INAMI

Infobox INAMI

La réglementation décryptée à l'intention des paramédicaux
Décembre 2015

.be

Cet Infobox s'adresse spécialement aux :

Aides-soignants

Assistants pharmaceutico-technique

Audiciens (audiologues)

Bandagistes

Diététiciens

Ergothérapeutes

Fournisseurs d'implants

Logopèdes

Opticiens

Orthopédistes

Orthoptistes

Podologues

Sages-femmes (accoucheuses)

Technologues de laboratoire médical

Technologues en imagerie médicale

Cher lecteur,

Cet Infobox est destiné à faciliter votre vie professionnelle : nous avons rassemblé la réglementation importante pour votre profession et vous la présentons de façon compréhensible.

Il explique la Loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités (Loi ASSI) et se complète d'informations utiles concernant d'autres législations ou réglementations. Une bonne connaissance de celles-ci vous permettra de les appliquer correctement.

Il est divisé en cinq parties :

- la 1re, « Cadre légal d'activité », traite des aspects administratifs de la profession (formation, agrément, responsabilisation, accords ou conventions, …)
- la 2e, « Attestation des prestations», explique comment vous devez attester les prestations (avec la nomenclature)
- la 3e est consacrée à « La prescription »
- la 4e, « Le dispensateur de soins et son patient », aborde l'assurance-maladie du point de vue du patient (assurabilité, remboursements, ticket modérateur, droits, dossier du patient,…)
- la 5e, « Communication », fournit des renseignements pratiques pour l'échange d'informations entre vous et d'autres partenaires du secteur des soins de santé et indemnités.

L'Infobox est une source d'informations. Afin de vous aider dans vos recherches, nous avons porté toute notre attention sur trois outils qui devraient vous aider à retrouver les réponses à vos questions :

- la table des matières, rédigée souvent sous forme de questions
- l'index
- les liens vers les pages web du site de l'INAMI et d'autres sites.

L'Infobox est basé sur et tente d'expliquer les textes officiels, mais il ne les remplace pas. Seuls ceux-ci ont force de loi. Les dates indiquées concernent la promulgation des lois. Les extraits de textes de loi sont mentionnés en *italique et en bleu*.

La réglementation évoluant en permanence, un recueil des « modifications récentes » est annexé à l'Infobox sur le site et permet de disposer des informations actualisées.

www

Une version électronique de l'Infobox (et des éventuelles modifications récentes) est disponible sur : www.inami.be, Publications > Aperçu de nos publications > Sur le thème des soins de santé > Paramédicaux.

Les législations auxquelles nous faisons référence sont à consulter sur :

- notre site : www.inami.be > Programmes web > Docleg : banque de données relative à la réglementation
- celui du SPF Justice : www.just.fgov.be > Législation belge.

Vos remarques et vos questions : infoteam.dgec.secm@inami.fgov.be.

Cette version est arrêtée au 30 novembre 2015.

Nous vous souhaitons un bon usage.

Docteur Bernard HEPP
Médecin-directeur-général
Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

Table des matières

1re Partie - Cadre légal d'activité 9

I. Conditions à satisfaire pour exercer l'Art ou la profession 10
1. Agrément 10
2. Visa reçu de la Commission médicale provinciale (CMP) 11
3. Obtenir un numéro INAMI 12
4. Enregistrement auprès de la Banque-Carrefour des entreprises 13
5. Affiliation à une caisse d'assurances sociales 14

II. Votre responsabilité sociale, financière et juridique 14
1. Quelle est votre responsabilité vis-à-vis de l'assurance soins de santé en tant que dispensateurs de soins ? 14
2. Qui doit rembourser quand des prestations ont été indûment remboursées par l'assurance soins de santé ? 15
3. De quelle manière pouvez-vous être reconnu responsable de vos actes ? 15
4. Devez-vous assurer votre responsabilité civile professionnelle ? 16
5. Pouvez-vous refuser de poursuivre un traitement ? 16
6. Pouvez-vous faire de la publicité pour votre activité ? 16

III. Les conventions 17
1. Contenu 17
2. Durées et procédures 17
3. Refus d'adhésion 17
4. Adhésion 18
5. Information des patients 18

IV. Dispensateur de soins et INAMI 18
1. L'INAMI 18
2. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) 20
3. Quelles sont les compétences du personnel d'inspection du SECM ? 21

2e Partie - Attestation des prestations 23

I. L'attestation de soins donnés 24

II. Utilisation des ASD 27
1. Devez-vous délivrer une ASD ? 27
2. Comment commander des ASD ? 27
3. Pouvez-vous utiliser les ASD d'un confrère ? 28
4. Comment devez-vous compléter l'attestation ? 28
5. Qu'est-ce que la souche fiscale (ou reçu) ? 29
6. Quand devez-vous remettre l'attestation et le reçu ? 29
7. Qu'est-ce que le double fiscal ? 30
8. Quand devez-vous remettre au patient un document justificatif des prestations effectuées ? 30

9. Que contient le document justificatif ? ... 30
10. Comment pouvez-vous attester pour le compte d'autrui ? ... 30
11. Attestation via un service de tarification ... 31
12. Combien de temps devez-vous conserver vos carnets d'ASD utilisés et les copies des documents justificatifs ? ... 31

III. Utilisation des AGSD ... 31
1. Quand utiliser les AGSD ? ... 31
2. Comment utiliser les AGSD ? ... 32
3. Conditions d'utilisation ... 32

IV. Attester en fonction de la nomenclature ... 33
1. Attester et prescrire en fonction de votre qualification ... 33
2. Qu'est-ce que la nomenclature ? ... 33
3. Quand une prestation est-elle remboursable ? ... 34
4. Pouvez-vous réaliser des prestations non-remboursées ? ... 34
5. Devez-vous respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature ? ... 34
6. Devez-vous informer les patients sur le montant des honoraires ? ... 35
7. Quand pouvez-vous attester le supplément d'honoraires pour prestations techniques urgentes et dans quelles conditions ? ... 35
8. Comment calculer le montant des suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes ? ... 35
9. Quels sont les jours fériés ? ... 36
10. Quand faut-il utiliser les codes « hospitalisés » ? ... 36

V. Quelques dispositions restrictives sur l'application de la nomenclature ... 36
1. Pouvez-vous attester les prestations de nature esthétique ? ... 36
2. Pouvez-vous attester des prestations couvertes par une autre assurance ? ... 37
3. Pouvez-vous attester des prestations effectuées à l'étranger ? ... 37
4. Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans le cadre d'un examen organisé par l'employeur ou demandé par des tiers? ... 37
5. Pouvez-vous attester des prestations effectuées chez des patients détenus en prison ? ... 38
6. Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques ? ... 38
7. Combien de temps devez-vous conserver les documents, rapports et tracés auxquels la nomenclature fait référence ? ... 38
8. Que devez-vous faire en cas de prestations diagnostiques pour lesquelles aucune obligation de conservation de documents n'est prévue ? ... 38
9. Pouvez-vous demander une indemnisation pour un rendez-vous manqué ? ... 39
10. Quelle est la base légale de la nomenclature? ... 39
11. Qui établit la nomenclature? ... 39
12. Où trouver la nomenclature ? ... 40
13. Vous posez-vous des questions au sujet de l'interprétation correcte de la nomenclature ? ... 40

VI. Le tiers-payant ... 41
1. Quand et comment appliquer le tiers-payant ? ... 41
2. Comment pouvez-vous appliquer le tiers-payant dans les autres cas ? ... 42
3. L'autorisation de pratiquer le tiers-payant peut-elle vous être retirée ? ... 43

3e Partie - La prescription 45

I. Règles pour tous les types de prescription 46
1. Pour quelles prestations une prescription est-elle une condition de remboursement ? 46
2. Quelles données doivent être mentionnées sur la prescription ? 46
3. Quelles sont les éventuelles conséquences de la délivrance d'une prescription incomplète? 48
4. Le prescripteur peut-il mentionner le nom de l'exécutant sur la prescription ? 48

II. Sages-femmes : Prescription de médicaments 48

4e Partie - Le dispensateur de soins et son patient 49

I. Différents types d'assurances soins médicaux 50
1. L'assurance obligatoire "soins de santé" pour les assujettis à la sécurité sociale belge 50
2. L'assurance complémentaire des mutualités 50
3. Les assurances dans d'autres régimes 50
4. Les assurances privées et individuelles 51
5. L'assurance « soins » ou « dépendance » en Flandre 51
6. Des assurances particulières 51

II. L'assurabilité « soins de santé » du patient 52
1. Assujetti à la sécurité belge 52
2. Personne en séjour temporaire en Belgique 53
3. Demandeur d'asile 54

III. Le ticket modérateur 55
Le ticket modérateur est-il toujours le même ? 55

IV. Le maximum à facturer (MAF) 58

V. Trajets de soins 59

VI. Le tiers-payant 59

VII. Droits du patient 59
1. Définitions et champ d'application 60
2. De quels droits le patient bénéficie-t-il ? 60
3. Qui représente le patient si celui-ci est mineur ou incapable d'exercer ses droits lui-même ? 63

VIII. Le patient en soins palliatifs à domicile 63
1. Définition du "patient palliatif à domicile" ? 63
2. Démarches à accomplir pour la reconnaissance du statut "patient palliatif à domicile" ? 63
3. De quels avantages le patient palliatif à domicile bénéficie-t-il ? 64
4. Pouvez-vous faire appel à des services spécialisés ? 64

IX. Euthanasie 64

X. Le Fonds des accidents médicaux 65
1. Quelles sont les tâches du Fonds des accidents médicaux ? 65
2. Pour quels dommages le FAM est-il compétent ? 66
3. Le FAM intervient-il pour tous les dommages ? 66
4. Dans quel délai introduire une demande d'intervention auprès du FAM ? 67
5. Une demande auprès du FAM a-t-elle une influence sur un éventuel procès en cours contre un dispensateur de soins ? 67
6. Quelles sont les frais d'intervention du FAM ? 67
7. Devez-vous répondre à une demande de renseignements émanant du FAM ? 67

5e Partie - Communication 69

I. Circulaires 70

II. Le site de l'INAMI : www.inami.be 70

III. e-HealthBox 71
Comment vous connecter à votre e-HealthBox ? 71

IV. Plus d'informations 72

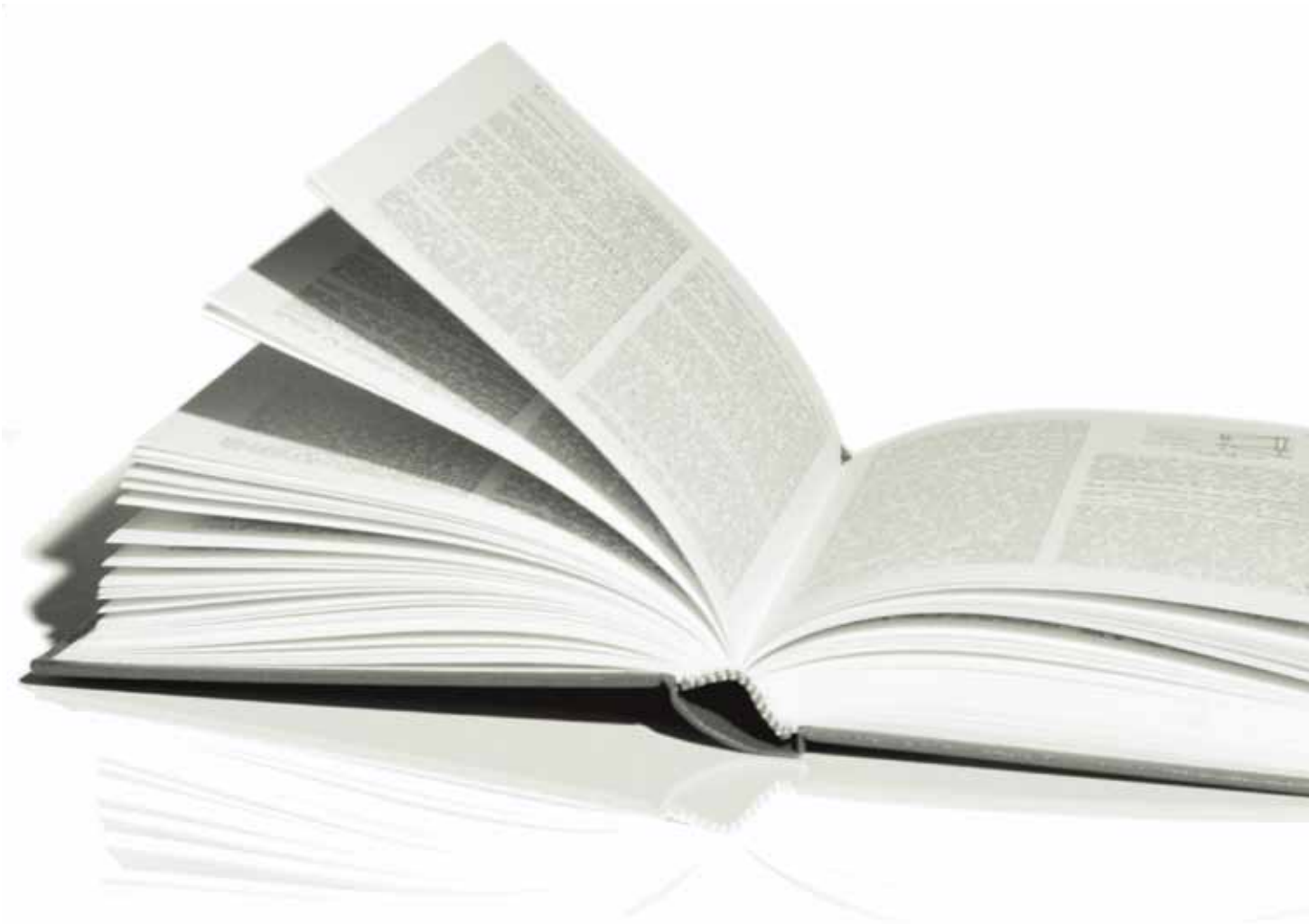
V. Changement d'adresse 72

VI. Adresses des Commissions médicales provinciales 73
1. Brabant d'expression française 73
2. Hainaut 73
3. Liège 73
4. Luxembourg 73
5. Namur 74
6. Antwerpen 74
7. Limburg 74
8. Nederlandstalige Brabant 74
9. Oost-Vlaanderen 74
10. West-Vlaanderen 74

Annexes 75

I. Index 76
II. Acronymes 78

1re Partie
Cadre légal d'activité



Cette 1re partie aborde les aspects administratifs de votre profession. Elle explique notamment les démarches que vous devrez entreprendre pour pouvoir pratiquer (agrément, numéro INAMI) et présente vos responsabilités sociale, financière et juridique.
Quelles sont les missions de l'INAMI ? Que contiennent les conventions entre les Organismes assureurs et les prestataires ?

I. Conditions à satisfaire pour exercer l'Art ou la profession

1. Agrément

L'exercice de certaines professions paramédicales nécessite un agrément, délivré par la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Communauté flamande ou la Communauté germanophone, après l'obtention du diplôme ou la formation.

A ce jour, des critères d'agrément existent pour les professions de santé suivantes :

- aide-soignant
- assistant pharmaceutico-technique
- audicien (et audiologue, SPF Santé publique)
- diététicien
- ergothérapeute
- logopède
- technologue de laboratoire médical
- technologue en imagerie médicale
- orthoptiste
- sage-femme (terme utilisé par le SPF Santé publique et le service des soins de santé de l'INAMI) et accoucheuse (terme utilisé dans la nomenclature des soins de santé).

Pour la profession d'aide-soignant, il s'agit d'une procédure d'enregistrement.

Les critères doivent être publiés pour les professions de :

- bandagiste
- orthésiste et prothésiste (orthopédiste selon l'INAMI)
- podologue
- ambulancier du transport médico-social.

Si vous êtes concerné, vous devez faire la demande, pour celles en français, à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

www.enseignement.be, De A à Z > Agrément des professionnels des soins de santé > Métiers de la santé > votre profession.

Si vous désirez vous adresser à une autre Communauté, en néerlandais ou en allemand, renseignements sur :

- www.zorg-en-gezondheid.be, Per domein > Gezondheidszorgberoepen > Tandartsen
- www.dglive.be, Gesundheit.

2. Visa

a. Délivrance par le SPF Santé publique

Le SPF Santé publique[1] vous enverra le visa de votre diplôme dans les jours suivants la réception de votre agrément. La possession du visa signifie que votre diplôme est valable et que vous avez les aptitudes physique et psychique pour exercer l'Art ou la profession[2].

b. Gestion par la Commission médicale provinciale

La CMP de la province où vous exercez est compétente pour juger de ces aptitudes. Elle peut retirer le visa, le suspendre ou imposer des restrictions quant à son maintien, notamment lorsque votre comportement pourrait entraîner de graves conséquences pour vos patients ou la santé publique.

! L'appel contre le retrait du visa n'est pas suspensif[3], vous ne pouvez donc plus exercer votre profession tant que la procédure d'appel n'est pas terminée.

