</p> <p>Chèque cadeau de 25€/an</p>	<p>Formulaire</p> <p>Preuve de paiement</p>
509 Partenamut	<p>Affiliation à un club sportif reconnu : 50€/an</p> <p>Abonnement à une application sportive : 30 €/par année</p>	<p>Formulaire OU copie carte de membre + attestation du club + preuve de paiement</p> <p>Liste des applications validées par la mutualité</p>
526 Helan	<p>Club sportif : 50€/an</p> <p>Inscription évènement sportif : 25€/an</p> <p>Fitness : 20% sur l'abonnement dans un centre partenaire (nouveau membre du centre + possibilité d'essayer le fitness une semaine, grâce au chèque fitness, dans des centres de fitness du réseau)</p> <p>Examen médical sportif préventif et programme « Bewegen Op Verwijzing » (BOV – Bouger sur prescription) : 25€/an pour un bilan de santé chez un-e médecin du sport OU pour un trajet d'accompagnement BOV</p>	<p>Attestation du club</p> <p>Formulaire ou preuve de paiement</p> <p>Présentation d'une vignette (cfr. Chèque fitness)</p> <p>Formulaire ou preuve d'inscription au programme</p>

Dépistage et Prévention

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	Jusqu'à 75 € par an/par personne, au choix : <ul style="list-style-type: none"> • Séances d'ostéopathie, médecine manuelle, acupuncture et chiropraxie • Frais de vaccins ou désensibilisants (allergies) • Frais de prise de sang (1 analyse par an) • Consultations chez un·e diététicien·ne ou médecin nutritionniste 	Formulaire à compléter
228 Mutualia	Une intervention de max 50€/an tous dépistages confondus pour les examens de dépistage suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Cancer du sein • Cancer de la prostate • Cancer colorectal • Ostéoporose • Diabète de type 2 • Maladies cardio-vasculaires • Pathologies neurodégénératives • VIH 	Formulaire complété par l'affilié·e et par le·la médecin
306 Solidaris Brabant	Dépistage cancer côlon : 10€/an Dépistage cancer prostate : 10€/an Dépistage cancer sein (mammographie) : 10€/2 ans Dépistage cancer col utérus : 10€/3 ans Dépistage ostéoporose : 20€/5 ans	Formulaire complété par le·la médecin Attestation de soins donnés Attestation de soins donnés Formulaire complété par le·la médecin spécialiste ayant réalisé l'examen
403 ML Mutplus.be	Mammographie : 7,50€/an Examen préventif du cancer de la prostate : 7,50€/an	Attestation de soins ou facture Attestation de soins

Dépistage et Prévention

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
509 Partenamut	<p>Intervention forfaitaire de 15 € /accordée maximum 3 fois par année et par personne :</p> <p>Consultations et/ou examen liés à la prévention et au dépistage des affections suivantes : cancer, maladies cardiovasculaires, allergie, affections respiratoires, ostéoporose, surdité du nouveau-né, diabète, troubles du sommeil</p>	<p>Prescrit par un·e médecin Attestation des soins ou facture Formulaire</p>
	<p>Dépistage d'un burn-out : intervention forfaitaire de 50 €</p>	<p>Examen par un·e médecin et réalisé dans un centre spécialisé + formulaire-type</p>
526 Helan	<p>Examen préventif : 30€ Max 10€/consultation et 3 consultations et/ou examens préventifs, comme mammographie, test de spirométrie, endoscopie, analyse de sang, frottis et achat d'un autotest du cancer du côlon</p> <p>Vaccin VRS : remboursé pour les femmes enceintes. Montant restant à charge : 12,5€ (sans intervention majorée) 8,30€ (avec intervention majorée)</p>	<p>Formulaire</p> <p>Prescription médicale + accord du·de la médecin-conseil</p>

Diabète



Voir le Focus **Systèmes de prise en charge du diabète de type 2** [ici](#).

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	Pas d'avantage complémentaire au-delà de ce qui est prévu par l'AO	/
228 Mutualia	Matériel : 100 tigettes/an, 1 glucomètre/3 ans Podologie : 10€/séance - max 2 séances/an. • Pour les présentations spéciales (onychoplastie, orthonyxie, orthoplastie) : 10€/1séance/an Diététique : 10€/an, 1 séance/an (patient·e sous ADO antidiabétique oral)	Facture ou attestation du·de la prestataire + certificat médical (podologie ou diététique) Formulaire à remplir par l'affilié·e (Demande de matériel)
306 Solidaris Brabant	Pas d'avantage complémentaire au-delà de ce qui est prévu par l'AO	/
403 ML Mutplus.be	Médicament et matériel de soins (glucagon, sac à pompe, patchs, glucomètre, tigettes, lancettes, aiguilles, autopiqueur et appareil de lecture) : 50% du prix d'achat • Maximum de 150€ par an pour : matériel de soin des escarres, matériel de sondage et alimentation entérale Association Belge du Diabète : 100% de la cotisation	Formulaire + preuve de paiement + certificat médical

Diabète

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
509 Partenamut	<p>Matériel (tigettes, lancettes, aiguilles et patchs pour capteurs de glycémie) : max 50% du prix d'achat, 160€/an</p> <p>Glucomètre : max 50% du prix d'achat/5 ans</p> <p>Association Belge du Diabète : 35€/an</p> <p>Diététicien·ne - Nutritionniste : 8 séances par an/par personne : jusqu'à 240 €/an</p>	<p>Formulaire pour l'éducateur·rice</p> <p>Facture d'achats OU preuve de paiement</p> <p>Pour les achats de matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'un Dossier Médical Global (DMG) • Attestations BVAC du·de la pharmacien·ne • En détail pour les... <ul style="list-style-type: none"> › tigettes/lancettes : disposer d'un suivi diabétique de type 2 › patchs pour capteur glycémie : bénéficier d'une convention du diabète › aiguilles à insuline : bénéficier d'un trajet de soins diabète, d'une convention du diabète ou du suivi d'un·e patient·e diabétique de type 2 <p>Pour séances :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La note d'honoraires ou la demande d'intervention pour soins diététiques signé par le·la diététicien·ne • Un certificat médical attestant de la pathologie et des prises en charge diététique
526 Helan	<p>Consultations médicales liées au diabète chez le·a médecin généraliste, diététicien·ne, dentiste ou ophtalmologue et cotisation à l'Association Belge du Diabète : au total intervention de max 60€/an</p> <p>Matériel : 30% sur le prix d'achat du matériel de contrôle ou de traitement du diabète, acheté dans un magasin de soins à domicile agréé par Helan</p>	<p>Attestation (consultations)</p> <p>Preuve de paiement (cotisation)</p> <p>Facture</p> <p>Réduction immédiate via le site de la boutique santé.</p>

