



Si vous êtes victime d'un **accident du travail**, Medex rembourse certains **frais médicaux** liés à cet accident du travail.

 **Medex intervient seulement pour une partie du personnel de la fonction publique<sup>1</sup>.**

Pour obtenir le remboursement de certaines prestations, vous devez nous demander un accord **préalable** à l'aide du formulaire au verso.

Le résumé des prestations pour lesquelles un accord préalable doit être demandé est repris ci-dessous. Pour plus de détails et les conditions, consultez notre brochure « [Des frais médicaux suite à un accident du travail](#) ».

Type de prestation	Quand faut-il demander un accord préalable ?	Quel(s) document(s) soumettre pour compléter votre demande ?
➤ <b>Chirurgie esthétique</b>	Toujours	1. Ce formulaire complété 2. Photo de la zone concernée 3. Rapport médical 4. Offre de prix
➤ <b>Admission en centre de réadaptation ou maison de soins</b>	Toujours	1. Ce formulaire complété 2. Rapport médical
➤ <b>Ostéopathie</b> ➤ <b>Chiropraxie</b> ➤ <b>Acupuncture</b> ➤ <b>Mésothérapie</b>	Toujours	Ce formulaire complété
➤ <b>Suivi psychologique</b>	Toujours	1. Ce formulaire complété 2. Rapport médical
➤ <b>Ondes de choc</b> ➤ <b>PRP</b> ➤ <b>Acide hyaluronique</b> ➤ <b>Botox</b>	Toujours	Ce formulaire complété
➤ <b>Prothèses et matériel orthopédique (achat, renouvellement et entretien)</b>	Toujours	1. Ce formulaire complété 2. Rapport médical 3. Offre de prix détaillée <i>Conditions reprises dans la <a href="#">brochure</a></i>
 <b>Besoin d'un remboursement pour prothèse dentaire ou optique ?</b> Il vous faut remplir un <b>autre formulaire type</b> . Consultez la page de notre site web « Vos frais médicaux et de déplacement » via <a href="#">ce lien</a> .		
➤ <b>Kinesithérapie</b> ➤ <b>Physiothérapie</b> ➤ <b>Ergothérapie</b>	Uniquement après consolidation <sup>2</sup>	1. Ce formulaire complété 2. Rapport médical
➤ <b>Hospitalisation de plus d'un jour</b> ➤ <b>Intervention chirurgicale</b>	Uniquement après consolidation	1. Ce formulaire complété 2. Rapport médical

## Que devez-vous faire pour obtenir un accord préalable?

- ✓ Faites compléter ce formulaire par le médecin de votre choix.
- ✓ Envoyez le formulaire complété avec les annexes éventuelles à Medex par courrier postal ou, de préférence, par e-mail via l'adresse ci-dessous ou [ce lien](#).

 **Gardez votre prescription médicale originale à ce stade.**

## Comment votre demande est-elle traitée ?

1. Medex examine si les soins demandés sont en rapport avec les lésions causées par l'accident du travail.
2. Medex vous communique sa décision dans le délai légal de 30 jours après réception de votre demande d'accord préalable.


*Sans communication de Medex au delà de ce délai, considérez votre demande comme acceptée.*


## Une fois votre demande acceptée, comment obtenir le remboursement de vos frais médicaux ?

- ✓ Consultez notre brochure via [ce lien](#) afin de savoir concrètement comment vous devez introduire vos frais.
- ✓ Envoyez votre facture et autres annexes demandées à Medex à l'adresse ci-dessous.

✉ Medex – Frais médicaux (Centre Administratif Jardin Botanique - Finance Tower)  
Boulevard du Jardin Botanique 50 bte 201, 1000 Bruxelles

@ medex\_fraismedicaux@health.fgov.be

 Plus d'informations : [www.medex.belgium.be](http://www.medex.belgium.be)

 Service Center Santé : 02/ 524 97 97 (de 8h00 à 13h00)

<sup>1</sup> Medex paie les frais pour les membres du personnel soumis à l'[arrêté royal du 24/01/1969](#) relatif à la réparation, en faveur des membres du personnel du secteur public, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail. Pour en savoir plus, consultez notre site internet [www.medex.belgium.be](http://www.medex.belgium.be).

<sup>2</sup> C'est-à-dire après la fixation d'une date de consolidation par votre employeur ou Medex.

**1. Collez ici une vignette de Medex<sup>3</sup> ou complétez les informations ci-dessous**

N° de registre national   

Nom   

Prénom   

Date de l'accident du travail      /   /

**2. A remplir par votre médecin**

**⚠ En tant que médecin, remplissez l'objet ET la motivation médicale pour permettre une prise de décision rapide.**  
Ce n'est donc pas le prestataire de soins qui remplit ce formulaire.

**A. Objet de la demande de prestation – Référez-vous au recto de ce formulaire**

Cochez si applicable	TYPE DE PRESTATION	NOMBRE DE SÉANCES	DATE DE DÉBUT D'INTERVENTION	TRAITEMENT en POLONGATION
<input type="checkbox"/>	Kinésithérapie	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Physiothérapie	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ergothérapie	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Suivi psychologique	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ondes de choc	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PRP	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Acide hyaluronique	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Botox	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ostéopathie	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Chiropraxie	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Acupuncture	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mésothérapie	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Intervention chirurgicale	Type : .....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Chirurgie esthétique	Nature de l'intervention : .....		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hospitalisation de plus de 1 jour / Admission en centre de réadaptation ou maison de soins			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Prothèse & matériel orthopédique	Type de matériel : .....		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autres	Précisez : .....		<input type="checkbox"/>

B. Motivation médicale	Coordonnées du médecin
.....	N° INAMI :
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	Date de la visite :
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	Cachet ou signature électronique :
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

<sup>3</sup> Pour commander des vignettes supplémentaires, rendez-vous sur notre site web : <https://www.health.belgium.be/fr/medex/personnel-de-la-fonction-publique/accidents-du-travail/vos-frais-medicaux-et-de-deplacement> > "Commander des vignettes supplémentaires".

Ces données seront enregistrées par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et traitées dans le respect des obligations légales (Règlement Général sur la Protection des Données 'RGPD' et Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel), dans le cadre de la gestion de votre accident du travail. Si vous désirez consulter ou faire exercer d'autres droits sur vos données, vous pouvez vous adresser au Délégué à la Protection des Données du SPF : [DPO.medex@health.fgov.be](mailto:DPO.medex@health.fgov.be). Plus d'informations : <https://www.health.belgium.be/fr/protection-des-donnees-personnelles>.