COMPOSITION[4]

La Commission médicale provinciale est composée :

- d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire (qui est l'Inspecteur d'Hygiène Fédéral), médecins, et qui constituent le Bureau
- de deux membres effectifs et deux suppléants de chaque groupe suivant : médecins, pharmaciens, praticiens de l'Art dentaire, vétérinaires, sages-femmes, praticiens de l'Art infirmier, kinésithérapeutes
- d'un membre effectif et d'un suppléant de chaque groupe suivant : aide-soignant, audiologue et audicien, ergothérapeute, orthoptiste, logopède, technologue en imagerie médicale et technologue de laboratoire médical
- d'un membre effectif et d'un membre suppléant des pratiques non-conventionnelles (acupuncteur, homéopathe, ostéopathe, chiropracteur)
- d'un membre fonctionnaire de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

TÂCHES PRINCIPALES[5]

- proposer au gouvernement toute mesure pouvant contribuer à la santé publique (entre autres en cas de crises d'ordre sanitaire)
- veiller à la collaboration des dispensateurs de soins à l'exécution des mesures prises par le gouvernement en vue de prévenir ou de combattre des maladies transmissibles ou des maladies pour lesquelles existe une obligation de déclaration
- accorder (sous conditions ou non) ou retirer le visa
- détecter et signaler au parquet l'exercice illégal des professions des soins de santé et des pratiques non conventionnelles

1. Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé coordonnée le 10-05-2015 (nommée Loi professions de santé), art. 25 § 1.
2. Loi professions de santé, art. 119.
3. Plus d'information sur la procédure : Arrêté Royal (A.R.) du 07-10-1976 relatif à l'organisation et au fonctionnement des commissions médicales.
4. Loi professions de santé, art. 118.
5. Loi professions de santé, art. 119.

- veiller à ce que les professions des soins de santé et les pratiques non conventionnelles soient exercées conformément aux lois et règlements
- informer les personnes intéressées des décisions prises envers un professionnel des professions des soins de santé et des pratiques non conventionnelles en matière d'exercice de son activité
- faire connaître aux Ordres intéressés les fautes professionnelles reprochées aux praticiens
- superviser les services de garde des professions de santé (médecins, pharmaciens, praticiens de l'Art dentaire et sages-femmes) et, en cas de manque, éventuellement imposer elle-même une organisation pour la garde
- surveiller les ventes publiques comprenant des médicaments.

3. Obtenir un numéro INAMI

a. Demande du numéro

La procédure d'obtention du numéro INAMI dépend de la profession de santé :

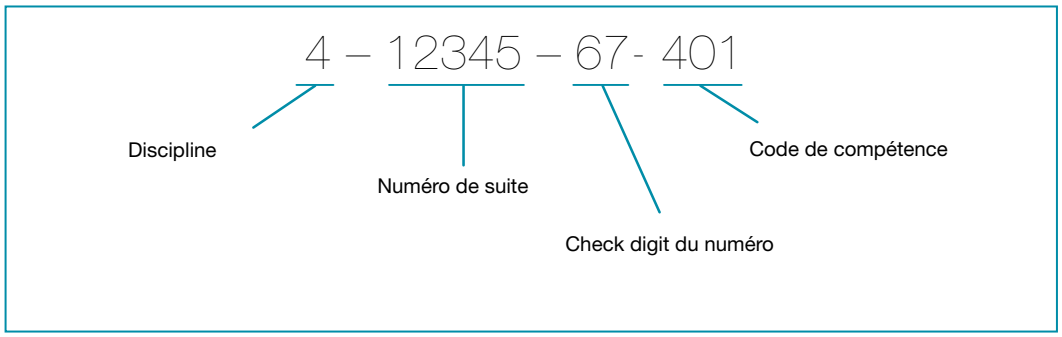
- sur demande auprès de l'INAMI (diplôme) pour les :
  - podologues
- suite à la décision d'un conseil d'agrément (institué auprès de l'INAMI) pour les :
  - bandagistes
  - fournisseurs d'implants
  - opticiens
  - orthopédistes
- sur demande auprès de l'INAMI après obtention de l'agrément de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour les :
  - aides-soignants (la demande doit être introduite par le(la) responsable de l'équipe structurelle infirmière)
  - sages-femmes
  - audiciens
  - diététiciens
  - ergothérapeutes
  - logopèdes
  - orthoptistes.

b. Le numéro INAMI

L'INAMI vous attribue un numéro d'identification unique, composé de onze chiffres. Vous devez mentionner ce numéro sur tous les documents officiels (prescriptions, certificats, etc.).

Les chiffres du numéro INAMI (Y/X/XXXX/CD/OOO) correspondent :

- 1er chiffre, à la discipline
- 2e au 6e chiffres, au numéro d'identification
- 7e et 8e chiffres, au check digit (pour le contrôle interne du numéro)
- 9e, 10e et 11e chiffres, à la qualification du dispensateur de soins



Le numéro INAMI est indispensable pour pouvoir attester les prestations relatives à votre qualification qui sont mentionnées dans la nomenclature des prestations de santé (NPS).

Certaines professions de santé tels que les assistants pharmaceutico-techniques n'ont pas besoin de numéro INAMI.

4. Enregistrement auprès de la Banque-Carrefour des entreprises

Tout dispensateur travaillant en tant qu'indépendant doit s'inscrire à la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE)[6].

Si vous exercez en tant que personne :

- physique, vous devez effectuer les démarches auprès d'un guichet d'entreprise[7]
- morale (S.A., SPRL, etc.), le notaire procède à l'inscription dans la Banque-Carrefour des Entreprises, au dépôt de l'acte constitutif au greffe du SPF Justice et à l'envoi de celui-ci au Moniteur belge.

Tout dispensateur indépendant reçoit le statut « d'entreprise non-commerciale de droit privé ».

Votre numéro d'inscription doit être repris sur le reçu des attestations de soins donnés.

Plus d'informations sur le site du SPF Economie : www.economie.fgov.be, Banque-Carrefour des entreprises > Entreprises et indépendants > Inscription à la banque carrefour.

6. Loi relative à l'assurance soins de santé indemnités coordonnée le 14-07-1994 (nommée loi ASSI), art. 73*quater* § 1 1.
7. A.R. du 22-06-2009 portant sur les modalités d'inscription des entreprises non-commerciales de droit privé dans la Banque-Carrefour des Entreprises, art. 6.

5. Affiliation à une caisse d'assurances sociales

Lorsque vous avez une activité de travailleur indépendant, vous êtes tenu de vous affilier à une caisse d'assurances sociales.

a. Délai d'affiliation

Vous devez être affilié à une caisse d'assurances sociales de votre choix dès le jour où débute votre activité. Si vous ne vous êtes pas affilié au plus tard le jour où vous débutez votre activité :

- vous courez le risque de devoir payer une amende administrative de 500 à 2.000 EUR
- vous recevrez une mise en demeure vous donnant encore un délai de 30 jours. Passé ce délai de 30 jours, si votre affiliation n'a toujours pas eu lieu, vous serez automatiquement affilié à la Caisse nationale auxiliaire.

b. Cotisations sociales

Tous les trois mois, votre caisse d'assurances sociales vous réclame des cotisations sociales.

c. Droits

Vos cotisations vous donnent droit à :

- des allocations familiales
- une pension
- l'assurance maladie
- l'assurance continuée
- l'assurance en cas de faillite.

www Plus d'informations sur le site : www.rsvz-inasti.fgov.be, rubrique Indépendants.

II. Vos responsabilités sociale, financière et juridique

1. Quelle est votre responsabilité vis-à-vis de l'assurance soins de santé en tant que dispensateurs de soins ?

Votre responsabilité est déterminée par la loi[8] qui prévoit une limitation de votre liberté thérapeutique.

"Les dispensateurs de soins...s'abstiennent…d'exécuter ou de faire exécuter des prestations inutilement onéreuses ou superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités."

Par conséquent, vous ne pouvez pas dispenser des soins qui seraient inutilement onéreux ou superflus même si ceux-ci ont été prescrits. Vous êtes donc toujours responsable des prestations que vous attestez.

8. Loi ASSI, art. 73 § 1.

Des mesures (remboursement et/ou amendes) existent si vous attestez des prestations superflues ou inutilement onéreuses. Il en est de même pour **toute personne**, physique ou morale, qui **incite** à la prescription ou à l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses.

Sont légalement assimilées aux dispensateurs de soins, les personnes physiques ou morales qui :

- emploient des dispensateurs de soins
- organisent la dispensation des soins
- organisent la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé[9].

2. Qui doit rembourser quand des prestations ont été indûment remboursées par l'assurance soins de santé ?

Lorsque l'assurance soins de santé a remboursé des prestations, à tort parce que vous n'avez pas la qualification requise ou que vous n'avez pas respecté les dispositions légales ou réglementaires, vous devez rembourser[10] le montant des prestations si :

- vous ayez perçu directement les honoraires

  ou
- les prestations ont été payées par le système du tiers-payant.

Toutefois si :

- vous n'avez pas reçu les honoraires pour ces prestations, le patient est solidairement responsable avec vous pour le remboursement
- une personne physique ou juridique a perçu ces prestations pour son propre compte, cette personne est responsable solidairement avec vous pour le remboursement.

3. De quelle manière pouvez-vous être reconnu responsable de vos actes ?

Votre responsabilité peut être établie selon différentes réglementations :

- **administrative :**
  - selon la loi relative à l'assurance soins de santé indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (dite Loi ASSI[11]), avec comme organe de contrôle le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)

    www Plus d'informations : www.inami.be, Publications > aperçu de nos publications > Sur le thème du contrôle > Brochure « le Service d'évaluation et de contrôle médicaux : missions et procédures »
  - selon les autres réglementations : la Commission médicale provinciale veille à ce que les professions des soins de santé et les pratiques non conventionnelles soient exercés conformément aux lois et règlements

9. Loi ASSI, art. 2 n.
10. Loi ASSI, art. 164.
11. Loi ASSI, art. 73*bis* et 142.

Il est généralement dit que le dispensateur de soins a une obligation de moyens envers son patient et pas une obligation de résultat[17]. Vous devez mettre en œuvre tous les moyens requis pour obtenir un bon résultat sans donner la moindre garantie de succès.

- **pénale** : selon le droit pénal et le code pénal social[12]. Par exemple en cas :
  - d'infractions, au secret professionnel[13]
  - de fraude sociale[14]
  - de faux
  - de faux en écriture[15]
  - d'usage de faux
  - de déclarations inexactes et d'escroquerie en droit pénal social[16].

  La qualification (juridique) de l'infraction déterminera le tribunal compétent : le tribunal correctionnel ou le tribunal du travail.
- **civile** : selon le droit civil. Par exemple en cas de dommages résultant d'une erreur médicale ou de soins de santé[17] (voir 4e Partie, X.).

www Plus d'information sur le site du Fonds des accidents médicaux : www.fam.fgov.be.

4. Devez-vous assurer votre responsabilité civile professionnelle ?

La victime d'une faute dans le cadre de soins médicaux ou paramédicaux a droit à la réparation du dommage causé par cette faute[19]. Cette réparation peut survenir jusqu'à vingt ans après les faits. Votre responsabilité civile reste donc engagée même après l'arrêt de votre activité professionnelle et, éventuellement, votre décès. Vos héritiers pourraient être impliqués. Vous devez donc être assuré à cette fin. Vous devez d'ailleurs informer vos patients que vous disposez de cette assurance[20].

5. Pouvez-vous refuser de poursuivre un traitement ?

Pour un motif légitime, et si vous avez pris au préalable toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins par un autre praticien ayant la même qualification légale, vous pouvez interrompre un traitement[21].

6. Pouvez-vous faire de la publicité pour votre activité ?

La publicité pour les fournitures et les réductions est autorisée pour les opticiens[22] et les audiciens[23] à condition qu'elle ne fasse pas référence à la gratuité des prestations de la NPS, ni à l'intervention de l'ASSI dans ces prestations[24].

Pour les autres dispensateurs, toute publicité est interdite[25].

12. Loi du 06-06-2010 introduisant le Code pénal social (CPS).
13. Code pénal, art. 458.
14. CPS, art. 1 § 1.
15. Code pénal, art. 193.
16. CPS, art. 230.
17. Loi du 31-03-2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.
18. Code civil, art. 1137.
19. Code civil, art. 1382.
20. Loi du 22-08-2002 sur les droits des patients, art. 8/1.
21. Loi professions de santé, art. 26.
22. Convention entre les opticiens et les Organismes assureurs du 24-10-2013, art. 5bis § 2.
23. Convention entre les audiciens et les Organismes assureurs du 18-10-2012, art. 5bis § 2.
24. Loi ASSI, art. 127 § 2.
25. Loi professions de santé, art. 122 § 2 2°.

III. Les conventions

Une convention est établie entre respectivement les opticiens, les audiciens, les orthopédistes, les logopèdes et les sages-femmes d'une part et les Organismes assureurs d'autre part.

1. Contenu

Une convention fixe les **tarifs maximums** que vous pouvez porter en compte si vous y adhérez. Elle peut aussi déterminer des obligations concernant la quantité et l'utilisation rationnelle des prestations de santé.

La convention peut porter sur d'autres éléments tels que le tiers-payant, le ticket modérateur, le délai de paiement par les Organismes assureurs, les indemnités pour les frais de déplacement, etc.

La convention peut également contenir des objectifs ou une déclaration de principe concernant l'organisation des soins de santé.

La convention est **conditionnée budgétairement**. Elle prévoit donc des mesures de correction en cas de dépassement des objectifs budgétaires.

2. Durées et procédures

Les conventions sont conclues pour des durées variables en fonction des dispensateurs de soins et sont reconduites de manière tacite ou non.

Le Comité de l'assurance[26] du Service des soins de santé (principal organe exécutif), le Conseil général du service des soins de santé de l'INAMI et le ministre des Affaires sociales approuvent ces conventions.

Les conventions sont publiées au Moniteur belge et sont ensuite transmises aux dispensateurs de soins. Elles entrent en vigueur si un certain pourcentage de ceux-ci (variable selon les dispensateurs) ne la dénoncent pas dans un délai déterminé.

3. Refus d'adhésion

Si vous refusez l'adhésion, vous devez le notifier dans un délai déterminé qui suit la publication de la convention au Moniteur belge, par lettre recommandée à l'adresse suivante :

INAMI
Service des soins de santé
Avenue de Tervuren 211,
1150 Bruxelles

26. Loi ASSI, art. 22.

4. Adhésion

Si vous ne refusez pas l'adhésion, vous êtes conventionné d'office pour l'ensemble de votre activité professionnelle.

Vous avez la possibilité de dénoncer la convention en cours conformément à une procédure établie.

Pour plus d'informations, voir aussi 2e Partie, I. 7. "Dois-je respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature ?"

5. Information des patients

Vous devez informer vos patients au moyen d'un affichage clair et visible dans la salle d'attente[27] :

- de votre refus d'adhésion à l'accord
- de votre adhésion totale
- ou de votre adhésion partielle, si votre convention le prévoit. Dans ce cas, vous devez afficher les jours et les heures de consultation pendant lesquels vous appliquez les tarifs de l'accord et ceux pendant lesquels vous ne les appliquez pas.

Si vous effectuez vos prestations dans un lieu rassemblant plusieurs dispensateurs de soins, l'obligation d'information peut être organisée de manière commune et centralisée plutôt que par chaque dispensateur de soins individuellement.

IV. Dispensateur de soins et INAMI

1. L'INAMI

a. Missions

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est une institution publique de sécurité sociale.

L'INAMI veut gérer au mieux les moyens que la société met à la disposition de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI), dans le cadre légal et en concertation avec les acteurs concernés (les partenaires sociaux, les mutualités, les dispensateurs de soins, etc.), de sorte que :

- la population ait accès aux soins de santé nécessaires, que ces soins soient de bonne qualité et efficaces et qu'ils soient dispensés aux tarifs convenus
- les assurés sociaux - travailleurs salariés et travailleurs indépendants - bénéficient d'un revenu de remplacement adéquat en cas d'incapacité de travail avec une possibilité de réinsertion sociale, de maternité, de faillite (indépendants)
- les activités des dispensateurs de soins et des mutualités soient financées de manière correcte
- les moyens destinés à l'assurance SSI soient utilisés correctement et que les obligations légales soient respectées par tous les intéressés.