Diététique

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	Suivi diététique (et/ou de sport) : Jusqu'à 75 € par an/par personne, au choix : Visite chez un·e diététicien·ne ou médecin généraliste	Formulaire (à demander à la mutuelle) ou attestation du·de la prestataire, agréé par la mutuelle
228 Mutualia	En cas d'obésité ou d'anorexie : Bilan diététique : 25€ Suivi diététique : 75€/an, max 12,50€/séance et 6 séances/an sur prescription médicale	Formulaire complété par l'affilié·e et le·la diététicien·ne ou le·la nutritionniste + prescription médicale
306 Solidaris Brabant	Diététique : 60€/an chez un·e diététicien·ne ou par réunion Weight Watchers	Formulaire + prescription médicale
403 ML Mutplus.be	Consultation diététique : 5€/consultation Max 6 consultations /an Achat de médicaments contre le surpoids : max 40€/an Autres avantages : Weight Watchers (5€/ séance à condition de suivre 6 séances sur une période de 6 mois), Infracard (30€/an)	Formulaire
509 Partenamut	Diététique : intervention forfaitaire de 20€/séance (max 4 séances/an). En cas de pathologie lourde ou chronique : max 12 séances/an) - 20 € par séance Achat d'aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales : intervention de 10% accordée sur le prix d'achat à condition que le montant ne dépasse pas le montant des frais restant à charge après l'intervention de l'assurance obligatoire. Max 150€/an Alimentation entérale par sonde : intervention accordée pour couvrir les frais restant à charge des patient·es. Intervention forfaitaire : 25€/mois	Formulaire OU justificatif mentionnant l'honoraire perçu + prescription médicale si maladie chronique
526 Helan	Consultation diététique : 25€/an chez un·e diététicien·ne agréé·e par l'INAMI ou un·e médecin nutritionniste	Formulaire ou attestation

Grossesse et vie de l'enfant

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	<p>Prime de naissance : 350 € (par enfant)</p> <p>Bon d'achat : 50 €</p> <p>Accompagnement périnatal pour la maman : échographies, visites chez le·la gynécologue ou sage-femme et séances de kiné sont entièrement remboursées pendant la grossesse et jusqu'à 3 mois après l'accouchement</p> <p>Accouplement à domicile ou dans une maison de naissance : intervention de 150 €</p> <p>Fécondation in vitro (FIV), don d'ovocyte ou insémination intra-utérine : max. 1200 € (200€ par cycle, jusqu'à 6 fois)</p>	<p>Automatique</p> <p>Déclaration de la grossesse après 4 mois</p> <p>Être affiliée à la MC et en ordre de cotisation</p> <p>Être âgée de moins de 43 ans</p> <p>Être suivie dans un centre de médecine agréé par l'Inami</p> <p>Remboursement valable pour 6 cycles maximum</p>
228 Mutualia	<p>Fécondation in vitro (FIV) : max 250€/an</p> <p>Gynécologie prénatale : max 50€/an</p> <p>Kiné périnatale : 3€/séance max 15 séances/grossesse.</p> <p>Cours de massage bébé : 10€/cycle</p> <p>Dépistage de la surdité : coût entièrement couvert</p> <p>Lait infantile et langes : 75€/an pendant 3 ans</p> <p>Naissance et adoption : Prime de 350€</p> <p>Pédiatrie : Remboursement du ticket modérateur</p> <p>Psychomotricité pour enfants de moins de 14 ans : 12€/séance avec un max de 120€/an</p>	<p>FIV > Envoi de la facture</p> <p>Gynécologie > Formulaire complété par l'affilié·e et par le·la gynécologue.</p> <p>Kiné > Attestation</p> <p>Cours massage bébé > inscription via formulaire</p> <p>Dépistage de la surdité-> Facture</p> <p>Lait infantile et langes ></p> <p>Remboursement d'achat en pharmacie > Preuve d'achat</p> <p>Colis langes d'une valeur de 75€ via formulaire</p> <p>Naissance et adoption -> Extrait de l'acte de naissance</p> <p>Pédiatrie > Formulaire complété par l'affilié·e</p> <p>Si enfant de moins de 18 ans condition que l'enfant dispose d'un DMG (Dossier Médical Global) auprès d'un·e médecin généraliste. Pour les enfants de moins de 3 ans DMG non nécessaire.</p> <p>Psychomotricité > formulaire complété par l'affilié·e et par le·la praticien·ne</p>

