

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Règles et critères généraux

- La demande ne peut être introduite que lorsque toutes les instances officielles ou privées ont été sollicitées (Mutuelle, CPAS, Fonds Spécial de Solidarité, SPF - Direction générale de la Personne Handicapée, Fonds des maladies professionnelles, assurances privées...)
- Le patient doit être inscrit sur les registres de la population et les traitements doivent avoir lieu en Belgique. Il doit également être en ordre d'assurabilité auprès d'une mutuelle.
- Les plafonds de revenus nets mensuel du sollicitant ne peuvent dépasser :
 - 1 500€ pour un ISOLÉ (personne qui habite seule)
 - 2 500€ pour un MÉNAGE (famille/cohabitant domicilié à la même adresse)
- Les documents suivants doivent obligatoirement être envoyés sous pli fermé à la Fondation contre le Cancer :
 - Un extrait récent du Registre de la population ¹
 - L'attestation médicale d'une validité de 12 mois maximum dûment complétée (signature + cachet) par un oncologue ou médecin généraliste. ²
 - En cas de situation de médiation de dettes avérées, l'attestation d'un centre agréé (médiateur, CPAS, notaire..) doit aussi être envoyée à la Fondation ¹
- La demande ne peut être introduite plus de 5 ans après la date du diagnostic (en cas de récurrence, la date prise en compte est celle de la récurrence et non du diagnostic initial)
- Si plusieurs membres d'un même ménage sont en traitement pour un cancer, les dossiers doivent être introduits séparément. Il sera néanmoins tenu compte de la situation la plus favorable pour le ménage lors du calcul (cumul ou non des frais et revenus)
- Les frais médicaux doivent se rapporter strictement à la pathologie cancéreuse et couvrir une période maximale de 12 mois précédent la demande (en tenant compte de la date du diagnostic).
- En cas de décès du patient, la demande peut être introduite jusqu'à 6 mois après celui-ci pour autant qu'il y ait un héritier cohabitant.
- Attention, les frais funéraires ne sont pas pris en considération.
- L'intervention, d'un montant annuel maximal de 1 000 euros, ne peut être accordée plus de deux années consécutives. Par année, il est possible d'introduire deux demandes pour un même patient à concurrence d'une limite d'intervention de la Fondation de 1 000 euros par patient et par an. Le montant alloué au demandeur est toujours calculé en fonction des coûts médicaux restant à charge du patient. Il ne peut être versé qu'au bénéficiaire ou à son héritier cohabitant et non au service introduisant la demande ou à toute autre instance (sauf autorisation écrite préalable du demandeur ou dans des situations d'administration de biens).. La demande doit donc toujours être faite dans l'intérêt des patients et non des institutions
- Tous les justificatifs doivent être mis à disposition du département Accompagnement social de la Fondation contre le Cancer. Un double devra également être conservé par le service social demandeur jusqu'à réception du courrier confirmant la décision d'octroi ou de refus d'intervention.
- La Fondation se réserve le droit de refuser tout dossier ne répondant pas aux critères énoncés ci-dessus ou si le dossier est incomplet.

Lu et approuvé

¹ Fondation contre le Cancer - Département Accompagnement social - Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles

² Fondation contre le Cancer - A l'attention du Docteur DE GRUYSE - Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles

Données patient:

<p>Sexe: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F</p> <p>Nom:.....</p> <p>Prénom:</p> <p>Date de naissance:/...../.....</p> <p>Tel/Gsm 1:</p> <p>Tel/Gsm 2:</p>	<p>Rue:.....</p> <p>Numéro:</p> <p>Code postal:</p> <p>Localité:.....</p> <p>Email:.....</p>
--	--

Ce patient a déjà introduit une demande d'aide financière à la Fondation contre le Cancer (octroyée ou non)

Date/...../..... N° de dossier

Le courrier est à envoyer :