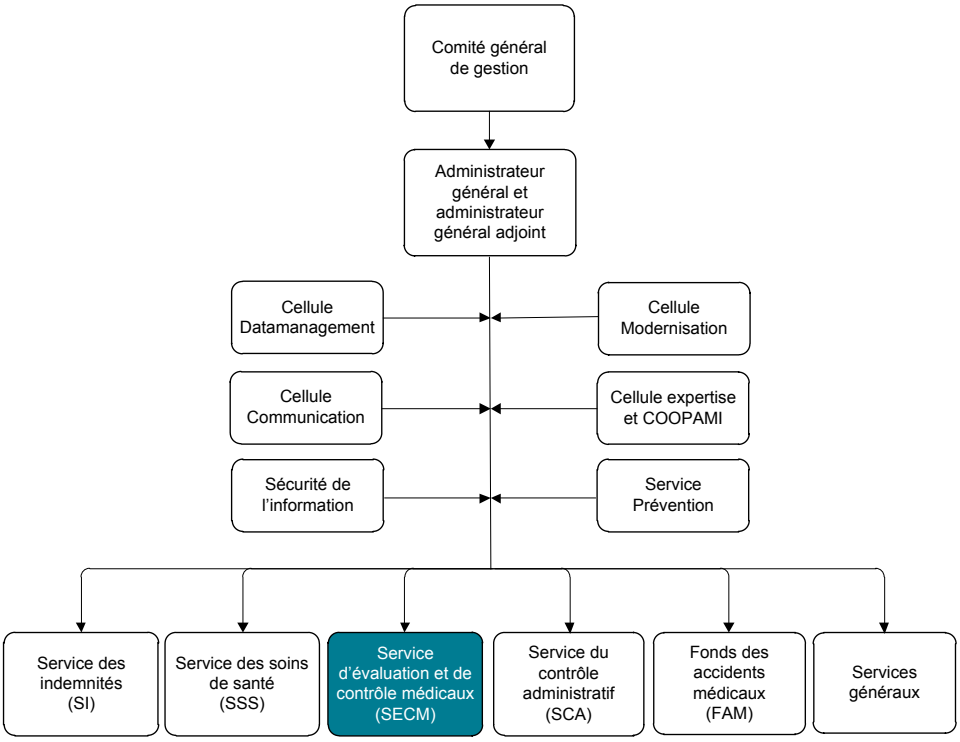
27. Loi ASSI, art. 73 § 1 al. 4, 5 et 6 .

b. Structure

L'INAMI est structuré en 6 services :

- le Service des soins de santé (SSS), responsable de la gestion de l'assurance soins de santé[28]
- le Service des indemnités (SI), responsable de la gestion de l'incapacité de travail et de l'assurance maternité, paternité, adoption[29]
- le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), qui veille à l'application de la législation relative à l'INAMI au niveau de la pratique professionnelle[30]
- le Service du contrôle administratif (SCA) qui effectue le contrôle administratif des organismes assureurs, le contrôle de la bonne délivrance de documents soit par les assurés, soit par les dispensateurs, soit par les institutions de soins, et enfin la bonne application de règles et directives administratives[31]
- le Fonds des accidents médicaux (FAM), chargé de l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé[32]
- les Services généraux de support.

www Plus d'informations : www.inami.be, L'INAMI > Structure administrative.



28. Loi ASSI, art. 14.
29. Loi ASSI, art. 78.
30. Loi ASSI, art. 139.
31. Loi ASSI, art. 159.
32. Loi du 31-03-2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

2. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)

La mission du SECM est de contribuer à une utilisation optimale des moyens de l'assurance SSI. Pour atteindre cet objectif, le SECM applique 3 stratégies : l'information, l'évaluation et le contrôle[33].

a. Information

Dans le cadre de la politique d'information de l'INAMI et pour éviter les infractions à la législation commises par ignorance, le SECM souhaite informer les dispensateurs de soins.

Exemples

- modifications apportées à la législation (site de l'INAMI)
- informations sur la législation, la nomenclature, les produits pharmaceutiques, etc. (site de l'INAMI)
- informations pratiques pour les dispensateurs de soins débutants (série de brochures : les Infobox)
- résultats des activités d'évaluation et de contrôle pour attirer l'attention des dispensateurs de soins sur les (éventuelles) infractions à la législation (feedbacks individuels).

Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels : Info pour tous : Jurisprudence des infractions.

b. Évaluation

Lors d'une évaluation, le SECM examine la pratique professionnelle d'un groupe de dispensateurs sélectionnés sur la base de critères tels que la discipline exercée ou la manière d'attester certaines prestations. Il ne passe donc pas au crible la pratique du dispensateur de soins individuel.

Le but de l'évaluation est essentiellement préventif et vise à informer les dispensateurs de soins au sujet des déviances qui ont été constatées chez eux.

c. Contrôle

Le SECM a également une mission de contrôle. Il vérifie si les prestations de l'assurance SSI ont été effectuées par les dispensateurs de soins individuels ou par les établissements de soins conformément aux dispositions légales et/ou réglementaires. Pour ce faire le SECM dispose d'un personnel d'inspection composé de médecins-inspecteurs, de pharmaciens-inspecteurs et d'infirmiers-contrôleurs[34].

S'ils constatent des infractions, ils peuvent les transmettre aux instances prévues par la loi pour suites utiles : des mesures peuvent éventuellement être infligées selon des procédures légales[35].

33. Loi ASSI, art. 139 al. 2 1° à 3°.
34. Loi ASSI, art. 146 § 1.
35. Loi ASSI, art. 142 § 3.

Les infractions sont classées en 8 catégories avec des mesures[36] spécifiques pour chacune[37] :

1. Porter en compte des prestations non effectuées (réalité).
2. Porter en compte des prestations sans tenir compte des règles de la nomenclature existantes (conformité).
3. Porter en compte des prestations qui ne sont pas prévues dans la nomenclature[37] par exemple des interventions à but esthétique.
4. Porter en compte des prestations superflues ou inutilement onéreuses (surconsommation).
5. Prescrire des prestations superflues ou inutilement onéreuses (sur-prescription).
6. Prescrire des médicaments superflus ou inutilement onéreux (médicaments du chapitre II sans autorisation préalable du médecin-conseil).
7. Infractions administratives.
8. Inciter à prescrire ou exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses.

Assimilations aux dispensateurs de soins[38]

Les 8 catégories d'infractions reprises ci-contre s'appliquent aussi aux personnes physiques ou morales qui :

- emploient des dispensateurs de soins

- organisent la dispensation des soins

- organisent la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé.

www Plus d'informations : www.inami.be :

- au sujet du fonctionnement du SECM : Publications > Aperçu de nos publications > Service d'évaluation et de contrôle médicaux : missions et procédures
- au sujet de la structure du SECM : L'INAMI > Structure administrative > Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

3. Quelles sont les compétences du personnel d'inspection du SECM ?

Pour mener à bien ses missions, le personnel d'inspection a un certain nombre de compétences[40]. Les principales sont :

- pénétrer librement, dans l'exercice de sa mission, à toute heure du jour et de la nuit, sans avertissement préalable, dans tous les lieux de travail ou assimilés
- pénétrer dans les locaux habités, munis d'une autorisation de visite domiciliaire délivrée par le juge d'instruction
- interroger toute personne dont l'audition est nécessaire
- procéder à la recherche et à l'examen des supports d'information contenant des données sociales et des données dont la tenue est imposée par la législation
- procéder à la recherche et l'examen des supports contenant toute autre donnée nécessaire pour les besoins de l'enquête
- télécharger ou prendre des copies, sous n'importe quelle forme, des supports d'information ou des données qu'ils contiennent ou se les faire fournir sans frais
- exiger une traduction des données dans une des langues nationales si elles sont établies dans une autre langue qu'une des langues nationales
- faire des constatations par image

36. Loi ASSI, art. 73*bis*.
37. Loi ASSI, art. 142 § 1.
38. Loi ASSI, art. 34.
39. Loi ASSI, art. 2n.
40. CPS, art. 23 à 39, et Loi ASSI, art. 150.

- obliger tous les dispensateurs de soins à lui fournir tous les renseignements et documents dont il a besoin pour mener ses investigations
- saisir ou mettre sous scellés tout support d'information – livres, registres, documents, supports électroniques – nécessaire à l'accomplissement de sa mission
- demander tout document officiel d'identification (la carte d'identité, le passeport, le permis de conduire, etc.), faire des constats, prendre des photos
- donner des avertissements ou dresser des procès verbaux de constat (PVC)
- informer les instances ordinales (Ordres des médecins et des pharmaciens)[41], le Procureur du Roi[42], d'autres services fédéraux de contrôle dans la mesure où les renseignements recueillis dans l'exercice de sa mission relèvent de la compétence de ces tiers[43].

La communication et l'utilisation de ces renseignements et documents doivent respecter le secret médical[44].

Toute personne qui fait obstacle à l'accomplissement de la mission du personnel d'inspection s'expose à des sanctions[45].

Lorsqu'il constate des infractions aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance soins de santé, il dresse des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire.

Lors d'une audition ou lors de la notification d'un procès-verbal de constat, le personnel d'inspection joint au procès-verbal de constat une **invitation au remboursement volontaire** (IRV)[46] qui vous invite à procéder au remboursement total des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé.

Si le montant à rembourser :

- est inférieur ou égal à 3.000 EUR, le remboursement total dans les 2 mois à compter du jour suivant la notification du PVC entraîne l'extinction irrévocable des poursuites administratives et le dossier est clôturé. Ceci ne s'applique plus pour une IRV ultérieure s'il y a notification d'un nouveau PVC dans les 3 ans qui suivent la première IRV
- est supérieur à 3.000 EUR, le remboursement total n'empêche pas une éventuelle procédure administrative, ni l'application de mesures de récupération ou d'amendes administratives.

41. Loi ASSI, art. 146 § 3.
42. Code d'instruction criminelle, art. 29.
43. CPS, art. 54.
44. Loi ASSI, art. 150.
45. CPS, art. 209.
46. Loi ASSI, art. 142 § 2 al. 4.

2e Partie
Attestation des prestations

Dans cette partie vous trouverez des informations sur la manière d'attester correctement les soins donnés : le document à utiliser, comment le compléter, quelles prestations y mentionner en fonction de la nomenclature des soins de santé. Sous quelles conditions les attester ? Quand et comment appliquer le tiers-payant ?

I. L'attestation de soins donnés

L'attestation de soins donnés (ASD) est le document qui permet le remboursement ou le paiement par l'assurance soins de santé des prestations réalisées auprès d'un patient.

"Attester", c'est compléter et signer l'ASD.

Vous engagez ainsi :

- votre responsabilité quant à la réalité et la conformité des mentions apportées
- l'assurance soins de santé qui remboursera ou paiera le montant des prestation dont le code de nomenclature est mentionné.

Il existe plusieurs modèles d'attestations, établis par un règlement[47] :

- attestation de soins donnés (ASD) utilisée lors de soins apportés par un dispensateur individuel
- attestation globale de soins donnés (AGSD) utilisée lors de soins apportés par plusieurs dispensateurs ou en institution (voir point III.).

Dans certains cas, l'attestation doit se faire par voie électronique.

47. Règlement des soins de santé du 28-07-2003 (RSS), art. 6 annexe 10.

Exemples

- ASD

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA

Nom et prénom du patient : .....

Organisme assureur : ..... 12 .....

NISS : .....

Adresse du patient : .....

ATTESTATION DE SOINS DONNES

A COMPLETER PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient : ..... 1 .....

Date de la prestation	N° de nomenclature		Date de la prestation	N° de nomenclature	
2	3	13			
(1)	(1)		(1)	(1)	

Prescrit par : ..... 10 .....
Nom et prénom
en date du :...../...../.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I.
du prescripteur : .....

Accord du médecin-conseil à la ... du ...../...../.....
pour la période du...../...../..... 11 au...../...../.....

Le patient est hospitalisé / ambulant (2) :

N° de l'établissement : .....

Service : .....

(1) Barrer les cases non utilisées
(2) Biffer les mentions inutiles

A.R. 15.07.2002 5 EUR

Identification du dispensateur :

4

6

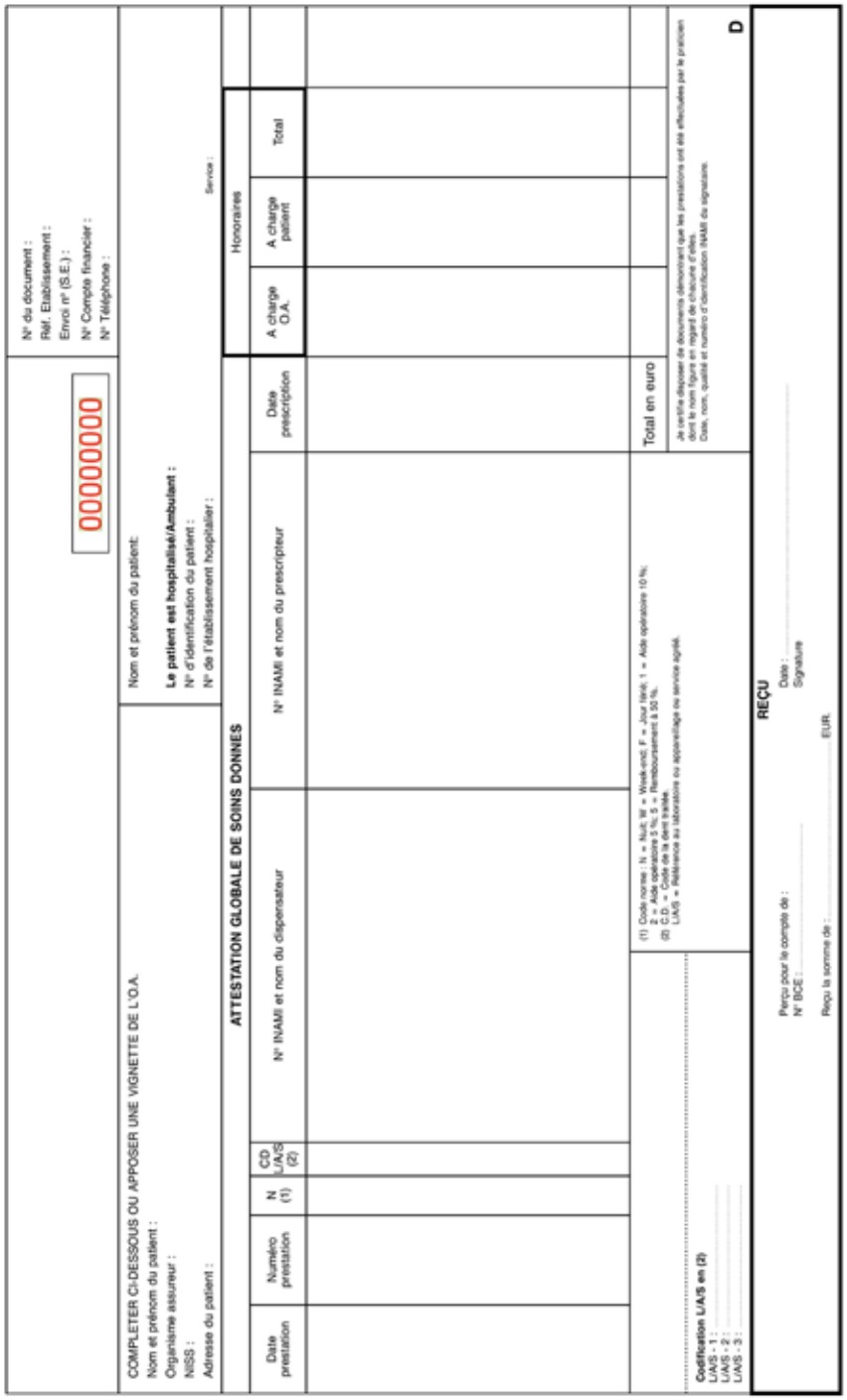
Date : .....
Signature du dispensateur 7

REÇU OU SOUCHE FISCALE

Perçu pour le compte du N° BCE :

Reçu la somme de : ..... 9 ..... EUR Date : ..... 8 .....
Signature 7

- AGSD



00000000

N° du document :
Réf. Etablissement :
Envoi n° (S.E.) :
N° Compte financier :
N° Téléphone :

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A.
Nom et prénom du patient :
Organisme assureur :
NISS :
Adresse du patient :

Nom et prénom du patient:

Le patient est hospitalisé/Ambulant :
N° d'identification du patient :
N° de l'établissement hospitalier :

Service :

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES

Date prestation	Numéro prestation	N (1)	CD LA/S (2)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date prescription	Honoraires		
							A charge O.A.	A charge patient	Total
						Total en euro			

(1) Code horaire : N = Nuit, W = Week-end, F = Jour férié, 1 = Aide opératoire 10 %, 2 = Aide opératoire 25 %, 3 = Remboursement à 50 %.
(2) C.D. = Code de la date barée.
LA/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé.

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles.
Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire.

D

Codification LA/S en (2)
LA/S - 1 : .....
LA/S - 2 : .....
LA/S - 3 : .....

REÇU

Perçu pour le compte de : .....
N° BCE : .....
Reçu la somme de : ..... EUR.

Date : .....
Signature

II. Utilisation des ASD

1. Devez-vous délivrer une ASD ?

Si vous effectuez des prestations donnant lieu à une intervention de l'assurance soins de santé, vous êtes tenu de remettre :

- au patient
- ou, en cas d'application du tiers-payant, à la mutualité

soit

- une attestation de soins donnés (ASD)
- une attestation de fournitures
- ou un document équivalent dont le modèle est préétabli par le Comité de l'assurance[48].

Vous devez mentionner sur cette ASD les prestations effectuées :

- par le numéro d'ordre à ladite nomenclature

ou

- de la manière déterminée dans un règlement établi par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations[49].

Si vous effectuez à la fois des prestations remboursables et non-remboursables, vous devez délivrez en plus au patient un document justificatif (voir point II. 9. « Que contient le document justificatif ? »)

2. Comment commander des ASD[50] ?

Vous pouvez les commander sur le site www.medattest.be, soit :

- en ligne, après avoir reçu par courrier un identifiant et un code d'activation
- en imprimant le bon de commande disponible sur le site que, soit :
  - vous envoyez à :

    INAMI - attestations
    Boîte postale 30005
    1000 Bruxelles
  - vous faxez au 02 278 55 00.