Grossesse et vie de l'enfant

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
306 Solidaris Brabant	<p>Consultations gratuites pré et postnatales via Soralia</p> <p>Prime de naissance/adoption : 130€ par parent affilié</p> <p>Séance de kinésithérapie pré et postnatale (jusqu'à 9+9 séances) : remboursement du ticket modérateur</p> <p>Aide à la procréation :</p> <ul style="list-style-type: none"> FIV (fécondation in vitro) : max 500€ ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïdes) : max 700€ 	<p>Inscription au programme</p> <p>Acte de naissance</p> <p>Disposer d'un DMG ou être affilié à une maison médicale</p> <p>Déclaration FIV ou ICSI</p>
403 ML Mutplus.be	<p>Prime de naissance : 200€</p> <p>Prime d'allaitement : 375€</p> <p>Crèche/gardiennage : 60€/an</p> <p>Inscription mouvement de jeunesse : 15€/an</p>	<p>Acte de naissance et attestation</p> <p>Attestation</p> <p>Dans un milieu d'accueil reconnu</p> <p>Formulaire</p>
509 Partenamut	<p>Prime de naissance et d'adoption : max 350€ (par enfant)</p> <p>Vitamine de grossesse : 30 €/par grossesse</p> <p>Jusqu'à 100€ par naissance (200€ pour des jumeaux-elles, 300€ pour des triplé-es, etc.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 €/séance pour des séances de préparation à l'accouchement ou des soins pré et postnataux (massage, kiné, haptonomie) • Des frais réellement facturés, si le soin est une assistance à l'accouchement (kiné et haptonomie) 	<p>Extrait acte de naissance + attestation</p> <p>BVAC du·de la pharmacien·ne + certificat médical/formulaire-type complété et signé par le·la bénéficiaire et le·la gynécologue</p> <p>Jusqu'à 6 mois avant et après la naissance</p> <p>Avec des prestataires agréé·es par l'INAMI</p> <p>Même en cas d'interruption précoce de grossesse (fausse couche)</p>
526 Helan	<p>Prime de naissance : 150€/ parent affilié</p> <p>Acide folique : max 30€/an</p> <p>Soins postnataux (Aide maternelle) : 5€/h max ou 150€/an ou 30h/an (Par parent affilié)</p> <p>Hôtel Post-Partum : Jusqu'à 200€ de remboursement.</p> <p>Dépistage de porteurs génétiques : Jusqu'à 150€ (Par parent affilié)</p>	<p>Preuve de paiement</p> <p>Preuve de paiement</p> <p>Formulaire de demande en ligne</p> <p>Facture</p> <p>Formulaire en ligne</p>

Médecines alternatives

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	Jusqu'à 75 € par an et par personne (max. 15 ans par séance) pour les séances d'ostéopathie, médecine manuelle, acupuncture, chiropraxie et homéopathie	Justificatif du·de la prestataire
228 Mutualia	Homéopathie ; Mindfulness ; Shiatsu ; Chiropraxie ; Ostéopathie ; Acupuncture ; Hippothérapie ; Kinésiologie ; Sophrologie ; Mésothérapie ; Réflexologie ; Naturopathie ; Micro-kinésithérapie : 120€/an, max 10€/séance, max 12 séances/an Médicaments homéopathiques : 50% du prix d'achat. Max 100€/an/bénéficiaire (médicaments achetés en Belgique ou dans pays limitrophe) Médicaments phytothérapeutiques : 50% du prix d'achat. Max 50€/an/bénéficiaire Pas d'intervention sur les compléments alimentaires.	Formulaire complété par l'affilié·e et le·la prestataire Prestataire reconnu·e par la mutuelle Médicaments homéopathiques et phytothérapeutiques sur base de prescription médicale-> BVAC
306 Solidaris Brabant	Acupuncture, Chiropraxie et Ostéopathie : 62,50€/an 12,50€/séance et max 5 séances/an	Quittance originale dûment complétée par un·e prestataire reconnu·e
403 ML Mutplus.be	Acupuncture, Chiropraxie, Ostéopathie et Homéothérapie : 60€, 10€/séance et max 6 séances/an	Quittance originale dûment complétée par le·a prestataire Prestataire reconnu·e par la mutuelle
509 Partenamut	Homéopathie-produits homéopathiques : 75 €/an, intervention 50% du prix d'achat des produits homéopathiques Intervention forfaitaire 10 €/par séance, max. 12 séances/an: Ostéopathie, chiropraxie, homéopathie, mésothérapie, mindfulness therapy, sophrologie et thérapie par les chocs	Document du·de la pharmacien·ne
526 Helan	Acupuncture, ostéopathie, chiropraxie : 12€/séance, max 6 séance / an	Formulaire Ostéopathe doit être membre d'une association professionnelle reconnue par l'INAMI. Chiropracteur·rice doit être membre de l'association belge des chiropracteurs Acupuncteur·rice doit être membre d'une fédération professionnelle agréee

Optique

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	<p>Jusqu'à 120 € tous les 3 ans pour tout achat de lunette ou lentilles correctrices</p> <p>10 % de réduction sur les lentilles, 20 % de réduction sur les lunettes et 40 % de réduction pour les moins de 18 ans)</p> <p>Jusqu'à 500 € par personne (250 € par œil) : corriger la vue ou soigner la maladie de l'œil à l'aide d'une opération laser ou implant</p>	<p>Sans prescription et à tout âge</p> <p>Via partenaire Qualias Optique</p> <p>Pas de limite d'âge</p>
228 Mutualia	<p>Monture lunettes - Verres ou lentilles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 ans <ul style="list-style-type: none"> • monture : 25€/max limité au prix payé et renouvelable tous les 4 ans. Intervention majorée de 50€ pour la première monture (une fois par vie) • Montures et verres, verres seuls ou lentilles : max 75€/2ans + 18 ans <p>Montures et verres correcteurs, verres correcteurs seuls ou lentilles. Max 175€/4 ans avec prescription d'un-e ophtalmologue.</p> <p>Laser : 250€ (125€/œil) ; intervention unique</p>	<p>Monture – 18 ans facture d'un-e opticien-ne agréé-e par l'INAMI</p> <p>Montures et verres, verres ou lentilles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formulaire 15 ou reçu détaillé d'un-e opticien-ne agréée, un-e pharmacien-ne ou un-e ophtalmologue • Prescription du-de la médecin spécialiste agréé-e par l'INAMI (Valable 6 mois) <p>+ 18 ans : Prescription ophtalmologue + Preuve de paiement.</p> <p>Laser : Présentation des justificatifs originaux délivrés par le-la médecin spécialiste agréé-e par l'INAMI</p>
306 Solidaris Brabant	<p>Lunettes et lentilles : 60€/10 ans</p> <p>Lunettes : 15% réduction chez les opticien·nes partenaires</p> <p>Laser : 150€ /œil</p>	<p>Facture ou attestation</p> <p>Facture ou attestation</p>

