### Demande au Fonds spécial de solidarité (FSS):

### Déclaration sur l’honneur

Vous introduisez une demande auprès du médecin-conseil de votre mutualité pour une intervention financière du Fonds spécial de solidarité (FSS).1 La mutualité vous aidera à rassembler tous les documents nécessaires et à envoyer la demande au FSS. Une demande doit comporter, entre autres, cette ‘Déclaration sur l’honneur’. Vous devez **remplir** et **signer** cette déclaration pour que le FSS puisse traiter votre demande. Si vous n’êtes plus en état d’exprimer votre volonté, votre représentant légal est autorisé à remplir et à signer le formulaire à votre place. Votre représentant légal doit obligatoirement mentionner quel est son lien avec vous et si besoin en fournir les preuves.

**Besoin d’aide?**Vous pouvez demander de l’aide à votre mutualité pour remplir cette déclaration. Si votre mutualité n’est pas en mesure de répondre à vos questions, vous pouvez contacter le service FSS de l’INAMI:

Tél: +32(0)2 739 79 93

E-mail: solidariteits-fonds-solidarite@inami.fgov.be

*​(Attention: Le FSS ne communique aucune information spécifique concernant un dossier médical.)*

**Plus d’info?**

Vous trouvez plus d’informations concernant le FSS sur la page web de l’INAMI (www.inami.be):

*Thèmes > Soins de santé: coût et remboursement > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Fonds spécial de solidarité*

**Rubrique 1: Vos données personnelles**

*(Remplir les données suivantes ou coller une vignette de la mutualité)*

Nom du bénéficiaire: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Prénom:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Rue : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

N° : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Code Postal : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Commune : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Numéro national *(Celui-ci figure à l’arrière de votre carte ID. Il se compose de 11 chiffres et commence par votre date de naissance en ordre inverse):* \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Mutualité: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

**Si vous avez un représentant légal, les données personnelles de votre représentant légal :**

Nom du bénéficiaire: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Prénom:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Rue : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

N° : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Code Postal : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Commune : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

**Rubrique 2: Votre droit possible à une intervention financière du FSS**

Vous déclarez:

*(Vous ne devez rien cocher ou remplir ici.)*

* avoir été mis au courant que pour la prestation demandée aucune intervention financière de l’assurance maladie obligatoire n’est possible, excepté par une demande au Fonds spécial de solidarité.1
* avoir été mis au courant que l’introduction de la demande auprès du FSS n’ouvre pas d’office le droit à une intervention de celui-ci.
* avoir été mis au courant qu’une intervention du FSS ne couvre pas nécessairement l’entièreté des coûts, mais éventuellement seulement une partie de ceux-ci, une participation personnelle peut donc vous être demandée.
* avoir été informé que la délivrance d’une autorisation de se faire soigner à l’étranger par votre mutualité n’ouvre pas d’office le droit à une intervention du FSS.

**Rubrique 3: Votre droit à une intervention par un autre biais**

**Point important!** Une intervention du FSS n’est seulement possible qu’après avoir épuisé toutes les autres possibilités d’interventions. Une intervention peut être versée par votre mutualité ou dans le cadre d’une autre législation (accident de travail, maladie professionnelle…), mais aussi par une assurance privée (par exemple : assurance complémentaire et/ou assurance hospitalisation) ou par un autre biais.

Avant d’introduire une demande pour une intervention du FSS, vous devez donc d’abord vérifier que vous ne pouvez pas obtenir d’intervention de votre mutualité et dans le cadre d’une autre législation ou d’une compagnie d’assurance.

Vous déclarez:

*(Cocher le paragraphe qui est applicable et remplir si nécessaire les données demandées):*

* que vous ne pouvez faire valoir aucun droit à une intervention financière, même partielle, pour la(les) prestation(s) médicale(s) pour la(les)quelle(s) vous introduisez une demande.

 *(Vous avez épuisé vos droits en vertu de la législation belge, étrangère et en vertu d’un contrat conclu à titre individuel ou collectif)*

* que vous pouvez bien avoir droit à une intervention financière, même partielle, pour la(les) prestations(s) médicale(s) pour la(les)quelle(s) vous introduisez une demande. *(Vous pouvez faire valoir vos droits en vertu de la législation belge, étrangère et en vertu d’un contrat conclu à titre individuel ou collectif)*

 Dans ce cas, écrivez le montant de l’intervention financière que vous percevez:

 \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_EUR

**Rubrique 4: Le receveur de l’intervention financière**

En principe, votre mutualité vous verse l’intervention. Vous pouvez demander néanmoins expressément qu’elle soit payée à votre prestataire de soins (médecin, hôpital, …).

Vous préférez que:

*(Cocher le paragraphe qui est applicable et remplir si nécessaire les données demandées)*

la mutualité vous verse l’intervention financière.

la mutualité verse l’intervention financière directement au prestataire.

Dans ce cas, indiquez le nom (et si possible le numéro INAMI, l’adresse, et le numéro de compte) du dispensateur de soins que vous désignez pouvoir percevoir le montant de l’intervention financière :

Nom du prestataire: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

N° INAMI: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Rue: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

n°: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Code postal: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Commune: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Numéro de compte: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

**Rubrique 5: Date et signature**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre nom2: ouOF\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_ | Nom de votre représentant légal2:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ Le lien de votre représentant légal avec vous3:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_  |
| Date *(jour/mois/année)*: \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_ | Date *(jour/mois/année)*: \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_ |
| Signature: | Signature: |

1. Article 25 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, *MB* 27 août 1994.
2. Pour être recevable, l’identification du signataire doit être clairement établie.
3. Si vous n’êtes plus en état d’exprimer votre volonté, votre représentant légal est autorisé à signer à votre place. Ce dernier doit alors mentionner son lien avec vous (joindre éventuellement les documents probants).