Un centre de contact est joignable au 02 274 09 34, du lundi au vendredi de 8 à 19 heures et le samedi de 8 heures 30 à 12 heures. La commande est livrée dans les neuf jours ouvrables suivant la réception du paiement.

Le paiement au préalable est obligatoire ; vous pouvez le faire par services bancaires en ligne, par carte de crédit ou par virement. En cas de commande de plus d'une boîte, le prix est réduit. Vous pouvez désigner un mandataire pour les commandes en ligne.

Vous pouvez aussi utiliser l'eShop de eHealth.

Plus d'informations sur les sites :

- www.ehealth.fgov.be, Prestataires de soins > Services en ligne > eShop
- www.medattest.be
- www.inami.be, Professionnels > Info pour tous > Commande d'attestations.

48. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 1 et 2.
49. Loi ASSi, art. 53 § 1.
50. Loi ASSI, art. 53 §§ 2 et 3.

3. Pouvez-vous utiliser les ASD d'un confrère ?

Dans les cas d'extrême urgence, les mutualités pourront accepter et comptabiliser - à titre exceptionnel - des prestations que vous avez mentionnées sur des attestations de soins vierges d'un confrère ou d'une consœur à condition que[51] :

- vous barriez les coordonnées du confrère ou de la consœur
- vous apposiez votre cachet avec votre numéro INAMI
- vous remettiez au confrère ou à la consœur un reçu mentionnant le nombre de carnets d'attestations et leurs numéros
- le confrère ou la consœur note dans son livre-journal les numéros des carnets qu'il (elle) vous a remis.

4. Comment devez-vous compléter l'attestation ?

Vous devez mentionner les éléments suivants sur l'ASD (voir l'exemple au point I.)[52] :

En 1 les nom et prénom du patient à qui les soins ont été dispensés

En 2 la date à laquelle la(les) prestation(s) a(ont) été effectuée(s) ; cette date peut être différente de la date de délivrance de l'attestation (toutes les dates doivent être mentionnées)

En 3 le(s) numéro(s) de nomenclature de la (des) prestation(s) effectuée(s)

En 4 votre cachet

En 5 la mention[52] :

- "oui" si vous avez perçu l'intégralité du ticket modérateur
- "non" ou "0" si vous n'avez pas perçu le ticket modérateur
- le montant effectif payé, y compris la part à charge du patient (appelée ticket modérateur), de sorte que la mutualité puisse vérifier si le maximum à facturer est dépassé ou non (voir 4e Partie, IV. « MAF »)

En 6 la date de la délivrance de l'ASD

En 7 votre signature : en apposant votre signature, vous êtes responsable de l'exactitude des données mentionnées sur l'attestation

En 8 la date éventuelle de la perception des honoraires

En 9 le montant des honoraires perçus[53] que vous ayez effectué les prestations pour votre propre compte ou pour compte d'autrui.

Si vous attestez des prestations qui nécessitent une prescription vous devez :

- en 10, mentionner le numéro INAMI et les données d'identification du prescripteur
- en 11, signaler que vous joignez la prescription à l'ASD ou mentionner la date de l'ASD à laquelle la prescription a été jointe (au cas où une prescription justifierait plusieurs ASD)[54]

La zone 12 est destinée au patient.

La zone 13 est réservée à la mutualité.

+ Si vous exercez en société et utilisez l'ancien modèle des ASD, vous devez indiquer le montant reçu au bas de l'ASD, même si l'emplacement n'est pas prévu.

51. RSS, art. 6.
52. Loi du 10-04-2014, art. 96.
53. A.R. du 15-07-2002, art. 3.
54. Loi ASSI, art. 53 § 1.
55. RSS, art. 6 § 2.

5. Qu'est-ce que la souche fiscale (ou reçu) ?

La souche fiscale ou reçu est la partie détachable au bas de l'ASD. Elle reprend votre numéro d'inscription à la BCE (voir 1re Partie, I. 4.).

Bien que les deux parties (attestation et reçu) soient attachées, elles sont soumises à deux législations totalement différentes :

- la loi ASSI pour l'ASD
- la loi fiscale pour le reçu.

6. Quand devez-vous remettre l'attestation et le reçu ?

Pour la Loi ASSI, vous devez remettre l'ASD au patient **dès que possible**[56] et **au plus tard deux mois**[57] après la fin du mois au cours duquel vous avez effectué les prestations.

Cependant, le Code des impôts[58] vous impose de délivrer l'ASD **lors de la prestation**[59], que le patient vous paie ou non.

En pratique :

a. Si votre patient vous paie

- en espèces ou par carte bancaire : vous devez lui remettre en même temps l'ASD et le reçu, que vous ne pouvez pas détacher, avec la mention du montant perçu lors de la prestation et de la perception des honoraires[60]
- par versement ou virement : vous devez lui remettre l'ASD lors de la prestation, mais vous ne devez pas mentionner de montant ni délivrer le reçu
- de manière différée (« comptant différé ») : vous devez lui remettre l'ASD lors de la prestation et le reçu lors de la perception des honoraires[61]. Vous pouvez, si vous le souhaitez, lui faire signer une reconnaissance de dette ou un reçu pour l'ASD non réglée.

b. Si vous pratiquez le tiers-payant

(voir 2e Partie, VI.), vous devez remettre l'attestation à la mutualité dès que possible[62] et au plus tard dans les deux mois qui suivent la fin soit :

- du mois au cours duquel la prestation a été effectuée
- du trimestre si une facturation trimestrielle est autorisée[63].

Les conventions prévoient des dérogations à ces règles et sont applicables pour la durée de ces conventions.

Une amende administrative peut être infligée pour toute infraction, sans avertissement préalable[64].

Les mutualités ne peuvent rembourser (en partie ou en totalité) une intervention si elles n'ont pas reçu d'attestation de soins donnés[65].

56. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 8.
57. A.R. du 19-05-1995, art. 1.
58. Code des impôts sur les revenus du 10-04-1992 (CIR), art. 320.
59. CIR, Directives et commentaires administratifs, Commentaire du CIR 92, art. 320/25.
60. CIR, art. 320 § 1 al. 2..
61. CIR, Directives et commentaires administratifs, Commentaire du CIR 92, art. 320/25.
62. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 3.
63. A.R. du 19-05-1995, art. 1.
64. A.R. du 19-05-1995, art. 3.
65. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 2.

7. Qu'est-ce que le double fiscal ?

Le double fiscal de l'attestation est la copie carbone.

Il mentionne les prestations attestées et leur numéro de nomenclature mais pas l'identité du patient. L'ASD et le double fiscal (copie carbone) portent le même numéro de carnet et de feuillet. Ce double est destiné à un contrôle fiscal éventuel[66]. Le SECM peut toutefois l'exiger dans le cadre de ses compétences[67].

8. Quand devez-vous remettre au patient un document justificatif des prestations effectuées ?

Vous devez remettre au patient ce document lorsque vous[68] :

- effectuez en même temps des prestations remboursées et non remboursées par l'ASSI
- ou pratiquez le tiers-payant par voie électronique (pour tous les dispensateurs), et aussi par voie papier pour les logopèdes[69] et les sages-femme[70].

9. Que contient le document justificatif ?

Le document justificatif doit reprendre[71] :

- le montant total à payer (avec les acomptes)
- pour les prestations remboursables : le montant total à payer (avec les suppléments)
- pour chaque prestation non-remboursable : le montant à payer, avec un libellé.

Vous ne devez pas signer ce document, mais vous devez en conserver une copie.

Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Info pour tous : remise d'un document justificatif au patient.

10. Comment pouvez-vous attester pour le compte d'autrui ?

Cette éventualité se présente surtout en ce qui concerne diverses formes de sociétés et les associations : le dispensateur de soins est une personne autre que le responsable fiscal[72].
Vous devez alors utiliser les attestations de la société ou l'association.

Sur chaque ASD, le dispensateur qui a effectué la (les) prestation(s) doit être identifié.

66. Arrêté ministériel du 17-12-1998, art. 13.
67. CPS, art. 28 2°.
68. Loi ASSI, art. 53 § 1/2
69. Convention entre les logopèdes et les Organismes assureurs du 22-01-2015, art. 8 § 2 al. 2.
70. Convention entre les sages-femmes et les Organismes assureurs, texte coordonné depuis le 01-02-2013, art. 4.
71. Loi ASSI, art. 53 § 1/2.
72. RSS, art. 6 § 2.

11. Attestation via un service de tarification

En tiers-payant, vous pouvez envoyer à un service de tarification, soit :

- vos ASD signées
- un relevé de vos prestations. Dans ce cas, le service établira d'abord les ASD que vous devrez signer par après, car vous assumez toujours l'entière responsabilité des prestations attestées.

Le service envoie ensuite les ASD à chaque mutualité concernée avec un relevé des montants à vous payer en tiers-payant.

12. Combien de temps devez-vous conserver vos carnets d'ASD utilisés et les copies des documents justificatifs ?

Pour l'administration fiscale, il faut conserver les carnets et les copies des documents justificatifs pendant huit ans à partir du 1er janvier de l'année où ils ont été utilisés[73].

> Un carnet utilisé en 2016 pourra être détruit à partir du 1er janvier 2024.

! Le modèle des attestations a été modifié. Les anciens modèles restent utilisables jusqu'au 31 décembre 2016[74].

III. Utilisation des AGSD

1. Quand utiliser les AGSD ?

Pour attester les prestations effectuées :

- en hospitalisation
- en institution
- par un groupement de dispensateurs

vous devez utiliser des attestations globales de soins donnés (AGSD)[75]. Celles-ci permettent de porter en compte globalement les prestations effectuées par plusieurs dispensateurs de soins chez un seul et même patient. Ces prestations peuvent avoir été effectuées le même jour ou à des dates différentes.

! Les honoraires des prestations que vous attestez pour des malades hospitalisés sont obligatoirement perçus par l'hôpital[76].

73. CIR, art. 315 al. 3.
74. RSS, art. 33 al. 2.
75. RSS, art. 6 § 14.
76. A.R. du 10-07-2008 portant coordination de la loi sur les hôpitaux, art. 147.

2. Comment utiliser les AGSD ?

Les éléments suivants doivent être mentionnés sur l'AGSD (voir exemple au point I.) :

- l'identité de la personne qui a reçu les soins
- les prestations mentionnées sur plusieurs lignes horizontales avec, sur chacune de ces lignes :
  - la date
  - le numéro de nomenclature de la prestation
  - le numéro INAMI et le nom du dispensateur de soins
  - le numéro INAMI et le nom du prescripteur
  - le montant de l'intervention O.A.

3. Conditions d'utilisation

En cas d'utilisation d'AGSD, les conditions suivantes doivent être remplies[77] :

- pour chaque prestation, le dispensateur qui a effectué la prestation doit être identifié
- des documents internes doivent exister. Par document interne, il faut entendre chaque document qui mentionne la prestation effectuée (c.à.d. le numéro de nomenclature) et le dispensateur de soins qui l'a réellement effectuée. Le dispensateur de soins qui a effectué la prestation doit signer ce document. Le dossier, un registre, etc. peuvent faire fonction de documents internes, sous forme électronique ou pas. Ces documents internes doivent être conservés durant trois ans
- le dispensateur de soins doit rédiger un mandat écrit par lequel il consent à faire attester ses prestations par le signataire de l'attestation.
  Un mandat écrit peut être une procuration écrite, une disposition dans le statut ou le contrat de travail ou prendre une autre forme. Le mandat écrit est important pour déterminer la responsabilité lorsque surgit un litige concernant l'attestation. Lorsqu'il n'y a pas de mandat écrit et si le dispensateur de soins, dont le nom est mentionné en regard de la prestation portée en compte, conteste l'attestation délivrée en son nom, ou la réalité et la conformité de la prestation, le signataire peut être considéré comme responsable de l'attestation fautive
- le dispensateur responsable doit signer en bas, à droite, sous la mention : *"Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles."*

! L'existence d'un mandat ne vous dégage pas de votre responsabilité quant à l'exactitude des prestations attestées sur les plans de la réalité et de la conformité.

www Plus d'informations: www.inami.be, Professionnels > Info pour tous : Comment attester les soins donnés ?

77. RSS, art. 6 § 14.

IV. Attester en fonction de la nomenclature

1. Attester en fonction de votre qualification

La nomenclature fixe la qualification requise pour pouvoir attester les prestations[78].

Le code de compétence de votre numéro INAMI représente cette qualification (voir 1re Partie, I. 3.).

2. Qu'est-ce que la nomenclature ?

La nomenclature des prestations de santé (NPS) est :

- l'énumération des **prestations** attestables et remboursables par l'assurance soins de santé
- et l'ensemble des **règles d'application** expliquant les conditions de remboursement.

Pour chaque prestation, la nomenclature donne les information suivante :

- la **qualification** requise pour pouvoir attester la prestation à l'assurance soins de santé
- un **numéro de six chiffres** (code de nomenclature) identifiant la prestation. Dans la plupart des cas, il y a 2 numéros par prestation :
  - un pour les patients ambulatoires
  - un pour les patients hospitalisés.

  C'est ce numéro que vous devez mentionner en zone 3 (voir point I.) de l'ASD
- une **définition** : une description de la prestation même, complétée ou non par les conditions quantitatives ou qualitatives quant aux conditions de remboursement (voir ci-après)
- une **valeur relative** qui renseigne sur le taux de remboursement. Elle consiste en :
  - une **lettre-clé** qui regroupe un certain nombre de prestations. Par exemple, M pour la kinésithérapie, W pour l'Art infirmier, B pour la biologie clinique, N entre autres pour des consultations et des visites.
    La valeur en EUR de la lettre-clé fait l'objet de concertation entre les dispensateurs de soins et les mutualités
  - un **coefficient** qui est un facteur de multiplication
- des **règles d'application** expliquant les conditions de remboursement d'une ou plusieurs prestation(s). Dans ce dernier cas, elles sont mentionnées normalement à la fin du chapitre. Quand vous étudiez un code spécifique de la nomenclature, il est donc important de prêter attention au chapitre en question jusqu'à la fin.

78. Nomenclature des prestations de santé (NPS), art. 2. D-E.

Le Comité de l'assurance établit des règles interprétatives sur base de propositions du conseil technique compétent. Elles précisent la nomenclature et elles sont publiées au Moniteur Belge (M.B.). Vous pouvez les consulter sur le site de l'INAMI.

Des règles interprétatives peuvent préciser la nomenclature.

Exemple

La séance de bilan de logopédie avant le début du traitement est définie comme suit dans la nomenclature, article 36 :

Tableau 1 : Séance de bilan de logopédie

Code	Définition de la prestation	Lettre clé	Coefficient
701013	Séance de bilan d'au moins 30 minutes avant le début d'un traitement de logopédie	R	17,5

Dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, la nomenclature donne des précisions à propos de cette prestation au § 4 de l'article 36 :

" L'intervention est également refusée pour toute prestation 701013 , effectuée avant sa prescription ou après le début du traitement de logopédie, ainsi que pour toute prestation 702015 - 702085, 704012 - 704082, 706016 - 706086, 710010 - 710080 effectuée après la fin de la période de traitement de logopédie à laquelle elle se rapporte."

3. Quand une prestation est-elle remboursable ?

Les prestations énumérées dans la NPS sont remboursables si elles :

- sont exécutées selon ses dispositions
- relèvent de votre qualification.

4. Pouvez-vous réaliser des prestations non-remboursées ?

Pour autant qu'il soit satisfait entre autres, à l'obligation de prescription, vous pouvez effectuer des prestations non remboursées par l'assurance soins de santé si vous vous estimez compétent. Le coût de ces prestations, que vous déterminez[79] librement, est alors à charge du patient. Vous devez l'informer à ce sujet[80].

5. Devez-vous respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature ?

a. Si vous avez adhéré aux termes de la Convention

Si vous avez adhéré à la Convention, vous devez respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature, sauf lors d'exigences particulières des patients.

Exemple

Exigence : un patient veut, sans aucune nécessité thérapeutique, un rendez-vous en un lieu ou à un moment particulier.

79. Loi professions de santé, art. 35 al. 2 et Loi ASSI, art. 50 § 6 al. 2.
80. Loi du 22-08-2002 concernant les droits des patients, art. 8 § 2.

b. Si vous avez refusé les termes de la Convention

Vous pouvez fixer vous-même le montant de vos honoraires.

Cependant vous devez respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature pendant un service de garde organisé[81].

6. Devez-vous informer les patients sur le montant des honoraires ?

Vous devez informer le patient à l'avance sur le montant des honoraires à payer[82]. Vous êtes censé respecter les honoraires de l'ASSI lorsque vous ne l'avez pas informé au préalable[83].

7. Quand pouvez-vous attester le supplément d'honoraires pour prestations techniques urgentes et dans quelles conditions ?

Vous pouvez attester ce supplément[84] :

- la nuit, entre 21 heures et 8 heures
- le week-end, du samedi 8 heures au lundi 8 heures
- les jours fériés, à partir de 21 heures la veille jusqu'à 8 heures le jour suivant.

"Ces suppléments ne peuvent être portés en compte que quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque, pour des raisons personnelles, vous effectuez des prestations techniques à ce moment ; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes à la suite d'une exigence particulière du patient"[85].

8. Comment calculer le montant des suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes ?

Vous devez calculer le supplément d'honoraires en fonction de la lettre-clé et du coefficient de la prestation.