Optique

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
403 ML Mutplus.be	<p>Montures, verres et lentilles : 50€</p> <p>Laser : 100€/œil*</p> <p>Correction oculaire « Near vision CK » : 100€/œil *</p> <p>* A condition qu'il n'y ait pas eu de demande de remboursement pour les montures, verres et lentilles et traitement au laser ou « Near vision CK » dans l'année</p>	<p>Formulaire</p> <p>OU prescription médicale</p> <p>OU preuve d'achat</p>
509 Partenamut	<p>Montures, verres correcteurs et lentilles correctrices : 75€/ 2 ans</p> <p>Chirurgie Laser : 100€/oeil</p> <p>Lentilles intraoculaires : 50€/oeil (intervention une seule fois dans la vie du/de la bénéficiaire)</p> <p>Paire de lunettes à prix réduit : 50 € (paire de lunettes avec verres unifocaux + 100 € pour paires de lunettes avec verres progressifs</p> <p>=> intervention au cours d'une période de 2 ans</p>	<p>Formulaire OU facture + prescription médicale</p> <p>Opticien·nes partenaires : liste disponible auprès de la mutuelle</p>
526 Helan	<p>Lunettes et lentilles : 50€/an si \leq 18 ans 30€/an si \geq 19 ans Jusque 60€/ an pour les personnes de 19 à 65 ans ayant une forte correction (dioptrie de +4,5 à +6)</p> <p>Chirurgie oculaire au laser et implants de lentilles : jusqu'à 100€ par œil, intervention unique</p> <p>Prix préférentiels : 15% réduction chez les opticien·nes partenaires</p>	<p>Formulaire ou attestation de délivrance</p> <p>Opticien·nes partenaires : liste disponible auprès de la mutuelle</p>

Santé sexuelle et reproductive

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	Jusqu'à 360 € par an et par personne (max. 20€ par séance pour : consultation d'un·e psychologue, psychothérapeute, orthopédagogue ou sexologue	Quand il n'y a pas de remboursement de l'assurance obligatoire et auprès de prestataires reconnu·es (via la mutualité)
228 Mutualia	Contraception : intervention dans le coût des préservatifs d'un traitement contraceptif 40€/an max pour pilule contraceptive, anneau vaginal, injection, patch contraceptif 120€/2 ans pour stérilet, implant. Ménopause : 40 € par an maximum pour tout traitement hormonal de substitution (THS) visant au traitement des symptômes de la ménopause, sur présentation d'un BVAC.	Contraception ; Pilule, anneau, injection, patch → Présentation d'un BVAC (ticket de caisse détaillé du·de la pharmacien·ne) Stérilet, implant → Attestation de fourniture portant le cachet du·de la pharmacien.ne
306 Solidaris Brabant	Moyens contraceptifs : 40€ par an pour la plupart des contraceptifs féminins	Formulaire BVAC de la pharmacie Déclaration de traitement complétée par le centre PMA
403 ML Mutplus.be	30 €/par an : moyens contraceptifs (pilule, patch contraceptif, anneau vaginal, stérilet, implant et/ou injection contraceptive, préservatifs achetés en pharmacie, coût d'une vasectomie) 160 €/an : consultation auprès d'un·e sexologue (soit via l'asbl Aditi soit via un·e psychologue clinicien·ne)	Attestation BVAC de la pharmacie Facture si vasectomie Attestation
509 Partenamut	50 €/par an : pour les moyens de contraception autre que le stérilet et l'implant contraceptif 150 €/au cours d'une période de 3 années consécutives : pour le stérilet et l'implant contraceptif	Soit attestation de fourniture du·de la pharmacien·ne soit formulaire de la mutualité, complété et signé par le·la bénéficiaire et le·la prestataire de soins
526 Helan	3€ par mois : achat de moyens contraceptifs (pilules combinées orales, injections contraceptives et mini-pilules, patch contraceptif, stérilets hormonaux et au cuivre, anneaux vaginaux, bâtonnet ou implants hormonaux, pilule du lendemain	Preuve de paiement

Sevrage tabagique

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	Pas d'avantage complémentaire en plus de ce qui est proposé dans l'AO	/
228 Mutualia	<p>Médicaments de sevrage tabagique : 20€/traitement. 3 traitements max/vie</p> <p>Femmes enceinte : 30€/séance, max 8 séances / grossesse</p> <p>« Varénicline » Champix® : « starter pack » (2 semaines d'essai du médicament) et 3 cures remboursées/5 ans</p>	Médicaments → reçu BVAC du·de la pharmacien·ne Tabacologue → Consulter un·e tabacologue agréé.
306 Solidaris Brabant	TraITEMENT THÉRAPEUTIQUE RECONNUS : 50€ (Intervention unique)	Attestation BVAC du·de la pharmacien·ne
403 ML Mutplus.be	<p>Produits aidant à l'arrêt : Intervention de 50€ OU</p> <p>Cours de sevrage (méthode Allen Carr) : Réduction de 50€</p> <p>Dans les 2 cas : intervention unique</p>	Produits : Attestation BVAC du·de la pharmacien·ne Cours : formulaire
509 Partenamut	Médicaments et substituts nicotiniques : 75€/an Tabacologue : 25€/2ans	Formulaire Attestation BVAC du·de la pharmacien·ne Consulter un·e médecin ou un·e tabacologue reconnu·e qui est licencié·e en psychologie ou praticien·ne d'une profession de soins de santé, et a passé le test final d'une formation en tabacologie (soit celle des Fonds des Affections respiratoires [FARES], soit celle du Vlaamse Vereniging voor respiratoire Gezondheidszorg en tuberculosebestrijding [VRGT]) Attestation de soins ou document conforme et état d'honoraires
526 Helan	Pas d'avantage complémentaire en plus de ce qui est proposé dans l'AO	Attestation du·de la médecin OU facture du·de la tabacologue