<p><input type="checkbox"/> Au nom et adresse du patient</p>	<p><input type="checkbox"/> Même adresse que patient</p>
<p><input type="checkbox"/> Au nom de:</p> <p><input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame</p> <p>Nom:</p> <p>Prénom:.....</p> <p>Parenté (préciser) :</p> <p><i>époux (se)/cohabitant légal/ notaire/ médiateur de dettes/ administrateur de biens/autre</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Autre adresse:</p> <p>Rue:</p> <p>Numéro:</p> <p>Code Postal:</p> <p>Localité:</p>

ATTENTION:

Le montant de l'intervention est toujours versé au patient ou en cas de décès à son héritier cohabitant - sur base de la composition de ménage - et non au service introduisant la demande ou à toute autre instance (sauf autorisation écrite préalable du demandeur ou dans des situations d'administration de biens).

Bénéficiaire:

Numéro de compte:

.....-.....-.....

Au nom de:.....

Préciser :

patient/ époux (se)/cohabitant légal/ notaire/ médiateur de dettes/ administrateur de

biens/autre

Données assistant(e) social(e):

Données institution:

Nom:.....

Type (préciser): *mutualité/hôpital/CPAS/autre*

Adresse:

Rue:.....

Numéro:.....

Code postale:.....

Localité:.....

Données assistant(e) social:

Madame/Monsieur

Nom:.....

Prénom:.....

Service:.....

Tel./GSM1:.....

Tel./GSM 2:.....

E-mail:.....

- La date de réception de la demande par courrier ou e mail fait office de date d'ouverture du dossier
- La demande ne peut être introduite que si toutes les instances officielles ont été approchées.
- Les données personnelles sont uniquement accessibles par les personnes autorisées au sein de la Fondation contre le Cancer et ne seront en aucun cas communiquées à des tiers.
- La composition de ménage du patient est obligatoire et doit être envoyée sous pli à la Fondation contre le Cancer.

Lu et approuvé

Données médico-sociales



1. Situation sociale

Statut socio professionnelle:

Préciser:

travailleur, indépendant, chômeur, incapacité de travail/invalidé, pensionné ou à charge d'un pensionné, enfant à charge, sans profession

Isolé : personne qui habite seule (sur base de la composition du ménage)

Ménage : famille/cohabitants domiciliés à la même adresse, même sans lien de parenté

- Personnes à charge: (Sur base du document officiel de composition de ménage)

.....

Indiquez le nombre de membres (patient non inclus) domicilié à la même adresse et qui intervient financièrement et/ou socialement dans la vie du malade.

- Nombre de personnes pour qui le patient paie (verse) une pension alimentaire:

.....

Nr mutuelle:(3 chiffres)

Code mutuelle du titulaire:/.....

(se référer à la vignette de mutuelle du patient)

Le demandeur bénéficie-t-il ?

- d'une assurance hospitalisation / assurance privée
- d'une intervention CPAS
- d'une médiation de dettes (**sur base d'une attestation d'un service de médiation de dettes agréé, à envoyer à la Fondation**)

2. Données médicales

Date du diagnostic:/...../.....

Type de cancer:(sur base de l'attestation médicale)

Situation médicale:

Préciser:

en traitement, en rémission, en rechute, en soin palliatif, en phase terminale, décédé

En cas de décès, précisez la date: .../...../.....

L'attestation médicale doit être adressée sous pli fermé à l'attention du Dr Degryse – Chaussée de Louvain 479 1030 Bruxelles. Sans ce document la demande ne sera pas traitée.

3. Rapport social succinct

Un bref rapport de la situation socio financière du patient n'est pas obligatoire, mais peut nous permettre d'avoir une vue globale de sa situation:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La demande ainsi que tous les justificatifs doivent être mis à disposition du département Accompagnement social de la Fondation contre le Cancer et être conservés par le service social responsable du dossier jusqu'à réception du courrier confirmant la décision d'octroi ou de refus d'intervention.

Lu et approuvé

Dépenses nettes

Période de référence pour le calcul:

Début (mois/année) :...../.....

Fin (mois/année) :...../.....

Choix du nombre de mois couvrant les frais médicaux, avec un effet rétroactif de 12 mois maximum à partir de la date d'envoi du dossier et en relation avec la date du diagnostic.