En cas de prestations multiples, vous devez calculer le supplément d'honoraires sur la base de la somme des nombres coefficients des prestations pour chaque période de 24 heures (commençant à 8 heures du matin).

Le calcul de la valeur de la lettre-clé se fait selon la formule suivante : N = 0,6 L = 0,6 K.

81. Loi ASSI, art. 35 § 1 al. 5.
82. Loi du 22-08-2002, art. 8 § 2.
83. Loi ASSI, art. 50 § 3.
84. NPS, art. 6 § 2ter al. 1.
85. NPS, art. 26 § 5.

9. Quels sont les jours fériés ?

Les jours fériés sont[86] les :

- 1er janvier
- lundi de Pâques
- 1er mai
- jeudi de l'Ascension
- lundi de Pentecôte
- 21 juillet
- 15 août
- 1er novembre
- 11 novembre
- 25 décembre.

10. Quand faut-il utiliser les codes « hospitalisés » ?

Le patient a le statut hospitalisé quand il est admis dans un hôpital, général ou psychiatrique, jusqu'à la fin de l'hospitalisation. Une sortie pendant le week-end ou pour un congé ne met pas fin à l'hospitalisation. Pendant ces périodes, vous devez utiliser le code de nomenclature pour patient hospitalisé.

Par contre, en cas d'hospitalisation dans un hôpital de jour, vous devez utiliser les codes pour patient ambulatoire, tant pendant l'hospitalisation qu'après la sortie.

V. Quelques dispositions restrictives sur l'application de la nomenclature

1. Pouvez-vous attester les prestations de nature esthétique ?

Vous pouvez attester les prestations esthétiques dans les cas admis dans les programmes de rééducation fonctionnelle et professionnelle en vue de permettre au patient d'obtenir ou de conserver un emploi[87].

Les interventions pratiquées dans un **but purement esthétique** ne sont pas remboursées.

86. NPS, art. 6 § 2ter al. 2.
87. NPS, art. 1 § 7 et loi ASSI, art. 34 dernier alinéa.

2. Pouvez-vous attester des prestations couvertes par une autre assurance ?

Vous ne pouvez pas attester les prestations remboursables en vertu du droit commun, d'une autre législation belge ou d'une législation étrangère[88].

Toutefois, la mutualité peut avancer (au patient ou à vous en tiers-payant) le montant de ces prestations dans certains cas.

Exemple

- lors d'accidents de travail, lorsque la reconnaissance de l'accident de travail n'est pas encore établie
- lors d'accidents de droit commun, lorsque la responsabilité d'un tiers n'est pas encore déterminée.

La mutualité récupère ses avances auprès du tiers responsable par après (droit de subrogation[89]).

Si les montants accordés en vertu du droit commun ou d'une autre législation sont inférieurs aux montants prévus par l'assurance soins de santé, celle-ci rembourse la différence entre les deux.

3. Pouvez-vous attester des prestations effectuées à l'étranger ?

Vous ne pouvez pas attester les prestations effectuées chez un patient en dehors de la Belgique, sauf dispositions contraires[90].
Une réglementation spécifique peut s'appliquer, en particulier pour les communes frontalières.

4. Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans le cadre d'un examen organisé par l'employeur ou demandé par des tiers?

L'assurance soins de santé ne rembourse pas les frais liés aux prestations requises par les employeurs, les institutions publiques ou les organismes privés.

Cela est également valable lorsque les coûts liés à ces prestations sont entièrement à charge des administrations publiques, d'une institution publique ou d'une institution d'utilité publique.

Si les coûts liés à ces prestations ne sont que partiellement à charge des administrations publiques, d'une institution publique ou d'une institution d'utilité publique, l'assurance soins de santé rembourse la différence à concurrence des tarifs de l'assurance[91].

L'assurance soins de santé ne rembourse pas les prestations techniques de diagnostic effectuées en réponse à une initiative de l'employeur s'adressant à l'ensemble ou à une partie du personnel de son entreprise ou de l'un de ses services[92].

88. Loi ASSI, art. 136 § 2.
89. Loi ASSI, art. 136 § 2 al. 4.
90. Loi ASSI, art. 136 § 1.
91. RSS, art. 2.
92. RSS, art. 3.

5. Pouvez-vous attester des prestations effectuées chez des patients détenus en prison ?

Les prestations de santé ne sont pas remboursées par l'assurance soins de santé aussi longtemps que le patient est détenu en prison ou est interné dans un établissement de défense sociale. Ce refus de remboursement ne s'applique pas lors de séjour hors de la prison ou dans le cadre d'une surveillance électronique ou en cas de mesure de semi-liberté[93].

6. Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques ?

Vous pouvez attester les prestations effectuées dans le cadre de la recherche scientifique ou dans le cadre d'essais cliniques de produits ou d'appareillages, à la demande de firmes commerciales si celles-ci répondent aux recommandations cliniques généralement admises ou au consensus scientifique[94].

7. Combien de temps devez-vous conserver les documents, rapports et tracés auxquels la nomenclature fait référence ?

Sans préjudice des **délais de conservation** imposés par d'autres législations, les rapports, documents, tracés et graphiques mentionnés dans les libellés de la nomenclature doivent être conservés **au moins 2 ans**[95].

La loi sur les droits du patient confère à celui-ci le droit de consulter ou de copier son dossier. Lorsque le patient a reçu son dossier (par exemple, à l'arrêt de la pratique), le dispensateur de soins doit veiller à en garder une copie (voir aussi 4e Partie, VI. 2. e. "Droits des patients").

8. Que devez-vous faire en cas de prestations diagnostiques pour lesquelles aucune obligation de conservation de documents n'est prévue ?

En ce qui concerne les prestations diagnostiques pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé dans la NPS, vous devez pouvoir démontrer l'exécution de l'examen à l'aide du dossier[96].

93. RSS, art. 5.
94. NPS, art. 1 § 9 et loi ASSI, art. 34.
95. NPS, art. 1 § 8.
96. NPS, art. 1 § 8.

9. Pouvez-vous demander une indemnisation pour un rendez-vous manqué ?

Si le rendez-vous n'a pas été décommandé en temps utile et si vous en aviez averti vos patients, par exemple par un avis dans la salle d'attente, vous pouvez leur réclamer une indemnisation. Vous ne pouvez cependant pas attester une attestation de soins donnés à cette occasion[97].

10. Quelle est la base légale de la nomenclature?

L'arrêté royal du 14 septembre1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités instaure la nomenclature.

L'article 34 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (également appelée loi ASSI) énumère les prestations de nature préventive et curative.

Le M.B. publie les adaptations sous forme d'arrêté royal en faisant référence à l'arrêté royal initial.

11. Qui établit la nomenclature?

La plupart du temps, ce sont les **conseils techniques** et le cas échéant, les commissions de conventions, qui font des **propositions** ou formulent des **avis** pour adapter le libellé de prestations de la NPS ou en ajouter de nouvelles[98].

Sur base de ces avis et propositions, le **Comité de l'assurance** du Service des soins de santé décide des modifications et adaptations de la nomenclature, moyennant approbation par la Commission de convention et après avis de la Commission de contrôle budgétaire.

Le ministre des Affaires sociales, qui peut proposer ou refuser des modifications, formalise ces modifications dans un arrêté royal qui entre en vigueur après publication au M.B.

Le **Comité de l'assurance** est composé[100] de représentants des :

- O.A. (mutualités), chaque O.A. ayant droit à un représentant au moins
- organisations représentatives du corps médical et des praticiens de l'Art dentaire
- pharmaciens d'officines, hospitaliers et biologistes
- gestionnaires entre autres d'établissements hospitaliers, des services et institutions, des établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle
- kinésithérapeutes, praticiens de l'Art infirmier et auxiliaires paramédicaux
- organisations représentatives :
  - de l'ensemble des employeurs
  - de l'ensemble des travailleurs salariés
  - des travailleurs indépendants,

  celles-ci avec voix consultative.

Les différents conseils techniques sont composés de représentants des dispensateurs de soins concernés et de représentants des Organismes assureurs (O.A.). Un membre du SECM désigné par le Fonctionnaire-dirigeant du service assiste avec voix consultative aux réunions[98].

97. Question au Sénat n° 5-5336 du 19-01-2012 de monsieur Louis IDE.
98. Loi ASSI, art. 27 al. 3.
99. Loi ASSI, art. 28 § 1.
100. Loi ASSI, art. 21 § 1 al. 1.

12. Où trouver la nomenclature ?

Vous pouvez consulter la NPS sur le site de l'INAMI : www.inami.be, sur la page d'accueil, vous avez un accès :

- soit direct :
  - à la recherche d'un numéro de code
  - ou à la Recherche avancée
- soit via la rubrique Nomenclature :
  - au texte complet
  - ou à Nomensoft, moteur de recherche :
    - par numéro de code
    - par mot(s) et/ou par expression(s) dans le libellé
    - par article ou par navigation dans l'arborescence
    - au moyen d'une combinaison de ces méthodes de recherche.

    "Nomensoft" donne pour chaque numéro de code, entre autres :
    - le libellé de la prestation
    - les honoraires et remboursements (avec historique)
    - la date d'entrée en vigueur
    - les valeurs-clés.

13. Des questions au sujet de l'interprétation correcte de la nomenclature ?

Vous pouvez :

1. consulter le site de l'INAMI : www.inami.be. Vous trouverez entre autres le texte en vigueur de la nomenclature, ainsi que les règles interprétatives
2. vous adresser à d'autres organismes tels que les O.A. et les organisations professionnelles qui disposent aussi d'informations à ce sujet
3. en l'absence de réponse, adresser la question à l'

   INAMI
   Service des soins de santé
   avenue de Tervueren 211
   1150 Bruxelles.

Ce service traitera la question ou, le cas échéant, la présentera au Conseil technique compétent qui traitera la question au fond.

VI. Le tiers-payant[101]

Le tiers-payant (T.P.) est le mode de paiement par lequel le dispensateur de soins reçoit le montant de l'intervention remboursé par l'ASSI directement de la mutualité du patient.

Le patient ne paie que les éventuels tickets modérateurs[102] et suppléments.

1. Quand et comment appliquer le tiers-payant ?

Si vous appliquer le tiers-payant, vous devez vérifier l'identité de votre patient, sauf s'il existe une relation de confiance avec lui qui fait présumer que son identité est connue. Jusqu'à une date à déterminer, cela se fait sur présentation d'une pièce d'identité.

Vous **pouvez** toujours appliquer le tiers-payant pour des prestations dispensées dans les circonstances particulières suivantes au patient (et aux personnes à sa charge)[103] soit :

- qui se trouve dans :
  - un centre de soins de santé mentale
  - un centre de planning familial et d'éducation sexuelle
  - un centre d'accueil pour toxicomanes

    Dans ces cas, vous ne devez pas envoyer vos ASD directement à la mutualité mais via le centre qui y joint la demande d'application du tiers-payant

  - une institution spécialisée dans les soins dispensés aux enfants, personnes âgées ou handicapées

    Dans ce cas, vous ne pouvez demander le tiers-payant que pour les prestations non couvertes par un forfait. Vous ne devez pas envoyer vos ASD directement à la mutualité mais via le centre qui y joint la demande d'application du tiers-payant

- qui peut bénéficier du tiers-payant social, c'est-à-dire :
  - se trouve dans une situation occasionnelle de détresse financière

    La situation occasionnelle de détresse financière représente les situations où le patient ne peut payer, ni comptant, ni de manière différée, par manque de moyens ou pour des motifs sociaux. Ce n'est pas le cas si le patient dispose de moyens suffisants mais est momentanément dépourvu d'argent.

    Le SECM est compétent pour contrôler l'application systématique et abusive de cette déclaration.

  - bénéficie de l'intervention majorée de l'assurance (BIM)
    Vous pouvez être informé du statut « bénéficiaire de l'intervention majorée » de votre patient par :
    - la consultation en ligne des données du patient via la lecture de sa carte d'identité (voir 4e Partie, II.)
    - la vignette de mutualité sur laquelle le dernier chiffre du premier code titulaire est un 1 (=**XX1**/XXX)
    - une attestation spécifique délivrée par l'Organisme assureur

100. A.R. du 18-09-2015.
102. A.R. du 18-09-2015, art. 9 al. 3.
103. A.R. du 18-09-2015, art. 9 al. 3.

*Dans les quatre situations ci-contre, vous êtes informés du statut du patient grâce :

- dans les trois premières, à une attestation

- dans la quatrième, un courrier

que la mutualité a envoyé au patient.

- est dispensé, ainsi que les personnes à sa charge, de l'obligation de cotisation parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant du revenu d'intégration*
- est en chômage contrôlé depuis au moins six mois avec la qualité de chômeur complet et qui a la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé*
- remplit les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées*
- bénéficie du statut « malade chronique »*

- pendant un service de garde organisé[104]
- qui a le statut de « patient palliatif à domicile »
- qui est dans un état comateux
- qui décède lors du traitement.

Les opticiens[105] et les orthopédistes[106] se sont engagés à appliquer le T.P. pour les patients qui peuvent bénéficier du tiers-payant social à leur demande.
Les orthopédistes appliquent toujours le tiers-payant si la base de remboursement des soins prévus dépasse 310 EUR. En dessous de ce montant le choix de l'appliquer ou non leur est laissé.
Les sages-femmes peuvent opter pour l'application du tiers-payant pour toutes leurs prestations chez tous leurs patients.

Dans ces cas, vous devez joindre à l'ASD envoyée à la mutualité la raison pour laquelle le tiers-payant est applicable.

Pour toutes les prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une situation permettant l'application du tiers-payant, vous pouvez demander à la mutualité le paiement des prestations effectuées selon le système du tiers-payant. Le paiement doit avoir lieu, selon les Conventions, dans les six semaines à deux mois de la réception des documents par la mutualité[107].

2. Comment pouvez-vous appliquer le tiers-payant dans les autres cas ?

En dehors des situations prévues au point 1 ci-avant, où le tiers-payant est toujours autorisé avec les modalités prévues, vous devez, pour pratiquer le tiers-payant, introduire une demande par lettre recommandée[108] auprès du

Collège intermutualiste national
Commission tiers-payant
Chaussée Saint-Pierre 373
1080 Bruxelles.

104. A.R. du 18-09-2015.
105. Convention entre les opticiens et les Organismes assureurs du 24-10-2013, art. 5 3°.
106. Convention entre les orthopédistes et les Organismes assureurs du 13-12-2005, art. 4.
107. A.R. du 18-09-2015, art. 4 § 1 al. 2.
108. A.R. du 18-09-2015, art. 9 al. 1.

3. L'autorisation de pratiquer le tiers-payant peut-elle vous être retirée ?

Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM peut vous imposer une **interdiction** de pratiquer le tiers-payant si vous[109] :

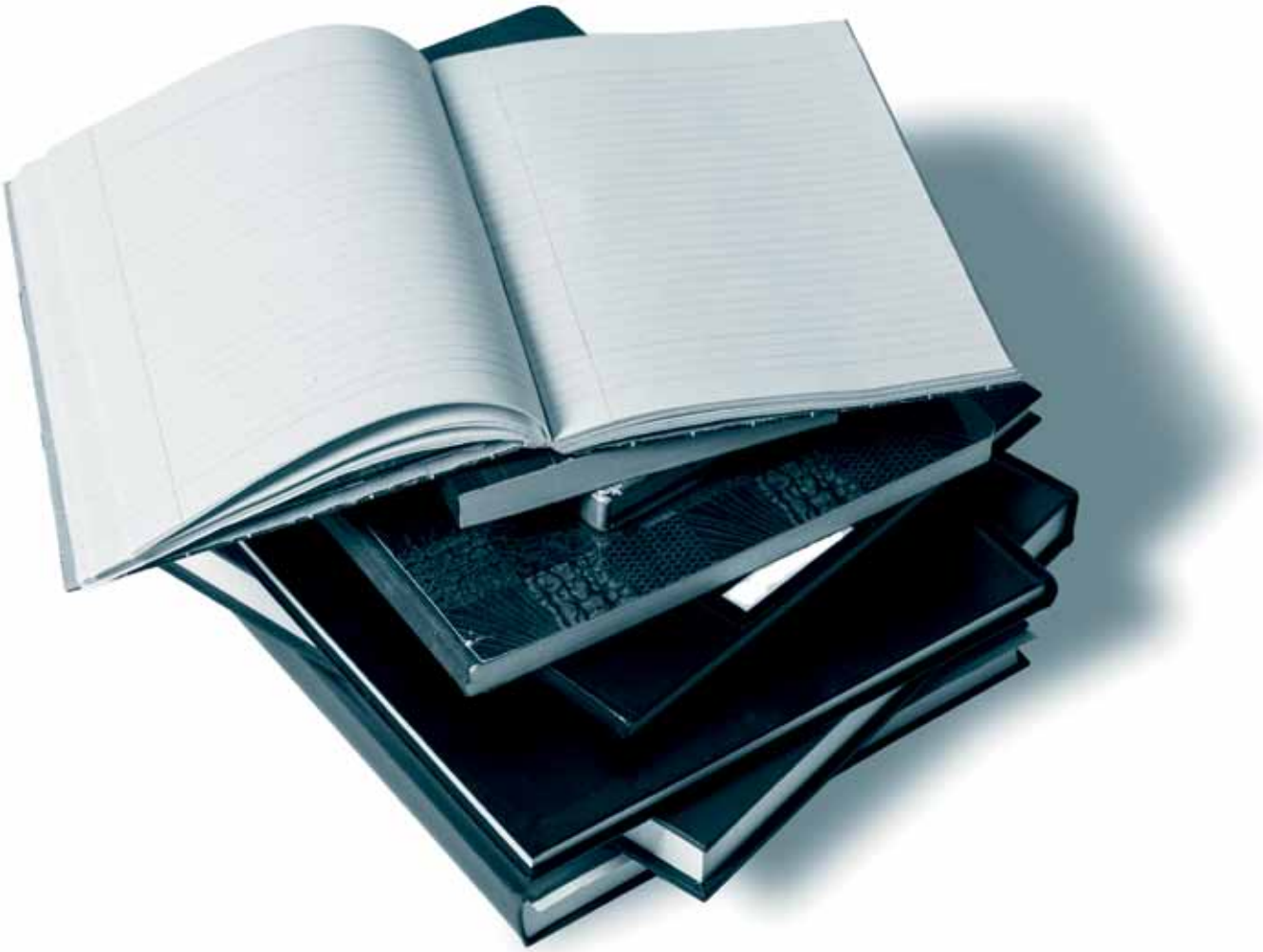
- faites l'objet d'une condamnation pénale définitive liée à des irrégularités au détriment de la Loi ASSI
- commettez des infractions à l'article 73*bis* de la loi ASSI (voir 1re Partie, IX. 2. c.).