Soins dentaires

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	<p>Orthodontie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 500 € pour l'appareil dentaire de l'enfant • Toutes les visites remboursées si l'enfant a un DMG <p>Prothèse et implant dentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • 200 € 1x tous les 3 ans pour les prothèses dentaires non remboursées par l'assurance obligatoire (prothèse amovible, bridge, couronne et implant dentaire) 	Formulaire + enfant avant la 15eme année
228 Mutualia	<p>Prothèses, implants, pivots, couronnes et bridges dentaires : 15% des frais supérieurs à 250€. Max 500€/2ans.</p> <p>Orthodontie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour toute demande introduite avant que l'enfant concerné-e ait atteint l'âge maximum fixé par la réglementation en assurance obligatoire). Remboursement max 750€ comme suit : <ul style="list-style-type: none"> » 250,00 € lors du placement de l'appareil ; » 150,00 € après 6 séances ; » 150,00 € après 12 séances ; » 200,00 € après 24 séances ; • Pour tout-e autre bénéficiaire intervention unique max de 150€ après 6 mois de traitement. <p>Traitemen orthodontique de première intention pour les -9 ans accordé par le-la médecin-conseil. Intervention du 50 % du ticket modérateur</p>	<p>Prothèses, implants, pivots, couronnes et bridges dentaires : Justificatif ou formulaire complété par l'affilié-e et par le-la dentiste.</p> <p>Orthodontie : Formulaire complété par l'affilié-e et par l'orthodontiste.</p> <p>Traitemen orthodontique de première intention : Justificatifs orthodontiste</p>
306 Solidaris Brabant	<p>Consultations dentisterie et orthodontie : remboursement du ticket modérateur</p> <p>Traitemen préventif : remboursement du ticket modérateur</p> <p>Traitemen orthodontique de première intention pour les - 9 ans : remboursement du ticket modérateur</p> <p>Appareil dentaire pour les jeunes (traitemen classique entamée avant 15 ans) : remboursement jusqu'à 1050€</p> <p>Couronnes, bridges, prothèses et implants : remboursement de 20% du montant avec un maximum de 1050€/2 ans</p>	<p>Attestation</p> <p>Prestation effectuée dans un des Centres médicaux César de Paepe ou Disposer d'un dossier médical global ou Être inscrit-e en maison médicale Attestation de soins</p>

Soins dentaires

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
403 ML Mutplus.be	<p>Traitements orthodontiques (traitement entamé avant 15 ans) : max. 1050€</p> <p>Examen buccal annuel : remboursement du ticket modérateur (1 fois/an)</p> <p>Prothèses dentaires, bridges dentaires, implants dentaires, couronnes et prothèses : max. 1200€/2ans</p>	<p>Formulaire</p> <p>Formulaire 'Dentistes-paiement direct/système tiers payant" délivré par le·la dentiste</p>
509 Partenamut	<p>Traitements orthodontiques de première intention : forfait 100 €</p> <p>Pose d'un appareil orthodontique : 250 € lors du paiement par l'assurance obligatoire du forfait pour appareillage par traitement orthodontique régulier</p>	Attestation de soins
526 Helan	Orthodontie : Intervention 60% pour les -22 ans sur les tickets modérateurs, les matériels et certains suppléments jusqu'à concurrence de 1.050 € par traitement.	Formulaire

Soins des pieds

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	Pas d'avantage complémentaire en plus de ce qui est proposé dans l'AO	/
228 Mutualia	Pédicure : 40€ /an Max. 5€/séance et max 8 séances/an Podologue pour diabétiques : Cf. Diabète	Reçu délivré par le-la prestataire ou formulaire complété par le-la prestataire et par l'affilié e
306 Solidaris Brabant	Pédicure : intervention de 45€/an pour les +60 ans Podologie : intervention de 57€/an pour les +60ans	Formulaire + attestation médicale si <60 ans Uniquement via "Soins à Domicile Bruxelles" ou les "Centres Médicaux César de Paepe"
403 ML Mutplus.be	Pédicure : max 4€/séance et 6 séances/an Semelles orthopédiques : 15€/semelle tous les 2ans	Uniquement si >65 ans OU patient-e diabétique de type 1/ personne obèse/aveugle Formulaire complété par un-e orthopédiste ou podologue reconnu-e par l'INAMI
509 Partenamut	Pédicure OU podologie : • 8 séances par année et intervention de 5 € par séance • 25 € par semelle/par an	Formulaire OU reçu du-de la prestataire + attestation médicale si <65 ans (sauf si « pré-trajet diabète Type 2») Semelles fabriquées par un-e podologue reconnu-e par l'INAMI (Exclu orthopédiste ou bandagiste)
526 Helan	Pédicure : max. 5€/séance et 4 séances/an Semelles podologiques : 50€/an	Formulaire et attestation médicale (si ≤65 ans) Formulaire

Soutien psychologique



Pour plus d'informations sur l'offre de santé mentale au sein de la Région de Bruxelles-Capitale et sur l'offre des psychologues de première ligne, consultez le Focus Santé mentale [ici](#).

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	Jusqu'à 20 € par séance et 360 € par an (Voir santé sexuelle) : Psychologue, psychothérapeute, sexologue et orthopédagogue	Formulaire Prestataire reconnu·e par la mutualité ou repris·e dans le répertoire Commission des psychologues
228 Mutualia	Psychologie : 240€/an - 20€/séance Max. 12 séances/an Collaboration avec l'ASBL "Multi-Care" conseils de psychologue à prix préférentiel	Formulaire complété par le·la psychologue et par l'affilié·e
306 Solidaris Brabant	Psychothérapie : 160€ Max. 20€/séance et 8 séances/an	Attestation
403 ML Mutplus.be	Psychologie ou psychothérapie : 20€/séance Max. 160€/an Cours de pleine conscience : remboursement de 60% du prix d'achat (maximum 160 €/an)	Formulaire + doit être envoyé par un·e médecin ou centre de soins santé mentale Psychologue licencié·e et enregistré·e auprès de la Commission des Psychologues Attestation
509 Partenamut	Séances de psychologie individuelle et thérapies de couple ou familiales : max. 20€/séance et 20 séances/an Ligne d'écoute et soutien psychologique (L>V 8h à 20h : 0800 88 080) : 5x/an (appel de 45 minutes max.) Abonnement à une application de santé mentale : forfait 30 €/par an	Formulaire OU note d'honoraires Liste d'applications validées par la mutualité
526 Helan	Psychologie : max. 10€/séance et 12 séances/ an auprès d'un·e psychologue, orthopédagogue ou psychothérapeute affilié·e auprès d'une association professionnelle, ou par un·e sexologue membre de l'association professionnelle VVS (Vlaams Vereniging voor Seksuologie.)	Formulaire