Frais médicaux restant à charge du patient et en relation directe avec la maladie:

	MONTANTS à charge (après intervention de la mutuelle)	REMBOURSEMENTS perçus autres que mutuelle (ass.privées, CPAS, Fond de solidarité,...)	MONTANTS REELS à charge du patient
Frais d'hôpital	€	€	€
Consultations	€	€	€
Pharmacie	€	€	€
Prothèse	€	€	€
Alimentation spécifique	€	€	€
Transport (autre que Fondation contre le Cancer)	€	€	€
Aide à domicile	€	€	€
Location ou achat de matériel médical	€	€	€
Autres, précisez:.....	€	€	€
Total	€	€	€

INFO type de frais :

- Frais d'hôpital
Factures de séjour, d'hôpital de jour et de traitements ambulatoires, comprenant les médicaments et consultations à l'hôpital ; déduction faite des frais privés : suppléments chambre, honoraires privés...
- Consultations
Frais généralistes, spécialistes (hors hôpital).
- Pharmacie
Uniquement la quote part à charge du patient pour les médicaments nécessaires au traitement de la maladie prescrits par un médecin et en vente en pharmacie. Les médicaments alternatifs ne sont pas pris en considération lorsqu'ils constituent le seul type de traitement (allopathie)
- Alimentation spécifique
Alimentation liquide par sonde entérale ou parentérale, alimentation complémentaire sur prescription du médecin ou de la diététicienne et en rapport avec la maladie et ou les traitements.
- Transport
Uniquement dans le cadre des traitements (chimio et radiothérapie) en hôpital selon l'AR du 25/05/2007 et du 03/06/2007.
Frais de déplacement:
 - En cas d'utilisation du véhicule privé, tenir compte du nombre de kilomètres entre le domicile du patient et le centre de traitement X 0,10 €.
 - En cas d'utilisation d'un service d'accompagnement ou une ambulance, prise en compte uniquement du ticket modérateur (déduction faite du remboursement de l'Organisme Assureur/mutuelle).
- Aide à domicile
Proposé par des organismes d'aide et soins à domicile.
- Location ou achat de matériel médical
En relation avec la maladie.

Revenus nets

RAPPEL : plafonds à ne pas dépasser - Isolé : 1500€ - Ménage : 2500€

Mentionner sur la page 9 et 10 tous les revenus nets par mois des personnes reprises (voir p.7 !) sur la composition du ménage, y compris le patient.

1 . Revenus patient

Revenu 1

Type de revenus (préciser):

Revenus du travail/ all. de chômage /indemnité maladie / all. Handicap /prépension / pension / indemnités CPAS/ all.fam.maj. /forfaits soins palliatifs

Jan.	Fév.	Mars.	Avr.	Mai	Juin.	Juil.	Août.	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

Revenu 2

Type de revenus (préciser):

Revenus du travail/ all. de chômage /indemnité maladie / all. Handicap /prépension / pension / indemnités CPAS/ all.fam.maj. /forfaits soins palliatifs

Jan.	Fév.	Mars.	Avr.	Mai	Juin.	Juil.	Août.	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

Revenu 3

Type de revenus (préciser):

Revenus du travail/ all. de chômage /indemnité maladie / all. Handicap /prépension / pension / indemnités CPAS/ all.fam.maj. /forfaits soins palliatifs

Jan.	Fév.	Mars.	Avr.	Mai	Juin.	Juil.	Août.	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

2. Revenus cohabitants

Cohabitant 1

Type de revenus (préciser):

Revenus du travail / all. de chômage / indemnité maladie / all. Handicap / prépension / pension / indemnités CPAS

Jan.	Fév.	Mars.	Avr.	Mai	Juin.	Juil.	Août	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

Cohabitant 2

Type de revenus (préciser):

Revenus du travail / all. de chômage / indemnité maladie / all. Handicap / prépension / pension / indemnités CPAS

Jan.	Fév.	Mars.	Avr.	Mai	Juin.	Juil.	Août	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

Cohabitant 3

Type de revenus (préciser):

Revenus du travail / all. de chômage / indemnité maladie / all. Handicap / prépension / pension / indemnités CPAS

Jan.	Fév.	Mars.	Avr.	Mai	Juin.	Juil.	Août	Sep.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€

Dès réception de votre demande ainsi que des documents requis (cfr ci-dessous), nous enregistrons celle-ci dans notre système automatique afin de procéder au calcul de l'intervention de la Fondation Contre le Cancer.