S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans votre chef, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM peut **suspendre** le paiement par les mutualités des montants dus en tiers-payant, totalement ou partiellement, et pour une période maximale de 12 mois. Vous pouvez faire appel, mais il n'est pas suspensif[110].

Pour les logopèdes[111] et les sages-femmes[112], la Commission de conventions peut vous **exclure** de l'application du tiers-payant pendant une période allant d'un mois à un an si vous avez commis des irrégularités pour des prestations via le tiers-payant. En cas de récidive dans un délai de cinq ans, l'exclusion de l'application du tiers-payant peut être définitive.

109. A.R. du 18-09-2015, art. 11.
110. Loi ASSI, art. 77*sexies*.
111. Convention entre les logopèdes et les Organismes assureurs du 22-01-2015, art. 10 § 2.
112. Convention entre les sages-femmes et les Organismes assureurs, texte coordonné à partir du 1er février 2013, art. 8 § 3.

3e Partie
La prescription



Dans cette partie vous trouverez des informations sur la prescription de soins paramédicaux et sur la prescription de médicaments en tant que sage-femme.

I. Règles pour tous les types de prescription

1. Pour quelles prestations une prescription est-elle une condition de remboursement[113] ?

Une prescription médicale constitue une condition de remboursement pour :

- les soins donnés par les praticiens de l'Art infirmier et les accoucheuses
- les traitements relevant de la compétence des kinésithérapeutes
- les prestations de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et de génétique
- les prestations de radiodiagnostic
- les prestations ou fournitures relevant de la compétence des bandagistes, des orthopédistes ou des opticiens
- les prestations effectuées par les logopèdes ou les orthoptistes
- les appareils à parler pour personnes ayant subi une laryngectomie
- les prothèses externes en cas de mutilation faciale
- les prothèses capillaires
- les lunettes télescopiques
- le matériel pour le traitement à domicile de l'anémie de Cooley
- les prestations de diététique et de podologie.

2. Quelles données doivent être mentionnées sur la prescription ?

a. Données administratives minimales

Le modèle présenté ci-après[114] mentionne les données minimales qui doivent figurer sur la prescription. Un modèle particulier est destiné aux prestations de radiologie[115], de diététique et de podologie[116].

Une mention incomplète des données administratives minimales favorise les erreurs et les abus.

! Vous ne pouvez jamais céder à la demande du patient ou de sa famille d'effectuer des prestations pour quelqu'un d'autre que le patient mentionné sur la prescription.
Vous ne pouvez pas solliciter la rédaction d'une prescription après le début des soins (« post-prescription »).

113. RSS, art. 6 § 17.
114. RSS, annexe 32.
115. RSS, annexe 82.
116. RSS, annexe 66.

Annexe 32

FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE PRESCRIPTIONS

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE	A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR
Adresse du titulaire: ………… …………	Nom et prénom du patient: ………… …………
Compléter ou apposer la vignette O.A. …………	Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)
Nom et prénom du titulaire: …………	Date de naissance du patient (2): …………
Organisme assureur: …………	(1) Biffer les mentions inutiles (2) Uniquement en cas de lunettes pour enfants âgés de moins de 12 ans.
Numéro d'inscriptions: _	

Prestations et/ou fournitures

ETABLISSEMENT HOSPITALIER (Si le patient est hospitalisé)	PRESCRIPTEUR
Nom de l'établissement: ………… …………	Nom et prénom: ………… …………
Numéro d'identification _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Adresse: ………… ………… …………
Service: _ _ _ _	N° d'ident. I.N.A.M.I.: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Date: …………
	Signature

Les manquements suivants sont fréquemment constatés sur les prescriptions :

- mention absente ou illisible du nom du patient. La prescription ayant un caractère individuel, l'absence ou l'illisibilité du nom du patient portent préjudice et ouvrent la porte aux abus
- absence de signature : cela facilite la falsification de la prescription
- absence de date : la date est essentielle, entre autres parce que la durée de validité de certaines prescriptions est limitée.

Dans la mesure du possible, vous devez vérifier l'exactitude des données administratives.

b. Données spécifiques concernant le contenu et la motivation médicale de la prescription

La **nomenclature** fixe, par article, des conditions spécifiques supplémentaires concernant le contenu et la **motivation médicale** de la prescription.

Les formulaires spécifiques de prescription se trouvent en annexe du Règlement des soins de santé (RSS) du 28 juillet 2003.

www Vous trouverez les formulaires sur : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : (Votre discipline) > Plus d'informations : Tous les formulaires pour les (Votre discipline).

3. Quelles sont les éventuelles conséquences de la délivrance d'une prescription incomplète?

Pour vous qui **exécutez** la prescription : une prescription valable est souvent une condition de remboursement. Il vous est donc conseillé de rendre toute prescription incomplète au prescripteur en vue de la corriger.

Pour le **prescripteur**, la loi prévoit une amende de 50 à 500 EUR lorsque le dispensateur de soins n'a pas rédigé les documents administratifs ou médicaux[117] selon les dispositions légales ou réglementaires.

4. Le prescripteur peut-il mentionner le nom de l'exécutant sur la prescription ?

Le patient est libre de s'adresser au dispensateur de son choix[118]. Toute référence ou mention d'un dispensateur particulier est donc interdite.

II. Sages-femmes : Prescription de médicaments et d'incapacité de travail

En tant que sage-femme, et avec une formation spécifique, vous pouvez prescrire des médicaments en rapport avec la grossesse normale, l'accouchement eutocique et le post-partum[119].

Vous devez demander le visa et l'agrément spécifiques au SPF Santé publique, puis votre code de compétence spécifique à l'INAMI.

Vous pouvez aussi remplir un certificat d'incapacité de travail.

Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Sages-femmes > Prescrire des médicaments en tant que sage-femme ou Le certificat d'incapacité de travail.

117. Loi ASSI, art. 142 § 1 7°.
118. Loi ASSI, art. 127 et loi du 22-08-2002 relative aux droits du patient, art. 6.
119. A.R. du 15-12-2013.

4e Partie
Le dispensateur de soins et son patient

Cette partie passe en revue les différentes assurances soins de santé. L'information relative à l'assurance obligatoire soins de santé y est présentée du point de vue du patient (assurabilité, coût, ticket modérateur, maximum à facturer (MAF), tiers-payant, droits du patients).

I. Différents types d'assurances soins médicaux

1. L'assurance obligatoire "soins de santé" pour les assujettis à la sécurité sociale belge

Cette assurance obligatoire soins de santé et indemnités couvre tous les soins préventifs et curatifs prévus par la loi ASSI[120]. L'affiliation et le payement des cotisations y sont légalement obligatoires. Certaines personnes dont les revenus sont faibles ne paient pas de cotisations.

Pour avoir droit aux avantages de cette assurance, le patient doit être affilié à une mutualité. Celle-ci vérifie son assurabilité, c.-à-d. l'ensemble des conditions qu'il doit remplir pour pouvoir bénéficier du remboursement des soins de santé.

2. L'assurance complémentaire des mutualités

Une mutualité peut rembourser certains soins non couverts par l'assurance obligatoire, moyennant paiement d'une cotisation complémentaire. Les soins couverts par cette assurance complémentaire peuvent varier d'une mutualité à l'autre.

Exemples

- lentilles pour jeunes
- vaccinations nécessaires en cas de voyages
- dédommagement pour baby-sitter en cas d'enfants malades
- cotisations pour les clubs sportifs
- orthodontie
- prothèses dentaires
- etc.

3. Les assurances dans d'autres régimes

Dans certains cas, une partie ou l'entièreté des soins médicaux sont couverts, entièrement ou en partie, par des assurances qui s'inscrivent dans le cadre d'un autre régime.

120. Loi ASSI, art. 34.

Exemples

- assurance accident de travail des entreprises
- assurance responsabilité civile (par exemple, en cas d'accident de la circulation)
- Fonds des maladies professionnelles pour les maladies professionnelles
- assurances accidents sportifs ou scolaires
- assurance voyage.

Lorsqu'une de ces assurances intervient, l'assurance soins de santé rembourse l'éventuelle partie non prise en charge par l'assurance.

Exemples

- L'assurance accident de travail rembourse la totalité des soins.
- Souvent les assurances privées ne remboursent que le ticket modérateur.

Dans la mesure du possible, vous devez introduire vos honoraires directement auprès de l'assurance responsable. Si la responsabilité n'a pas encore été établie, la mutualité peut avancer (au patient ou à vous-même en tiers-payant) le montant de ces prestations. La mutualité récupère ses avances auprès de l'assurance responsable lorsque le responsabilité a été établie au terme du jugement rendu (droit de subrogation[121]).

Dans le cas où une assurance, autre que l'assurance soins de santé, intervient (également) dans le coût des frais pharmaceutiques, le patient peut demander au pharmacien une attestation BVAC (Bijkomende Verzekering-Assurance Complémentaire) où sont mentionnés les montants non remboursés par les mutualités.

4. Les assurances privées et individuelles

Des assurances privées remboursent les frais de soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire.

Exemple

La plus connue est l'assurance hospitalisation. Selon la police d'assurance, les suppléments liés à la chambre individuelle sont remboursés de manière variable.

5. L'assurance « soins » ou « dépendance » en Flandre

L'assurance "soins ou dépendance" en Flandre couvre sous forme d'un forfait mensuel les soins non médicaux en cas de diminution d'autonomie à domicile ou d'admission en maisons de repos ou en institution de soins psychiatriques.

L'affiliation est obligatoire pour les personnes domiciliées en Flandre à partir de 25 ans et libre pour celles de la région de Bruxelles-Capitale.

Plus d'informations : www.zorg-en-gezondheid.be.

6. Des assurances particulières

D'autres assurances particulières existent avec leurs règles propres.

L'assurance du personnel des institutions de l'Union européenne.

121. Loi ASSI, art. 136 § 2 al. 4.

II. L'assurabilité « soins de santé » du patient

1. Assujetti à la sécurité belge

a. Identifier l'assuré social

Vous pouvez identifier l'assuré au moyen de son titre d'identité électronique et lire électroniquement son numéro d'identification de sécurité sociale (NISS) qui est, dans la majorité des cas, le numéro de registre national.

Les titres d'identité électronique valables sont :

- la carte d'identité électronique classique (eID)
- la Kids-ID pour les enfants de moins de 12 ans
- la carte électronique délivrée aux ressortissants non belges de l'Union européenne qui séjournent en Belgique
- le titre de séjour électronique délivré aux ressortissants des pays hors Union européenne qui séjournent en Belgique
- la carte isi+ pour :
  - les travailleurs frontaliers de nationalité étrangère et leur famille
  - les travailleurs détachés temporairement en Belgique
  - les Belges domiciliés à l'étranger
  - les enfants de moins de 12 ans qui n'ont pas de Kids-ID.

+ Ce sont les mutualités qui délivreront progressivement et automatiquement les cartes isi+ à leurs affiliés.

b. Vérifier l'assurabilité (le droit au remboursement des soins de santé)

Vous pourrez consulter l'assurabilité de votre patient. Cela vous permettra de vérifier qu'il est en ordre vis-à-vis de sa mutualité en cas d'application du tiers-payant et de déterminer le montant du ticket modérateur.

Les mutualités sauvegardent les données dans une base de données et les tiennent à jour quotidiennement.

c. Utilisation de la carte SIS

La carte SIS reste utilisable pendant une période transitoire dans certains cas :

- les enfants qui n'ont pas de Kids-ID mais disposent d'une carte SIS valide
- si vous n'avez pas encore accès au réseau MyCareNet.

www Plus d'informations sur les sites de :

- l'INAMI : www.inami.be, Professionnels > Info pour tous > Dispensateurs de soins - Accès aux données d'assurabilité des patients
- la Banque carrefour de la sécurité sociale : www.bcss.fgov.be, rubrique carte isi+/ carte SIS > FAQ: Fin progressive de l'utilisation de la carte SIS.

d. Preuve de l'assurabilité pour l'étranger

L'assujetti à la sécurité sociale belge qui voyage en Europe a intérêt à emporter sa carte européenne d'assurance maladie (CEAM) comme preuve de son assurabilité (cette carte peut être obtenue sur simple demande adressée à la mutualité).

Les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont remboursées sous certaines conditions[122].

2. Personne en séjour temporaire en Belgique

a. Ressortissant de l'Espace économique européen[123] et de la Suisse

Lorsqu'une personne est en possession d'une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou d'un document assimilé, elle a droit aux prestations de santé qui s'avèrent nécessaires pour pouvoir continuer son séjour dans des conditions médicalement sûres.

Les soins de santé et leur remboursement sont effectués conformément à la législation belge.

! Vous devez appliquer les mêmes règles et documents (ordonnances, ASD, etc.) que s'il s'agissait d'un patient belge en ce qui concerne la qualité des soins, la tarification, l'information sur les prestations non remboursées, la délivrance des prescriptions et la remise des attestations[124].

En cas d'application du tiers-payant, il faut faire une copie de la CEAM ou du document assimilé.

! La CEAM ne couvre en aucun cas les soins programmés.

b. Ressortissant d'un pays avec lequel la Belgique a conclu un accord bilatéral concernant la sécurité sociale (y compris l'assurance soins de santé)[125]

Lorsqu'un ressortissant de ces pays est en possession du formulaire d'accord bilatéral en question, il a droit aux soins médicaux d'urgence pendant la validité du formulaire aux mêmes conditions que les personnes en possession d'une CEAM (voir point a.).

! Contrôlez toujours la validité des documents présentés (la durée de validité dépend du pays d'origine).

+ **En l'absence de CEAM, de document assimilé ou d'accord bilatéral, les mutualités belges ou les services sociaux des hôpitaux peuvent demander la preuve de l'assurabilité dans le pays de résidence.**

122. Loi ASSI, art. 136 § 1 et A.R. du 03-07-1996, art. 294.
123. Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie et Suède.
124. Traité et règlement européen 883/2004 et directive 2011/24/UE du parlement Européen et du Conseil du 9/03/2011, art. 4 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.
125. Algérie, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Monténégro, Macédoine, Serbie, Tunisie et Turquie.

c. Résident originaire d'autres pays

Celui-ci paye lui-même ses frais médicaux.

Plus d'informations :

- sur le site de l'INAMI : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement : En savoir plus > International > Vacances > Vous partez en vacances dans l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse
- sur le portail fédéral : www.belgium.be, rubrique Santé > En voyage
- sur le site de l'ASBL Medimmigrant : www.medimmigrant.be, rubrique Soins de santé par statut de séjour > Ressortissants de l'UE

3. Demandeur d'asile

a. Le demandeur d'asile en cours de procédure[126]

Pour le demandeur d'asile dont la demande a été faite :

- **avant le 1er juin 2007**, si la demande est déclarée :
  - recevable : il reste assuré via la mutualité
  - non recevable : les dispositions ci-après sont applicables
- **après le 1er juin 2007** et qui séjourne :
  - dans un centre collectif (par exemple de la Croix rouge), il peut faire appel au service médical du centre ou bien au médecin / à l'institution avec lequel/laquelle l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) a conclu un accord de collaboration
  - dans un centre individuel d'Iniative Locale d'Accueil (ILA = prise en charge par le CPAS dans une maison privée), les demandes d'intervention et les factures doivent être adressées à l'ILA à l'attention du CPAS
  - ailleurs (libre choix de résidence), la Cellule de centralisation des frais médicaux de Fedasil est chargée de l'information et du paiement des dispensateurs de soins.

    Une demande (un réquisitoire) préalable d'intervention dans les frais médicaux doit être envoyée à cette cellule :

    Cellule de centralisation des frais médicaux de Fedasil
    rue des Chartreux 21
    1000 Bruxelles
    Tél. : 02 213 43 25
    Fax : 02 213 44 12.

    En cas d'urgence, il suffit que le médecin joigne une attestation confirmant qu'il s'agissait de soins urgents.