Transport des malades

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	<p>Transport urgent :</p> <p>En cas d'appel au numéro 112 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention sur la facture d'ambulance jusqu'à max à 70, 92€ • Si l'hélicoptère est nécessaire, intervention limitée à un montant max. de 450€ <p>Sans appel au numéro 112 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervention sur un montant max. 75€ <p>Transport non urgent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulance : 15€ par facture + 1,50€/km à partir du 11eme km • Véhicule sanitaire léger ou transport adapté : 5€ par facture + 0,5€/km à partir du 11eme km • Voiture privée, taxi, transport en commun, service de transport d'intérêt général (STIG) ou chauffeur volontaire d'Altéo : 0,15€/km 	Facture ainsi que le justificatif du transport Facture
228 Mutualia	<p>Transport urgent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulance : 50% du coût ; max. 250€/an. • Hélicoptère : 75% du cout ; max 500€/année <p>Transport non urgent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulance : 17,50€ max. pour les 10 premiers kilomètres, + max 1 €/Km à partir du 11ème km. 7,50€ reste à la charge du/de la patient.e. Max. 250€/an. • Taxi ou service de chauffeurs bénévoles : 0,25€/km. Max 30€/ trajet aller-retour. Max 200€/an. • Voiture privée : 0,15€/km à partir du 26ème. Max 30€/course et max. 90€/an. 	<p>Transport urgent : Facture du transporteur-trice + Sans appel au 112 : certificat médical circonstancié justifiant l'urgence du transport.</p> <p>Transport non urgent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulance : Facture originale du transporteur mentionnant le nombre de Km parcourus. • Taxi : Présentation d'un justificatif des frais du taxi/transporteur avec km parcourus + justificatif de présence. • Voiture privée : Justificatif de présence. Calculé à partir du domicile du/de la bénéficiaire

Transport des malades

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
306 Solidaris Brabant	<p>Transport urgent : 50€ à charge du·de la patient·e (25€ si BIM) pour un transport en ambulance</p> <p>Remboursement de 500€ pour un aller-retour d'un hélicoptère du Centre Hospitalier Universitaire du Sart-Tilman à Liège ou de l'Hôpital Général St. Jan à Bruges.</p> <p>Transport non urgent (si appel via Mutas) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulance : montant à charge du·de la patient·e 50€. Si BIM : 25€ 10€ (6€ si BIM) en cas de dialyse, de chimiothérapie, de radiothérapie ou de suivi (traitements ambulatoires uniquement) Voiture personnelle : 0,25€/km (min 2,5€-max 20€). Véhicule sanitaire ou taxi : Montant à charge du·de la patient·e de 30€. Si BIM : 15€ <p>6€ (3€ si BIM) en cas de dialyse, de chimiothérapie, de radiothérapie ou de suivi (traitements ambulatoires uniquement).</p>	<p>Transport urgent : Facture originale</p> <p>Transport non urgent : Contacter Mutas : 02/272. 08.17 Dialyse, chimiothérapie, radiothérapie ou suivi : fournir le certificat médical (attestant de la nécessité du transport) au chauffeur lors du transport.</p> <p>Ticket modérateur à charge du·de la patient·e.</p> <p>Voiture personnelle : preuve des frais et/ou le certificat médical attestant de la nécessité du transport</p>

Transport des malades

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
403 ML Mutplus.be	<p>Transport médico-sanitaire non urgent : Plafond annuel d'intervention : 5 000€ par an et par membre Calcul des trajets : Aller = 1 trajet, retour = 1 trajet, donc un aller-retour équivaut à 2 trajets.</p> <p>Situations couvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Début ou fin d'hospitalisation Hospitalisation de jour Revalidation cardiaque ou multidisciplinaire Soins post-opératoires après une transplantation d'organe Début et fin de séjour de convalescence (si admission immédiatement après une hospitalisation) Début ou fin d'une admission dans un centre de soins (si admission immédiatement après une hospitalisation) <p>Modes de transport et coûts à charge du·de la patient·e :</p> <ul style="list-style-type: none"> Transport couché en ambulance : 50€ par trajet* Transport en chaise roulante : 30€ par trajet* Transport assis en taxi : 20€ par trajet* Transport par un·e bénévole : intervention de 0,30€ par km, par trajet Transport par véhicule personnel : intervention de 0,15€ par km, par trajet <p>* À payer directement au transporteur.</p> <p>Dialyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modes de transport et coûts à charge du·de la patient·e : <ul style="list-style-type: none"> » Transport couché en ambulance : 12€ (6€ si BIM) par trajet* » Transport en chaise roulante ou transport assis en taxi : 6€ (3€ si BIM) par trajet* <p>*À payer directement au transporteur.</p> <p>Traitements oncologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modes de transport et coûts à charge du·de la patient·e : <ul style="list-style-type: none"> » Transport couché en ambulance : 20€ (10€ si BIM) par trajet* » Transport en chaise roulante ou transport assis en taxi : 10€ (5€ si BIM) par trajet* <p>* À payer directement au transporteur.</p>	<p>Contacter Mutas : 078156565 Formulaire</p> <p>Contacter Mutas : 02/272 09 00 Formulaire (1) Formulaire (2) Pour certains transports, un certificat médical ou une attestation doit être jointe.</p>