Nous vous tiendrons informé de la décision prochainement.

Nous vous remercions pour votre demande, en vous rappelant de ne pas oublier de nous faire parvenir par la poste les documents suivants :

- extrait du registre de la population
- attestation médicale
- *si applicable* l'attestation de médiation de dettes

La Fondation contre le Cancer se donne le droit de corriger l'intervention calculée en fonction d'informations sociales pertinentes et après une analyse profonde du dossier.

Département Accompagnement social

Tél. : 02 743 45 88 (ligne directe)
02 733 68 68 (centrale)
(du lundi au vendredi de 9h à 12h)

E-mail : aide.financiere@cancer.be
social@cancer.be

Lu et approuvé, date, signature assistant(e) social(e):

.....

ATTESTATION MEDICALE

COORDONNÉES DU PATIENT:

Merci de remplir ce document en majuscules et de le renvoyer à:

Fondation contre le Cancer

A l'attention de Dr. DE GRUYSE

Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles

Nom:

Prénom:

Date de naissance: ___ / ___ / _____

Sexe:

Masculin

Féminin

DONNÉES MÉDICALES:

Type de cancer (voir codes ICD 9 au verso):

Nom du médecin spécialiste/généraliste:

.....

• **Quels sont les types de traitements que votre patient a suivi au cours des 12 derniers mois :**

Chirurgie

Chimiothérapie

Radiothérapie

Autre:.....

• **Date du dernier traitement:** ___ / ___ / _____

• **Date du diagnostic:** ___ / ___ / _____

• **Situation médicale actuelle:**

En traitement

Palliatif

Rechute

Phase terminale

En rémission

Décédé : ___ / ___ / _____

• **Remarques particulières :**

.....

.....

Signature et cachet du médecin traitant:

Date:

Codes ICD 9	140	Lèvre
	141	Langue
	142	Glandes salivaires
	143	Plancher de la bouche
	144	Cavité buccale
	145	Oropharynx
	146	Rhinopharynx
	147	Hypopharynx
	148	Pharynx S.A.I.*
	150	Oesophage
	151	Estomac
	152	Intestin grêle
	153	Colon
	154	Rectum
	155	Foie (localisation primitive) - vésicule biliaire - voies biliaires
	156	Foie (métastases)
	157	Pancréas
	158	Tissu rétro-péritonéal - Péritoine
	159	Appareil digestif S.A.I.*
	160	Nez - sinus - oreille (interne et moyenne)
	161	Larynx
	162	Poumon - trachée - bronches - plèvre
	163	Poumon - S.A.I.* tumeur primitive ou métastase
	164	Médiastin
	165	Poumon - trachée - bronches - plèvre (métastases)
	170	Sein
	171	Col utérin
	172	Corps utérin
	173	Autres parties de l'utérus
	174	Uterus S.A.I.*
	175	Ovaire - trompe - ligament large
	176	Autres organes génitaux féminins
	177	Prostate
	178	Testicules
	179	Autres organes génitaux masculins
	180	Rein - urètre
	181	Vessie - urètre
	190	Peau : mélanome
	191	Peau : autres tumeurs de la peau
	192	Oeil
	193	Système nerveux
	194	Thyroïde
	195	Autres glandes endocrines
	196	Os
	197	Tissu conjonctif
	198	Métastases ganglionnaires
	199	Localisations autres ou inconnues
	200	Réticulosarcome - Lymphosarcome - Lymphome S.A.I.*
	201	Maladie de Hodgkin
	202	Autres lymphomes
	203	Myelome multiple
	204	Leucémies
	205	Mycosis fongoïde

* S.A.I. = sans autre indication