    La nomenclature de l'INAMI est applicable avec certaines modifications[127].

126. Loi du 12-01-2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers.
127. A.R. du 09-04-2007.

b. Le demandeur d'asile reconnu comme réfugié

Il est inscrit dans une mutualité.

c. Le demandeur d'asile dont la demande a été rejetée ou en séjour illégal

Il n'est pas assurable par une mutualité. Cependant il a toujours droit à "l'aide médicale urgente" dans le cadre de la législation CPAS[128]. Cette réglementation est plus large que la loi sur l'aide médicale urgente. Il s'agit en fait de tous les soins médicalement nécessaires de nature préventive ou curative.

Un demandeur d'asile, qui était inscrit à une mutualité (voir point 3. a. : « Le demandeur d'asile dont la demande a été faite avant le 1er juin 2007»), garde son assurabilité jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit le refus du statut de réfugié.

www Plus d'informations

- auprès du CPAS local
- sur le site de Fedasil : www.fedasil.be
- sur le site de l'asbl Medimmigrant : www.medimmigrant.be.

III. Le ticket modérateur

abc Le ticket modérateur (T.M.), appelé aussi quote-part personnelle, est la partie des frais médicaux supportée par le patient.

Cette contribution permet de maîtriser la consommation médicale et de maintenir l'équilibre financier de l'assurance soins de santé.

Le ticket modérateur est-il toujours le même[129] ?

Le ticket modérateur varie de 0% pour des traitements indispensables, à 80% pour des traitements moins importants (p.ex., la catégorie Cx des médicaments).

Le ticket modérateur dépend aussi :

- du statut du patient (par exemple bénéficaire de l'intervention majorée, BIM)
- du dispensateur de soins (conventionné ou non)
- des circonstances dans lesquelles la prestation est effectuée
- de la classe des médicaments.

128. A.R. du 12-12-1996 et loi CPAS du 08-07-1976, art. 57 § 2.
129. Loi ASSI, art. 34 et 37.

a. Le statut du patient

Le T.M. est diminué[130] pour certaines catégories de patients en fonction :

- de l'âge du patient
  - jusqu'au 10e anniversaire, le ticket modérateur est limité pour les visites du médecin généraliste
  - jusqu'au 18e anniversaire, les soins dentaires (sauf l'orthodontie) sont remboursés sans ticket modérateur
  - à partir de 18 ans, le ticket modérateur pour les soins dentaires varie selon la prestation effectuée et le statut du patient (voir ci-après)
- de certains avantages sociaux[131] pour les :
  - ayants droit au minimum vital (« revenu d'intégration sociale[132] ») s'ils en ont bénéficié pendant au moins 3 mois complets ininterrompus
  - bénéficiaires de secours accordés par le CPAS dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 s'ils en ont bénéficié pendant au moins 3 mois complets ininterrompus
  - titulaires bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées (GRAPA)[133]
  - titulaires bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées ainsi que celui qui conserve le droit à la majoration de la rente[134]
  - personnes bénéficiant effectivement d'une allocation aux personnes avec un handicap[135]
  - bénéficiaires d'allocations familiales majorées (en raison d'une incapacité physique ou mentale supérieure à 66%)
  - mineurs étrangers non accompagnés dans certaines circonstances[136]
  - orphelins de père et de mère bénéficiant des allocations familiales
- des revenus du ménage limités à un certain plafond.
  Deux cas sont possibles :
  - le patient est :
    - veuf, pensionné ou invalide
    - inscrit au Registre national des personnes physiques et reconnu incapable d'exercer un travail lucratif en raison de son état de santé
    - en incapacité de travail ou chômeur complet depuis un an
    - titulaire d'une famille monoparentale
    - membre d'un ménage qui a droit à une allocation de chauffage attribuée par le CPAS.

    La mutualité lui demandera de compléter une déclaration relative aux revenus **actuels** de son ménage et de joindre notamment le dernier avertissement extrait de rôle. Les revenus doivent être inférieurs à un plafond annuel fixé en fonction du nombre de personnes du ménage

130. A.R. du 23-03-1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires … pour certaines prestations.
131. A.R. du 23-03-1982 et A.R du 15-01-2014 relatif à l'intervention majorée.
132. Loi du 26-05-2002.
133. Loi du 22-03-2001.
134. Loi du 01-04-1969.
135. Loi du 27-02-1987.
136. Loi ASSI, art. 32 al. 1 22°.

- le patient n'est pas dans une de ces situations citées au point précédent, mais les revenus du ménage ne dépassent pas un plafond annuel en fonction du nombre de personnes du ménage.

  La mutualité lui demandera de compléter une déclaration relative aux revenus du ménage **l'année précédente** et de joindre notamment le dernier avertissement extrait de rôle.

Dans les 2 cas, la mutualité vérifiera par la suite les revenus selon une procédure appelée « contrôle systématique » dans lequel la mutualité, le SPF Finances et le Service du contrôle administratif de l'INAMI interviennent

- du statut de « patient palliatif ». Il n'y a pas de ticket modérateur pour les soins dispensés aux patients palliatifs à domicile.

Plus d'informations

- www.sécuritésociale.be, Citoyen > Santé : Remboursement de frais médicaux
- www.handicap.fgov.be, Direction générale Personnes handicapées
- www.inami.be, Thèmes > Soins de santé > Coût et remboursement > Facilités financières > L'intervention majorée offre un meilleur remboursement de frais médicaux.

b. Le statut des dispensateurs de soins

Pour les kinésithérapeutes, les accoucheuses, infirmières et auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré à la convention nationale, le ticket modérateur (T.M.) peut être plus élevé. Ceci n'est pas valable pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée BIM (excepté pour certains soins infirmiers où il peut y avoir une augmentation limitée du T.M.).

c. Les circonstances

Le T.M. dépend également des circonstances dans lesquelles la prestation est effectuée :

- les personnes hospitalisées ne paient qu'un forfait minimal par journée d'hospitalisation pour l'ensemble des médicaments remboursables
- le T.M. peut également être réduit pour promouvoir la qualité des soins. Par exemple : le T.M. est moindre quand le médecin généraliste tient un dossier médical global pour son patient
- le montant du T.M. pour une consultation dans un service d'urgences agréé est moins élevé quand le patient a été envoyé par un médecin généraliste ou un service médical d'urgence, ou transporté par le service 100[137]
- il n'y a pas de T.M. pour les examens réalisés dans le cadre du dépistage des cancers organisé par les Régions et Communautés.

Exemples

- la mammographie
- la recherche de sang occulte dans les selles (dépistage du cancer du colon).

137. NPS, art. 25 § 3*bis*.

d. La classe des médicaments

Les médicaments sont regroupés en différentes catégories de remboursement. Le montant du ticket modérateur diffère, non seulement en fonction de cette catégorisation, mais aussi en fonction du statut du patient (bénéficiant d'une intervention majorée ou non).

Tableau 2 : Plafonds des tickets modérateurs (T.M.) pour les médicaments

Catégories de remboursement	Patients **avec** remboursement majoré (BIM)	Patients **sans** remboursement majoré
A	Remboursé à 100 %	Remboursé à 100 %
B	T.M. de 7,80 EUR maximum	T.M. de 11,80 EUR maximum
B grand modèle*	T.M. de 9,70 EUR maximum	T.M. de 14,70 EUR maximum
C	T.M. de 9,70 EUR maximum	T.M. de 14,70 EUR maximum
Cs	Remboursé à 40 % T.M. sans maximum	Remboursé à 40 % T.M. sans maximum
Cx	Remboursé à 20 % T.M. sans maximum	Remboursé à 20 % T.M. sans maximum
D	Pas de remboursement	Pas de remboursement
Fb	T.M. de 7,80 EUR maximum	T.M. de 11,80 EUR maximum
Fb grand modèle*	T.M. de 9,70 EUR maximum	T.M. de 14,70 EUR maximum

* Un grand modèle contient plus de 60 doses.

Plus d'informations : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Médicaments > Remboursement d'un médicament > Spécialités pharmaceutiques remboursables > Le ticket modérateur des spécialités pharmaceutiques délivrées en pharmacie publique.

e. Etes-vous obligé de demander le ticket modérateur ?

Il n'y a aucune obligation de demander le ticket modérateur.

IV. Le maximum à facturer (MAF)

Il n'est pas tenu compte des suppléments demandés par les dispensateurs, des médications de type Cx, Cs et D, des frais d'hébergement dans les maisons de repos et de soins, des initiatives d'habitation protégée, de la marge de sécurité de certaines prothèses, de certains frais occasionnés à l'étranger.

Le maximum à facturer (MAF) est le montant maximum des tickets-modérateurs qu'un patient ou un ménage doit payer pour certains soins de santé durant une année civile. Il permet d'augmenter, pour chacun, l'accessibilité financière aux soins de santé.

Dès que la somme des tickets modérateurs de certains soins de santé d'un patient ou d'un ménage excède un plafond déterminé (MAF) durant une année civile, ce patient ou ce ménage se voit rembourser intégralement les tickets modérateurs pour les soins de santé qui entrent en ligne de compte pour ce calcul du MAF pour le reste de cette année civile.

Plus d'informations : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Facilités financières > Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé.

V. Trajets de soins

Un trajet de soins organise et coordonne la prise en charge et le suivi du patient qui souffre d'une maladie chronique. Il prévoit une collaboration entre 3 parties : le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste.

Le trajet de soins commence après la signature du contrat de trajet de soins par ces 3 parties et dure 4 ans.

À l'heure actuelle, deux trajets de soins sont opérationnels :

- un pour l'insuffisance rénale chronique et
- un pour le diabète de type 2.

Y interviennent :

- les diététiciens pour avis diététique chez le :
  - patient diabétique : deux fois par an
  - patient avec insuffisance rénale chronique stade 4 ou 5, respectivement trois et quatre fois par an
- les podologues pour des soins de podologie pour les patients diabétiques deux fois par an.

Plus d'informations sur les sites :

- www.inami.be, Thèmes > Qualité des soins > Trajets de soins
- www.trajetdesoins.be > Vous êtes un professionnel > podologue ou diététiciens.

VI. Le tiers-payant

Le tiers-payant est le mode de paiement selon lequel vous recevez le montant de l'intervention remboursé par l'ASSI directement de la mutualité à laquelle le patient est affilié.

Seuls les tickets modérateurs (éventuels) sont directement perçus auprès du patient.

Pour les exceptions et les modalités, voir 2e Partie, VI. "Le tiers-payant".

VII. Droits du patient

La loi du 22 août 2002 détermine un certain nombre de droits au patient. Ci-dessous, un aperçu des dispositions les plus importantes.

1. Définitions et champ d'application

On entend par :

- **patient** : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non
- **praticien professionnel** : tout praticien, tant conventionnel[138] que non conventionnel[139] (homéopathe, chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur)
- **champ d'application** : tant le droit privé que le droit public, contractuel ou « non-contractuel »
- **conditions** : le praticien professionnel respecte les dispositions de cette loi, le cas échéant en concertation multidisciplinaire, pour autant que le patient y apporte son concours.

2. De quels droits le patient bénéficie-t-il ?

Le patient bénéficie :

a. des droits généraux

- à la dignité humaine et à l'autonomie
- à des soins de qualité répondant à ses besoins

b. du libre choix du praticien professionnel et de modifier son choix

c. du droit, par rapport aux informations concernant son état de santé, soit :

- d'obtenir toutes les informations nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution (également en cas d'éventuel pronostic funeste) :
  - verbalement, dans une langue claire
  - par écrit, à sa demande
  - par l'entremise d'une personne de confiance, suite à une demande écrite de sa part.

  Exception : en cas de danger pour la santé du patient. Dans ce cas, le praticien professionnel doit se concerter avec d'autres praticiens professionnels. La raison pour laquelle les informations ont été refusées doit être motivée dans le dossier

- de ne pas être informé : moyennant une demande écrite, il peut refuser de recevoir toute information.

  Exception : en cas de danger pour la santé du patient ou de tiers. Dans ce cas, le praticien professionnel doit se concerter avec un autre praticien professionnel

d. du droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable

- L'information sur l'intervention comprend, au préalable et en temps opportun :
  - l'objectif
  - les modalités
  - les contre-indications
  - les effets secondaires
  - les soins de suivi
  - les alternatives possibles
  - les répercussions financières
  - les conséquences possibles en cas de refus
  - la date.

138. Loi professions de santé.
139. Loi du 29-04-1999.

- Le consentement à une intervention :
  - est donné expressément, sauf lorsque le praticien peut raisonnablement déduire du comportement du patient qu'il consent à l'intervention
  - est éventuellement fixé par écrit, à la demande du praticien ou du patient, avec l'accord de l'autre
  - peut être refusé ou retiré par le patient. A la demande d'une des deux parties, ce refus ou ce retrait est fixé par écrit.

Remarques :

- le refus d'une intervention n'entraîne pas l'extinction du droit du patient à des prestations de qualité
- le refus d'une intervention doit être respecté, même si le patient n'est plus par la suite en mesure d'exercer ses droits lui-même
- en cas d'urgence, sans l'existence connue d'une volonté exprimée par le patient ou son représentant légal, toute intervention nécessaire du praticien professionnel est pratiquée dans l'intérêt du patient.

e. du droit à un dossier et à sa consultation

Le patient a le droit :

- d'avoir un dossier soigneusement tenu, et conservé en lieu sûr, où il peut lui-même ajouter des documents
- de consulter son dossier. Le praticien doit donner suite à sa demande dans les 15 jours mais les annotations personnelles ainsi que les données concernant des tiers ne pourront pas être consultées
- de faire consulter son dossier par une personne de confiance. Si cette dernière est un praticien professionnel, ce dernier a également le droit de consulter les annotations personnelles
- d'obtenir une copie de son dossier. Ce droit peut être refusé quand il est clair que le patient est mis sous pression par des tiers pour obtenir ces renseignements.

Si le praticien refuse la consultation du dossier pour des raisons médicales, le patient peut désigner un autre praticien professionnel pour exercer son droit.

En cas de décès, pour autant que la demande soit suffisamment motivée et que le patient ne s'y soit pas opposé, la famille peut faire consulter le dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné en tant que personne de confiance. Celui-ci peut également consulter les annotations personnelles.

Il est interdit de prendre une copie du dossier après le décès.

Le prix maximum est de 0,10 EUR par page copiée et de 25 EUR pour une copie totale du dossier. Pour l'information sauvegardée de manière informatique, le prix est de 10 EUR maximum[139].

f. du droit à la protection de sa vie privée en ce qui concerne

- les informations liées à sa santé
- son intimité. La présence de personnes est limitée au strict nécessaire dans le cadre des examens/traitements à effectuer.

Exception : pour la protection de la santé publique ou la protection des intérêts ou droits de tiers.

140. A.R. du 02-02-2007.

Chaque hôpital est obligé d'instaurer une fonction de médiation qui doit travailler indépendamment des dispensateurs de soins.

g. du droit d'introduire une plainte

A qui le patient peut-il s'adresser pour porter plainte ?

Lorsque la plainte vise un dispensateur qui travaille :

- dans un hôpital, le patient contacte le service de médiation de cet hôpital
- en dehors d'un hôpital (ex. médecin généraliste, médecin spécialiste à son cabinet privé, infirmière indépendante, dentiste, etc.), le patient peut s'adresser au service de médiation fédéral « Droits du patient ».

SPF Santé publique
DG Soins de santé
Service de médiation fédérale « Droits du patient »
Place Victor Horta, 40 boîte 10
1060 Bruxelles
Médiateur fédéral francophone : Tél : 02 524 85 21 Fax : 02 524 85 38
E-mail : mediation-droitsdupatient@sante.belgique.be.

Plus d'informations sur les sites :

- du SPF Santé publique : www.health.fgov.be, rubrique Ma santé > Droits du patient et médiation interculturelle > Les Services de médiation « Droits du patient » En savoir plus …
- www.patientrights.be.

h. d'être informé

- du statut d'autorisation d'exercer du dispensateur
- de ce qu'il dispose, ou non, d'une assurance responsabilité civile professionnelle.

3. Qui représente le patient si celui-ci est mineur ou incapable d'exercer ses droits lui-même ?

a. Pour les mineurs et les personnes assimilées

C'est le parent ou le tuteur, mais le patient est associé à l'exercice de ses droits en fonction de son âge et de sa capacité de compréhension. Un mineur émancipé peut donc exercer entièrement ses droits.

b. Pour les patients incapables d'exercer eux-mêmes leurs droits[141]

Ceux-ci sont exercés en ordre décroissant par :

- un représentant s'il a été désigné au préalable par un mandat du patient. Ce mandat doit être signé par le patient et par son représentant
- la famille, en l'absence de mandat, et par ordre de priorité :
  - l'époux / l'épouse ou le / la partenaire
  - un enfant majeur
  - un parent
  - un(e) frère/sœur majeur(e)
- le praticien professionnel (également en cas de désaccord entre des représentants).

Lorsqu'il s'agit du droit de porter plainte, cet ordre n'est pas d'application.