Transport des malades

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
509 Partenamut	<p>Transport non urgent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Remboursement de 50% de la facture pour un transport agréé par la mutualité vers un établissement hospitalier, un centre de révalidation ou une institution de convalescence ou maison de repos (avec un plafond de 750 €/an/bénéficiaire). Remboursement de 30% de la facture pour un transport non agréé par la mutualité vers un établissement hospitalier, un centre de révalidation ou une institution de convalescence ou maison de repos (avec un plafond de 750 €/an/bénéficiaire). Ce remboursement est de 50% pour les bénéficiaires du statut BIM. Remboursement de 100% de la facture pour un transport vers ou depuis un hôpital pour une dialyse, une chimiothérapie, une radiothérapie ou une immunothérapie (consultations de suivi comprises et avec un plafond de 250 €/mois). 	Formulaire ou le justificatif (original ou copie) des frais Transport pour soins ambulatoires + un certificat médical
526 Helan	<p>Transport urgent : 50% de la facture, maximum 1250€ par transport</p> <p>Transport non urgent : plafond annuel global de 1400€ par personne</p> <ul style="list-style-type: none"> Remboursement 70% (max 90€) de la facture (si collaboration avec l-mens) Remboursement 70% (max 20€) de la facture (sans collaboration avec l-mens) Dialyse rénale : 0,60 euro/km avec un maximum de 30 km/trajet – le transport dans le cadre de la dialyse rénale ne relève pas du maximum de 1.400€ par personne et par année. 	Facture + certificat médical (si <65 ans et que le transport concerne les soins ambulatoires ou une consultation chez un·e spécialiste)

Vaccination et Allergies

MUTUELLES	INTERVENTIONS	CONDITIONS
134 Mutualité Chrétienne	Frais de vaccins et traitements désensibilisants (allergies) : jusqu'à 15 euros par prestation, jusqu'à 75 € par an et par personne (quel que soit l'âge)	Attestation BVAC du·de la pharmacien·ne
228 Mutualia	Vaccins : max. 35€/an pour tout vaccin reconnu en Belgique. Vaccin préventif HPV : 150€ soit 50€/vaccin (Traitement comporte 3 vaccins). Immunothérapie allergénique : 60% des frais de traitement durant 3 années successives (une fois/vie)	Vaccins : reçu délivré par le·a pharmacien·ne ou preuve d'achat délivrée par un centre de vaccination agréé Immunothérapie allergénique : Prescription spécialiste + formulaire complété par le·la médecin et l'affilié.e
306 Solidaris Brabant	Vaccins : 25€/an Vaccin contre le HPV : 150€	Attestation BVAC du·de la pharmacien·ne
403 ML Mutplus.be	Vaccins : 50 % du prix de revient effectivement payé, avec un maximum de 25 €/an, sur les vaccins reconnus en Belgique	Attestation BVAC du·de la pharmacien·ne
509 Partenamut	Vaccins : max. 35€/an Désensibilisants et médicaments antihistaminiques : max. 75€/an pour max. 5 années consécutives et 1 fois uniquement Médicament antihistaminique allopathique : max. 50€/an	Formulaire + attestation BVAC du·de la pharmacien·ne
526 Helan	Vaccins : 100% du ticket modérateur (max 25€/an) sur les vaccins reconnus en Belgique et non remboursés par l'assurance maladie obligatoire	Formulaire ou Attestation

LES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES FACULTATIVES

Outre les avantages complémentaires obligatoires, des assurances dites « facultatives » sont proposées par les mutuelles. Elles concernent particulièrement l'hospitalisation et les soins dentaires.

MUTUELLES	HOSPITALISATIONS (COTISATION PAR MOIS & PAR BÉNÉFICIAIRE)	DENTAIRES (COTISATION PAR MOIS & PAR BÉNÉFICIAIRE)
134 Mutualité Chrétienne	<p>Hospi + : 4,88€ (- de 18ans : 0€, à partir de la 4ième personne à charge : 2,18€)</p> <p>Hospi 100+ : à partir de 4,92€ (+ de 18ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p>Hospi 200+ : à partir de 12,41€ (+ de 18ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p>	<p>Dento + : à partir de 7,88€ (+ de 18ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p>Si souscription : Hospi +, Hospi +100 ou Hospi +200, réduction de 10% sur Dento +</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p>
228 Mutualia	<p>Neutra Base : 6,36€/mois sans personne à charge et 8,95€/mois avec personnes à charge.</p> <p>Neutra Optimum : 12,80€/mois sans personne à charge et 16,67€/mois avec personnes à charge.</p> <p>Neutra+ : à partir de 3,78€/mois ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p>Neutra Confort : A partir de 10,12€/mois ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p>Neutra Top : A partir de 21,43€/mois ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p>	<p>Dentalis : à partir 6,48€ et à partir de 5,84€ si souscription d'une assurance Hospitalisation (Neutra+, Confort ou TOP)</p>

MUTUELLES	HOSPITALISATIONS (COTISATION PAR MOIS & PAR BÉNÉFICIAIRE)	DENTAIRES (COTISATION PAR MOIS & PAR BÉNÉFICIAIRE)
306 Solidaris Brabant	<p>ICH – Indemnité Complémentaire en cas d'Hospitalisation : à partir de 12,84€ (+ de 18ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription. Possibilité de cumuler l'ICH avec l'Hospimut ou l'Hospimut Plus</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois</i></p> <p>Hospimut : à partir de 104,04€ (25 à 49 ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p> <p>Hospimut Plus : à partir de 108€ (+ de 18ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p> <p>Hospimut Plus Continuité : à partir de 31,80€ (+ de 18ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription, souscription au plus tard, dans le courant du mois précédent le 65e anniversaire.</p> <p>Produit d'attente destiné à anticiper la perte ou la fin d'une assurance hospitalisation octroyée par l'employeur dans le cadre d'une relation de travail.</p>	<p>Dentimut Plus : à partir de 149,28€/an (+ de 18ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (soins préventifs, curatifs et parodontologie) ou de 12 mois (orthodontie, prothèses et implants dentaires) (sauf dispense, voir conditions)</i></p> <p>Dentalia + : gratuit de 0 à 3 ans ; 4,33 euros de 4 à 6 ans</p> <p><i>Stage d'attente de 6 mois</i></p>
403 ML Mutplus.be	<p>MLcare+ : à partir de 6,21€ (+ de 20ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p>MLcomfort+ : à partir de 9,53€ (+ de 20ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Stage d'attente : 3 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p> <p>MLcontinuité+ : à partir de 1,21€ (+ de 20ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p>	<p>Denta Plus : à partir de 9,44€ (+ de 18ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription, nouvelle souscription – si pas d'autres contrat préalable, max 66ans.</p> <p>Si souscription : Hôpital Plus 100, Hôpital Plus 200 ou Hôpital Plus Continuité, réduction de 5% sur Denta Plus.</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p> <p><i>Période de stage de 3 mois</i></p>