141. Loi du 22-08-2002, art. 14 §§ 1 et 2 et art. 15.

Exceptions :

- dans le cadre de la protection de la vie privée, le praticien professionnel peut exiger que le droit à la consultation du dossier par le représentant du patient s'exerce par un autre praticien professionnel choisi par le patient
- dans le cadre de la protection de la vie et de la santé du patient, le praticien professionnel peut déroger à une décision du représentant, le cas échéant après une concertation multidisciplinaire, sauf si le représentant est en possession d'un mandat écrit invoquant la volonté expresse du patient.

VIII. Le patient en soins palliatifs à domicile[142]

1. Définition du "patient palliatif à domicile" ?

Le patient palliatif à domicile est un patient[143] :

- pour qui le décès est prévisible dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de 3 mois)
- qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles
- dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique
- chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable
- ayant des besoins importants qui nécessitent un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés
- ayant l'intention de mourir à domicile
- et qui répond aux conditions mentionnées dans le formulaire "avis médical".

2. Démarches à accomplir pour la reconnaissance du statut "patient palliatif à domicile" ?

Un médecin doit remplir le formulaire "avis médical" et l'envoyer au médecin-conseil de la mutualité. Après avis de celui-ci, le patient obtient le statut et une première intervention forfaitaire (voir point 3.).
La demande peut être renouvelée une fois après 30 jours pour une seconde intervention.

142. A.R. du 02-12-1999.
143. A.R. du 02-12-1999, art. 3.

3. De quels avantages le patient palliatif à domicile bénéficie-t-il ?

Il bénéficie des avantages suivants[144] :

- absence de ticket modérateur pour la visite à domicile par le généraliste et pour les soins infirmiers (forfaits palliatifs)
- 2 séances de kinésithérapie par jour sans ticket modérateur
- une intervention forfaitaire pour les médicaments non remboursés, les frais de soins et de matériel pour une période de 30 jours, renouvelable une fois.
  L'intervention est de 647,16 EUR en 2015.

4. Pouvez-vous faire appel à des services spécialisés ?

Vous pouvez faire appel à l'expertise d'une association de soins palliatifs de votre région. Cette structure dispose d'une ou de plusieurs équipe(s) multidisciplinaire(s) de soutien qui emploie(nt) également des psychologues[145]. Elle donne des conseils et assure un soutien psychologique aux dispensateurs de première ligne, aussi bien à domicile qu'en maison de repos.

www Plus d'informations sur les sites de :

- la Fédération wallonne des soins palliatifs : www.soinspalliatifs.be
- l'association pluraliste de soins palliatifs de la région de Bruxelles-Capitale : www.palliabru.be.

IX. Euthanasie[146]

abc L'euthanasie est l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

Toute personne majeure, qui :

- est capable et consciente au moment de sa demande
- se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable
- fait la demande de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qui ne résulte pas d'une pression extérieure

peut obtenir l'euthanasie.

144. A.R. du 23-03-1982, art. 7*octies*.
145. A.R. des 13-10-1998 et 04-10-2001.
146. Loi sur l'euthanasie du 28-05-2002.

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. Ce document doit être versé au dossier médical.
Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

En tant que paramédical(e) vous pouvez noter dans votre dossier la demande répétée du patient de pouvoir obtenir l'euthanasie.

Les personnes mineures reconnues capable de discernement peuvent introduire une demande d'euthanasie en cas de souffrances physiques à l'exclusion de la souffrance psychique.

! Vous pouvez refuser de participer à un acte d'euthanasie pour des raisons personnelle ou éthique[147].

X. Le Fonds des accidents médicaux[148]

1. Quelles sont les tâches du Fonds des accidents médicaux ?

Le Fonds des accidents médicaux (FAM) a été créé afin d'indemniser les patients victimes d'un dommage résultant de soins de santé effectués par des dispensateurs de soins.

Pour cela le FAM doit :

- déterminer si le dommage résultant de soins de santé engage ou non la responsabilité d'un dispensateur de soins, et d'évaluer la gravité du dommage
- vérifier si la responsabilité civile du dispensateur de soins qui a causé le dommage est effectivement et suffisamment couverte par une assurance
- indemniser le patient s'il est répondu aux conditions légales
- lorsqu'il estime que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un dispensateur de soins, inviter celui-ci ou son assureur à formuler une offre d'indemnisation au patient
- organiser une médiation, à la demande du patient, d'un dispensateur de soins ou de son assureur
- donner, à la demande du patient, un avis sur le point de savoir si le montant de l'indemnisation proposée par un dispensateur de soins ou son assureur est suffisant.

L'avis du FAM n'est pas contraignant, ni pour les parties impliquées, ni pour le juge.

147. Loi sur l'euthanasie du 28-05-2012, art. 14.
148. Loi du 31-03- 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

2. Pour quels dommages le FAM est-il compétent ?

Le FAM est compétent pour les dommages qui se sont produits à partir du 02 avril 2010.

Le FAM intervient lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical :

- sans responsabilité
- engageant probablement la responsabilité d'un dispensateur de soins, mais dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte par un contrat d'assurance
- engageant probablement la responsabilité d'un dispensateur de soins et que celui-ci ou son assureur conteste la responsabilité

pour autant que le dommage réponde à la condition de gravité minimale (voir point 3).

Le FAM intervient aussi lorsque l'assureur, couvrant la responsabilité du dispensateur de soins qui a causé le dommage, formule une offre d'indemnisation que le FAM juge manifestement insuffisante.

Le FAM intervient également pour des dommages causés par des établissements de soins ou des praticiens professionnels ayant une pratique non conventionnelle. Ils sont considérés comme des dispensateurs de soins.

3. Le FAM intervient-il pour tous les dommages ?

Le FAM intervient pour les dommages suffisamment graves, c'est-à-dire lorsque :

- le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %
- le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois
- le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient
- le patient est décédé.

Le FAM n'intervient pas lorsque le dommage résulte :

- d'une expérimentation[149]
- d'un traitement à but esthétique non remboursable par l'assurance obligatoire soins de santé.

Le FAM n'intervient pas non plus lorsque le patient a bénéficié d'une indemnisation :

- amiable
- ou via la voie judiciaire.

149. Loi du 07-05-2004.

4. Dans quel délai introduire une demande d'intervention auprès du FAM ?

Afin d'être recevable, il faut introduire la demande par lettre recommandée dans les :

- 5 ans à partir du jour qui suit celui où le demandeur a eu connaissance :
  - du dommage
  - de l'aggravation de ce dommage
  - de l'identité de la personne à l'origine du dommage
- 20 ans à partir du jour qui suit celui où s'est produit le fait qui a causé le dommage.

5. Une demande auprès du FAM a-t-elle une influence sur un éventuel procès en cours contre un dispensateur de soins ?

L'envoi de la demande suspend de plein droit l'examen et le jugement des actions civiles intentées devant les juridictions d'ordre judiciaire.

Si, après indemnisation par le FAM, le juge estime que le patient n'a pas droit au montant déjà payé par le FAM, ce montant n'est pas réclamé.

6. Quelles sont les frais d'intervention du FAM ?

Le Fonds intervient gratuitement.
Le patient et le dispensateur de soins peuvent se faire assister par une personne de leur choix.
Lorsque la responsabilité du dispensateur de soins a été établie, celui-ci est responsable des éventuels frais d'expertise.

7. Devez-vous répondre à une demande de renseignements émanant du FAM ?

Vous êtes obligé de répondre aux demandes de renseignements dans un délai de 30 jours. Si vous ne répondez pas dans ce délai, vous risquez une amende de 500 EUR par jour de retard.

La fourniture de ces renseignements médicaux au FAM ne constitue pas une violation du secret professionnel[150].

www Plus d'informations sur le site : www.fmo.fgov.be.

150. Code pénal, art. 458.

5e Partie
Communication

I. Circulaires

Le dispensateur de soins a l'obligation de s'informer sur les dispositifs légaux. L'ignorance ne pourra jamais être invoquée comme justification en cas de procédure judiciaire.

La publication au **Moniteur belge** est la **manière officielle**[151] de promulguer des lois et des arrêtés. C'est également la manière officielle de les faire entrer en vigueur à partir d'une date déterminée.

La **circulaire** a pour but d'informer les dispensateurs de soins sur des sujets jugés pertinents tels que la réglementation, les honoraires, les règles interprétatives, les modalités de facturation ou encore l'accord entre les dentistes et les Organismes assureurs.

Parfois également, les circulaires fournissent des explications complémentaires concernant des problèmes constatés dans l'application de la réglementation.

La base légale demeure toujours la publication au Moniteur belge et non la circulaire en tant que telle. De même, pour la date d'entrée en vigueur, ce n'est pas l'envoi de la circulaire qui est déterminant mais bien la publication au Moniteur belge et la date d'entrée en vigueur qui y est mentionnée.

II. Le site de l'INAMI : www.inami.be

Le site de l'INAMI www.inami.be reprend de nombreuses informations.

Vous pouvez vous inscrire à l'alerte quotidienne : vous serez informé au jour le jour des modifications.

www.inami.be, Inscrivez-vous à l'alerte (pages récemment modifiées) et à la newsletter.

151. Loi du 31-05-1961, Publication et promulgation de lois et de règlements.

III. e-HealthBox

L'e-HealthBox est une boîte aux lettres électronique sécurisée mise à votre disposition, en tant que dispensateur de soins, par la plate-forme e-Health. Elle permet une communication électronique sécurisée de données médicales et confidentielles entre les acteurs des soins de santé belges.

Lorsque les moyens techniques seront opérationnels, un document signé de manière électronique envoyé via la e-HealthBox aura valeur de recommandé postal[152].

Comment vous connecter à votre e-HealthBox ?

Vous devez :

- aller sur le portail e-Health www.e-health.fgov.be
- cliquer sur «MY EHEALTH» (en haut, à gauche)
- vous identifier avec votre carte d'identité électronique
- dès l'authentification validée, accéder à l'application e-HealthBox
- vous identifiez en tant que professionnel de la santé.

Vous pouvez également être averti, via votre boîte mail personnelle, de l'arrivée d'un nouveau message dans votre e-HealthBox. Vous pouvez activer cette application (e-Health Update Info), en cliquant sur le lien « cliquez ici » dans « My e-Health ».

152. Loi du 24-02-2003, art. 4/1 et 4/2.

IV. Plus d'informations

Vous trouverez d'avantage d'informations via :

- les données de contact (adresses électroniques, numéros de téléphone, numéros de fax, adresses pour courrier postal) figurant dans la présente brochure au regard des pictogrammes www et i
- le site de l'INAMI : www.inami.be
- l'adresse mail : communication@inami.fgov.be. La Cellule communication de l'INAMI transférera le courriel au(x) service(s) concerné(s)
- d'autres institutions telles que les mutualités, les associations scientifiques ou professionnelles.

i Contactez aussi le Service des soins de santé ou le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI :

- par courrier
  avenue de Tervueren, 211
  1150 Bruxelles
- dans les bureaux de l'INAMI entre 9 h et 12 h (possibilité de rendez-vous)
- par téléphone

Service des Soins de santé	
Direction générale	02 739 78 00
Secrétariat général	02 739 77 65 02 739 71 92
Service d'évaluation et de contrôle médicaux	
Secrétariat	02 739 75 08
Greffe de la Chambre de 1e instance et de la Chambre de recours	02 739 75 11

V. Changement d'adresse

Une bonne communication est essentielle : communiquez-nous votre adresse de contact et ses modifications.

www Vous pouvez modifier vos données sur : www.inami.be, Professionnels > Info pour tous > Communiquez-nous votre adresse de contact.

VI. Adresses des Commissions médicales provinciales

Le rôle et les missions de la Commission médicale provinciale sont décrits dans la 1re Partie, I. 2. c.

SPF Santé publique, Call center : 02 524 97 97
Adresse e-mail générale : CMP-PGC@sante.belgium.be

1. Brabant d'expression française

Place Victor Horta 40/10, 1060 Bruxelles
Tél. : 02 524 97 72, fax : 02 524 98 20
E-mail : veronique.solvel@sante.belgique.be
Heures d'ouverture : mardi et jeudi, de 14h à 16h.

2. Hainaut

Rue des Fossés 1, 7000 Mons
Tél. : 02 524 99 82, fax : 02 524 99 87
E-mail : didier.taminiau@sante.belgique.be
Heures d'ouverture : lundi, mardi, jeudi de 9h à 12h et de 13h30 à 15h30, mercredi et vendredi uniquement sur rendez-vous.

3. Liège

Bld Frère Orban 25, 2e étage, 4000 Liège
Tél. : 02 524 79 01, fax: 04 254 15 68
E-mail : isabelle.renard@sante.belgique.be
Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h. Pour inscription visa (diplômes) : le mardi de 9h à 11h et de 14h à 16h ou sur rendez-vous.

4. Luxembourg

Rue docteur Lomry 3, 6800 Libramont
Tél. : 061 23 00 73, fax : 061 23 43 79
E-mail : IH.libramont@sante.belgique.be
Heures d'ouverture : mardi de 10h à 12h et de 14h à 16h.

5. Namur

Résidence Les Célestines Place des Célestines 25, 5000 Jambes
Tél. : 02 524 99 64
E-mail : juliette.renard@sante.belgique.be ou pierre.stevenant@sante.belgique.be
Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h. Pour inscription visa (diplôme), uniquement le mercredi de 9h à 11h30 et de 14h à 15h30.

6. Antwerpen

Pelikaanstraat, 4, 2e verdieping, 2018 Antwerpen
Tel. : 02 524 78 50, fax : 02 524 78 58
E-mail: icm.antwerpen@gezondheid.belgie.be
Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u.

7. Limburg

FAC Verwilghen-Gebouw A, Voorstraat 43, 3500 Hasselt
Tel. : 02 524 78 02, fax : 02 524 78 21
E-Mail: katia.machiels@gezondheid.belgie.be
Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u en na afspraak.

8. Nederlandstalige Brabant

Philipssite 3, B bus 1, 3001 Leuven
Tel. : 02 524 97 73, fax : 02 524 99 67
E-Mail: monique.coppens@gezondheid.belgie.be
martine.roelants@ gezondheid.belgie.be
Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u tot 11u en van 14u tot 15u30.

9. Oost-Vlaanderen

Kouterpoort - Ketelvest 26 bus 201 9000 Gent
Tel. : 02 524 99 73 of 02 524 99 72, fax : 02 524 99 78
E-mail: pascale.demaele@gezondheid.belgie.be
rita.dedoncker@gezondheid.belgie.be
Openingsuren: maandag en woensdag van 9u tot 11u30.

10. West-Vlaanderen

FAC Kampgebouw, Konig Albert I laan, 1/5 bus 1, 8200 Brugge
Tel. : 02 524 79 30, fax : 02 524 79 33
E-Mail: zeger.vermeulen@gezondheid.belgie.be
christiane.bonny@gezondheid.belgie.be
marieann.debie@gezondheid.belgie.be
Openingsuren : maandag en dinsdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u.

Annexes

I. Index

A

Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile 54
assurance soins ou dépendance en Flandre 51
attestation 24
  commande 27
  service de facturation 31
  utiliser les ASD d'un confrère 28
attester 24

B

bénéficaire de l'intervention majorée, BIM 55

C

carte européenne d'assurance maladie 53
circulaires 70
Commission médicale provinciale 11
  adresses 73
  compétence 11
contrôle 20

D

demandeurs d'asile 54
document justificatif 30
documents internes 32
Droits du patient 59

E

euthanasie 64
évaluation 20

I

infractions à la législation 20
Iniative Locale d'Accueil 54
intervention majorée 55

M

mandat écrit 32
maximum à facturer 58
Moniteur belge 70

N

nomenclature 33
  consulter 40
  demandeurs d'asile 54

P

patient palliatif à domicile 63

Q

qui représente le patient 62

R

règles interprétatives 34
remboursement 24, 33
responsabilité 15
    civil 16
    pénal 16

S

service de tarification 31
Service d'évaluation et de contrôle médicaux 20
site de l'INAMI 70

T

ticket modérateur 55
tiers-payant 59
types d'assurances 50

V

visa 11

II. Acronymes

ASD	attestation de soins donnés
BVAC	bijkomende verzekering - assurance complémentaire
CEAM	carte européenne d'assurance maladie
CMP	Commission médicale provinciale
CPAS	Centre public d'aide sociale
CTM	Conseil technique médical
FAM	Fonds des accidents médicaux
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
GRAPA	garantie de revenus aux personnes âgées
INAMI	Institut national d'assurance maladie et invalidité
IRV	invitation au remboursement volontaire
ISI+	Identification Sociale / Sociale Identificatie / Soziale Identifizierung
Loi ASSI	Loi soins de santé et indemnités (coordonnée le 14 juillet 1994)
MAF	maximum à facturer
NISS	numéro d'identification sociale
NPS	nomenclature des prestations de santé
O.A.	Organisme assureur
PVC	procès-verbal de constat
SCA	Service du contrôle administratif
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux
SI	Service des indemnités
SIS	carte d'identité sociale
SPF	Service public fédéral
SSI	Soins de santé et indemnités

Legal disclaimer
Les informations données dans ce document ne créent aucun droit. En cas de doute ou de contestation, seule la législation en vigueur est applicable.

2e édition, Décembre 2015

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, en collaboration avec le Service des soins de santé et la Cellule communication de l'INAMI, et avec la participation du SPF Santé publique

Design graphique : Cellule communication de l'INAMI

Photos : Ab initio et Verypics

Dépôt légal : D/2015/0401/49