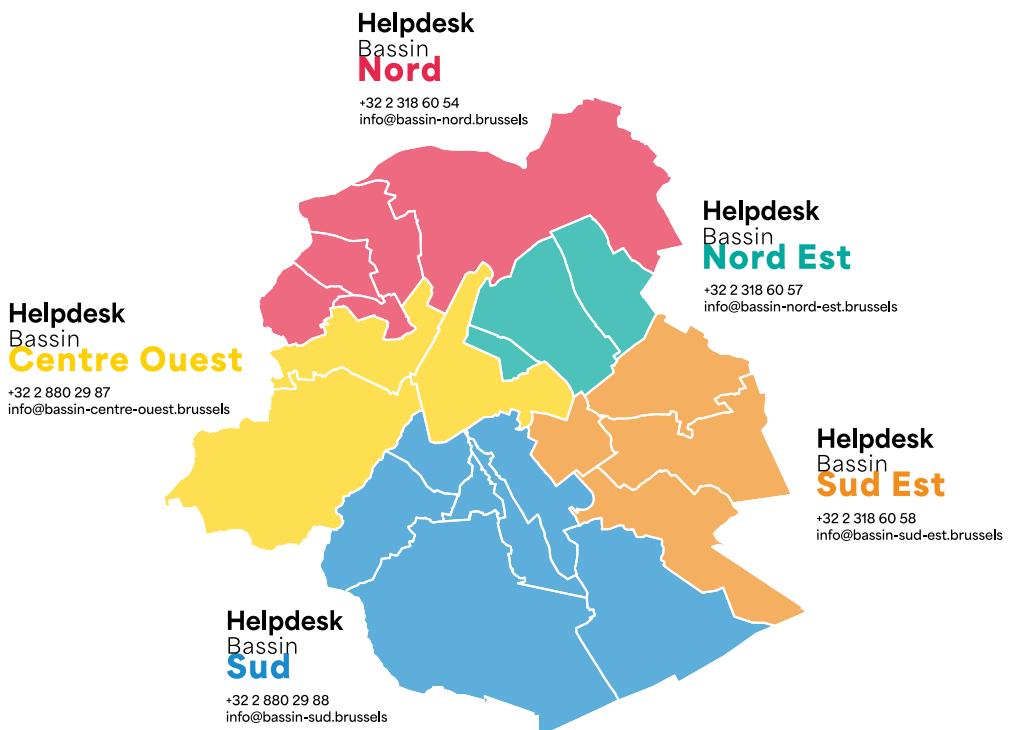
MUTUELLES	HOSPITALISATIONS (COTISATION PAR MOIS & PAR BÉNÉFICIAIRE)	DENTAIRES (COTISATION PAR MOIS & PAR BÉNÉFICIAIRE)
509 Partenamut	<p>Hospitalia : à partir de 4,11€ (0-17 ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p> <p>Hospitalia Plus : à partir de 8,29 € (0-17 ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p> <p>Hospitalia Continuité : à partir de 3,23€ (0-17 ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p>	<p>Dentalia Up : à partir de 4,01€ ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription (gratuit jusqu'à 3ans),</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p>
526 Helan	<p>Hospitalia : à partir de 4,44€ (0-17 ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p>Hospitalia Medium : à partir de 7,17€ (0-17 ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription, nouvelle souscription – si pas d'autres contrat préalable, max 65ans.</p> <p>Hospitalia Plus : à partir de 8,62€ (0-17 ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription, nouvelle souscription – si pas d'autres contrat préalable, max 65ans</p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois (sauf dispense, voir conditions)</i></p> <p>Contrat différé Hospitalia Continuité : à partir de 3,23€ (0-17 ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p>Stage d'attente : 6 mois</p>	<p>Assurance dentaire Dentalia Up : à partir de 4,01€ (gratuit si \leq 3ans) ; prime mensuelle évolutive en fonction de l'âge et de l'âge au moment de la souscription</p> <p><i>Pas de stage d'attente en cas d'accident ou de cancer.</i></p> <p><i>Pas de stage d'attente pour les soins préventifs.</i></p> <p><i>Stage d'attente : 6 mois pour les soins curatifs.</i></p> <p><i>Stage d'attente : 12 mois pour l'orthodontie, la parodontologie, les prothèses et implants.</i></p>
602 CAAMI	Institution publique – Assurance maladie-invalidité obligatoire uniquement (pas d'assurance complémentaire).	
910 RailCare	Hospitalisation couverte par un organisme assureur externe. Soins dentaires couverts au-delà de l'AO. Si besoin de soins dentaires plus poussés, possibilité de souscrire à une assurance complémentaire dans une autre mutuelle.	

4. ALLER PLUS LOIN

INAMI :
www.inami.fgov.be

Cultures & Santé, outil d'animation sur le fonctionnement des mutualités :
Animer sur les mutualités : Le fonctionnement des mutualités en Belgique : voir [ici](#).

INAMI conventionnement :
pour savoir comment trouver un dispensateur de soins et savoir s'il est ou non conventionné
INAMI - Rechercher : voir [ici](#).





FOCUS DISPONIBLES

- Accessibilité financière aux soins de santé
- Soins palliatifs et fin de vie
- Ressources pour une vie à domicile
- Systèmes de prise en charge du diabète de type 2
- Santé mentale : offre de soutien et d'accompagnement en Région bruxelloise
- Soutien à domicile pour les personnes de 60 ans et +
- Périnatalité : offre de soins et d'accompagnement à Bruxelles



Les focus s'articulent avec des répertoires, des FAQ et Focus Live (webinaires).

→ Rendez-vous sur brusano.brussels



Avec le soutien de la Cocom
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE