

# I. Modalités suivant lesquelles exception à l'interdiction de l'application du régime du tiers payant peut être accordée

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> février 2015.

L'article 6, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit une interdiction de l'application du régime du tiers payant pour les prestations qu'il énumère (visites, consultations, avis de médecins et de praticiens de l'art dentaire...).

L'alinéa 2 du même article prévoit toutefois que cette interdiction n'est pas d'application dans une série de situations d'exception énumérées dans cet alinéa.

Le dernier alinéa de l'article 6 dispose que le Comité de l'assurance du Service des soins de santé détermine les modalités suivant lesquelles l'exception à l'interdiction de l'application du régime du tiers payant peut être accordée.

La présente circulaire a pour objet de faire connaître aux organismes assureurs et aux dispensateurs de soins concernés les modalités arrêtées par le Comité de l'assurance et d'explicitier les situations d'exception, compte tenu des modifications apportées à l'arrêté royal du 10 octobre 1986 susvisé par les arrêtés royaux des 8 mai 2001 (M.B. 07.06.2001), 8 avril 2003 (M.B. 15.05.2003, Éd.2), 25 avril 2004 (M.B. 13.05.2004), 5 août 2006 (M.B. 23.08.2006), 9 février 2009 (M.B. 23.02.2009), 9 février 2011 (M.B. 03.03.2011), 30 novembre 2011 (M.B. 23.12.2011) et du 19 février 2013 (M.B. 28.03.2013).

## A. Situations d'exception

### 1. Première situation – Prestations visées par l'interdiction, dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations (art. 6, al. 2, 1<sup>o</sup>)

**1.1.** Le régime du tiers payant est autorisé pour le paiement des prestations dispensées à des bénéficiaires inscrits auprès d'une maison médicale ayant conclu un accord de forfait devenu effectif, par les dispensateurs de soins pratiquant le régime du tiers payant dans cette maison médicale.

Cette exception ne concerne que les patients auxquels les prestations de santé sont dispensées contre paiement d'un montant forfaitaire qui est versé aux dispensateurs de soins par la mutualité, et non les patients qui, dans quelque cadre que ce soit, bénéficient de la part des dispensateurs de soins concernés des prestations rétribuées à l'acte.

**1.2.** Le régime du tiers payant n'est donc pas autorisé pour les prestations visées par l'interdiction, dispensées par ces dispensateurs :

- a) aux personnes inscrites auprès d'une maison médicale qui, lors de leur première inscription, bénéficient, à leur demande, du remboursement des prestations rétribuées à l'acte durant une période non renouvelable de 3 mois, sauf si ces soins sont dispensés dans une des circonstances visées par les exceptions énumérées sous les points 2 et suivants.

- b) à des bénéficiaires non inscrits auprès d'une maison médicale, dans une des situations où exceptionnellement ces dispensateurs peuvent se faire honorer à la prestation (par ex. participation à un service de garde organisé), sauf si ces soins sont dispensés dans une des circonstances visées par les exceptions énumérées sous les points 2 et suivants.
- c) à des bénéficiaires inscrits ou non auprès d'une maison médicale lorsque l'accord de forfait conclu par cette maison médicale n'est pas devenu effectif sauf si ces soins sont dispensés dans une des circonstances visées par les exceptions énumérées sous les points 2 et suivants.

**1.3.** Les maisons médicales, les dispensateurs de soins qui y pratiquent dans le cadre du système de paiement forfaitaire et les bénéficiaires inscrits, sont connus des organismes assureurs (communiqués par le service par circ. O.A. rubrique 395).

## 2. Deuxième situation – Prestations visées par l'interdiction, dispensées dans des centres de santé mentale, dans des centres de planning familial et d'information sexuelle et dans des centres d'accueil pour toxicomanes (art. 6, al. 2, 2<sup>o</sup>)

**2.1.** L'organisme assureur est tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant à la condition que :

- a) la demande d'application du régime du tiers payant soit formulée par le centre auprès de l'organisme assureur concerné (Union nationale, Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, Caisse des soins de santé de la SNCB)
- b) lors de la première demande d'application du régime du tiers payant, le centre fournit la preuve qu'il est agréé, qu'il est subsidié ou qu'il est susceptible d'être agréé (ce qui dans chaque cas doit résulter d'une attestation *ad hoc*) par l'autorité fédérale ou communautaire ayant la Santé publique (et en ce qui concerne la Communauté flamande, "Gezin en Welzijnzorg") dans ses attributions
- c) la dénomination du centre où les soins sont dispensés soit clairement mentionnée sur l'attestation de soins donnés ou sur le bordereau récapitulatif accompagnant les attestations de soins donnés.

**2.2.** L'organisme assureur acceptera aussi d'appliquer le tiers payant pour les prestations dispensées dans les centres qui ne peuvent fournir la preuve visée sous le point 2.1., b), à la condition que ces centres figurent parmi les établissements ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle ou professionnelle avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé (voir circ. O.A. rubrique 370) et que les conditions visées sous le point 2.1. a) et c) soient remplies.

## 3. Troisième situation – Prestations visées par l'interdiction, dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés (art. 6, al. 2, 3<sup>o</sup>)

**3.1.** Il s'agit des prestations dispensées dans ces établissements aux personnes suivantes qui y séjournent de jour et/ou de nuit :

- a) les enfants nécessitant une approche pédagogique particulière (par ex. : les enfants séjournant dans des institutions dispensant un enseignement spécial). Ne sont pas visées par l'exception, les consultations dispensées à des enfants dans un hôpital pédiatrique, ou dans un hôpital, ou dans un hôpital disposant d'un service de pédiatrie. Le régime du tiers payant peut cependant être autorisé pour les prestations dispensées dans des établissements où séjournent des enfants placés par le juge de la jeunesse

- b) les enfants séjournant dans un centre médico-pédiatrique pour enfants atteints d'une maladie chronique qui, conformément à l'article 23, § 3 de la loi coordonnée susvisée, a conclu une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé
- c) les personnes âgées hébergées dans une maison de repos et de soins ou dans une maison de repos pour personnes âgées, agréées et conventionnées. Le fait que les prestations soient dispensées dans un hôpital, un service gériatrique ou une maison de convalescence, ne crée pas en soi une circonstance justifiant l'application du tiers payant. Les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins conventionnées sont déjà connues des organismes assureurs (voir circ. O.A. rubrique 174)
- d) les handicapés séjournant dans des centres de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention avec le Comité de l'assurance du Service des soins de santé ou dans des établissements agréés par le Vlaams Fonds voor Sociale integratie van personen met een handicap, le Fonds bruxellois francophone pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées, l'Agence Wallonne pour l'intégration des personnes handicapées ou de Dienststelle für personen mit behinderung.

**3.2.** L'organisme assureur est tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant à la condition que :

- a) la demande d'application du régime du tiers payant soit introduite par l'établissement auprès de l'organisme assureur concerné
- b) lors de la première demande, l'établissement fournit la preuve de son agrément par une autorité nationale ou communautaire ; étant connues des O.A., les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins ne sont toutefois pas tenues d'apporter la preuve de leur agrément
- c) l'établissement où les prestations sont effectuées soit clairement identifié sur l'attestation de soins donnés ou sur le bordereau récapitulatif joint aux attestations de soins donnés.

**3.3.** L'organisme assureur acceptera aussi d'appliquer le régime du tiers payant pour les prestations dispensées dans les établissements qui ne peuvent fournir la preuve de l'agrément visé sous le point 3.2. b) à la condition qu'il s'agisse d'établissements avec lesquels le Comité de l'assurance a conclu une convention de rééducation fonctionnelle ou d'un centre médico-pédiatrique avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention et que les conditions visées sous le point 3.2. a) et c) soient remplies.

**3.4.** Dans la mesure où les prestations pour lesquelles le régime du tiers payant est demandé sont des prestations de dispensateurs de soins individuels qui ne sont pas couvertes par une intervention forfaitaire de l'assurance pour une admission dans l'établissement, l'application du régime du tiers payant s'effectuera du chef du dispensateur de soins individuel. C'est donc ce dispensateur de soins qui prend la décision d'utiliser la possibilité d'appliquer le régime du tiers payant.

#### 4. Quatrième situation – Prestations visées par l'interdiction, dispensées à des bénéficiaires en cas de décès ou qui se trouvent dans un état comateux (art. 6, al. 2, 4<sup>o</sup>)

L'organisme assureur est tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant à la condition que le médecin mentionne sur l'attestation de soins donnés la référence à la disposition de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 appliquée en l'espèce.

La mention suivante suffit : "Régime du tiers payant : article 6, 4<sup>o</sup>, arrêté royal du 10 octobre 1986".

## 5. Cinquième situation – Prestations visées par l'intervention, dispensées à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse (art. 6, al. 2, 5<sup>o</sup>)

**5.1.** Il s'agit des situations dans lesquelles l'assuré ne peut pas payer directement et où un paiement différé n'est pas possible ou pas indiqué pour des motifs sociaux.



### Exemples

- consultations à des toxicomanes qui se font soigner en dehors d'un centre, si le médecin estime qu'on court le risque que l'intervention de l'assurance payée à l'intéressé sera consacrée à l'achat de stupéfiants
- consultations à des bénéficiaires qui, pour des motifs valables, souhaitent que la facture ne soit pas présentée pour paiement au titulaire qui ouvre le droit
- consultations à des personnes qui ne disposent pas de moyens propres suffisants, bien qu'elles ne se trouvent pas dans une des situations visées à l'article 6, alinéa 2, 6<sup>o</sup> à 8<sup>o</sup>.

Cette disposition ne peut avoir pour effet que le régime du tiers payant soit appliqué dans le chef de patients qui, lors de la dispensation de soins, se trouvent occasionnellement dans l'impossibilité de payer comptant, mais qui disposent de moyens suffisants pour s'acquitter de leur dette par le truchement d'autres modalités de paiement. (Ainsi, le fait qu'une consultation soit effectuée dans le cadre d'un service d'urgences au profit d'un bénéficiaire momentanément dépourvu d'argent ne constitue pas à lui seul une circonstance justifiant l'application du tiers payant).

**5.2.** En ce qui concerne les prestations de l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé, l'organisme assureur est tenu d'accepter l'application du régime du tiers payant pour les cas visés au point 5.1. si le régime du tiers payant n'a pas été retiré pour le praticien de l'art dentaire en application de l'article 4*bis*, § 5, 1<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 et ce, pour la durée du retrait et si c'est effectué à la demande du patient, étayée par une déclaration sur l'honneur signée et rédigée par le patient lui-même. La déclaration faisant état de ce qu'il se trouve dans une situation où la réglementation permet l'application du régime du tiers payant. Cette déclaration est jointe à l'attestation. Si le patient est illettré, ne connaît pas les langues nationales ou ne peut pas écrire, la situation d'exception est étayée au moyen d'une lettre rédigée et signée de sa main par le praticien de l'art dentaire dans laquelle il est déclaré sur l'honneur que le patient se trouve dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse et il est mentionné pourquoi le patient ne sait pas rédiger la déclaration. La déclaration du patient ou la lettre du praticien de l'art dentaire est jointe à l'attestation de soins.

**5.3.** En ce qui concerne les autres prestations que celles visées au point 5.2., l'organisme assureur acceptera l'application du tiers payant dans les cas visés au point 5.1., sur la base :

- soit d'une déclaration sur l'honneur, signée par le patient, faisant état de ce qu'il se trouve dans une situation où la réglementation permet l'application du régime du tiers payant ; une déclaration ainsi rédigée suffit : "Je déclare sur l'honneur me trouver dans une situation où la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé permet l'application du régime du tiers payant"
- soit d'une attestation du dispensateur de soins faisant état de ce que le patient lui a déclaré se trouver dans une situation où la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé permet l'application du régime du tiers payant ; lorsqu'un envoi d'attestations de soins concerne plusieurs patients se trouvant dans cette situation, une attestation globale certifiant cette situation pour tous les patients concernés peut être établie.

**5.4.** Les situations visées au point 5.1. sont des situations qui se produisent occasionnellement. Il relève de la compétence des services de contrôle à l'INAMI d'empêcher l'application systématique du régime du tiers payant par certains dispensateurs de soins, en invoquant systématiquement et injustement les dispositions de l'article 6, alinéa 2, 5°.

## 6. Sixième situation – Prestations visées par l'interdiction et dispensées aux bénéficiaires de l'intervention majorée au sens de l'article 37, § 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (art. 6, al. 2, 6°)

Pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, le tiers payant peut être accordé pour la période durant laquelle ils bénéficient de ce droit à l'intervention majorée.

Le médecin généraliste peut, pour l'application du tiers payant, se baser sur la vignette de la mutuelle du bénéficiaire indiquant un code titulaire se terminant par le chiffre "1". Cette vignette est apposée sur l'attestation de soins donnés.

L'organisme assureur remboursera le médecin généraliste selon le taux de l'intervention majorée.

Les organismes assureurs sensibiliseront leurs affiliés sur l'importance d'être munis des documents adéquats lorsqu'ils se présentent chez leur médecin généraliste, sans préjudice du droit pour celui-ci de refuser l'application du tiers payant en cas de doute quant au taux de remboursement applicable (bénéficiaire ou non de l'intervention majorée).

Dans le cas où l'assuré ne bénéficierait plus de l'intervention majorée, la différence d'intervention de l'assurance sera récupérée auprès de l'assuré, si le médecin généraliste s'est conformé aux dispositions légales et réglementaires (art. 164 de la loi coordonnée). En cas de situation ayant entraîné un paiement indu, il appartient donc à l'organisme assureur d'assurer la régularisation avec son affilié.

Cet engagement de paiement de l'organisme assureur vis-à-vis du médecin généraliste ne porte que sur la prestation de "consultation", et ne s'étend pas aux autres prestations.

Pour connaître avec certitude le statut d'un bénéficiaire de l'intervention majorée, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité de MyCareNet.

## 7. Septième situation - Prestations visées par l'interdiction et dispensées aux bénéficiaires dont le ménage dispose de revenus annuels bruts imposables qui ne dépassent pas le montant visé à l'article 14, § 1<sup>er</sup>, 4°, de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, et sur cette base, sont dispensés de l'obligation de cotisation en vertu de l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (art. 6, al. 2, 7°)

Le régime du tiers payant peut s'appliquer pour une année déterminée, lorsque pour l'année précédente, l'assuré remplissait les conditions pour être dispensé de l'obligation de cotisation en application de l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, sur la base du fait que les revenus annuels bruts imposables de son ménage ne dépassent pas le montant annuel du revenu d'intégration. L'organisme assureur délivrera une attestation à l'assuré avec la mention que le régime du tiers payant peut être appliqué, ainsi que le taux de remboursement applicable (taux ordinaire).

8. Huitième situation – Prestations visées par l'interdiction, dispensées à des bénéficiaires qui, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont des chômeurs contrôlés, ayant depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation en matière de chômage et ayant, au sens de cette dernière réglementation, la qualité de travailleur avec charge de famille ou d'isolé, ainsi qu'aux personnes qui sont à leur charge (art. 6, al. 2, 8<sup>o</sup>)

La preuve de cette qualité est fournie par un flux d'information électronique entre les caisses de paiement des allocations de chômage et les organismes assureurs, par le truchement de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et le Collège intermutualiste national.

Le régime du tiers payant est accordé dans une première phase jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle durant laquelle la preuve de la qualité est apportée. Ensuite, le régime du tiers payant est chaque fois prolongé d'un an, à condition qu'il ait été démontré que la qualité requise existait encore l'année précédente.

L'organisme assureur délivrera une attestation à l'assuré avec la mention que le régime du tiers payant peut être appliqué, ainsi que le taux de remboursement applicable (taux ordinaire).

9. Neuvième situation – Prestations visées par l'interdiction, dispensées à des bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées, conformément à l'article 47 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales destinées aux travailleurs salariés ou conformément à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants ainsi qu'aux personnes qui sont à leur charge

La preuve que les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées sont remplies est fournie sur la base des déclarations que délivrent les organismes d'allocations familiales, l'État, les Communautés, les Régions et les institutions publiques qui versent elles-mêmes des allocations familiales à leur personnel, ou sur la base du flux électronique "Handchild".

Le régime du tiers payant est accordé dans une première phase jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle durant laquelle la preuve de la qualité est apportée. Ensuite, le régime du tiers payant est chaque fois prolongé d'un an, à condition qu'il ait été démontré que la qualité requise existait encore l'année précédente.

L'organisme assureur délivrera une attestation à l'assuré avec la mention que le régime du tiers payant peut être appliqué, ainsi que le taux de remboursement applicable (taux ordinaire).

10. Dixième situation – Prestations visées par l'interdiction dispensées à des bénéficiaires du statut affection chronique au sens de l'article 37 *vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (art. 6, al. 2, 10<sup>o</sup>)

Le statut affection chronique est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Ce statut est octroyé sur base d'un des trois critères suivants visés dans l'arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37<sup>vicies</sup>/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

- *totaliser des dépenses de santé d'au minimum 300 EUR par trimestre civil, durant 8 trimestres consécutifs, les 8 trimestres constituant deux années civiles consécutives*
- *bénéficier du "forfait de soins malade chronique", tel que prévu à l'article 37, § 16bis, 2°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et à l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, Coordonnée le 14 juillet 1994*
- *être atteint d'une maladie rare ou orpheline attestée par un médecin spécialiste et remplir le critère financier mentionné au premier tiret.*

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, conformément à l'article 17 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, le régime du tiers payant s'appliquera obligatoirement pour certaines prestations de santé (déterminées par A.R.) octroyées aux bénéficiaires du statut affection chronique.

En attendant l'entrée en vigueur de cette obligation, le dispensateur de soins peut déjà leur appliquer le régime du tiers payant pour les prestations de santé visées à l'article 6, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986.


Le dispensateur dispose de cette possibilité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2014.

Le dispensateur de soins peut appliquer le régime du tiers payant en faveur du bénéficiaire du statut de personne atteinte d'une affection chronique sur la base du courrier par lequel la décision d'octroi du statut "affection chronique" est communiquée par l'organisme assureur à l'assuré.

Pour connaître avec certitude le statut de bénéficiaire du statut de personne atteinte d'une affection chronique, le dispensateur de soins peut utiliser le service de consultation de l'assurabilité de My-CareNet (dès que l'information sur le bénéfice du statut affection chronique y est disponible).


## B. Délivrance d'une quittance par le praticien de l'art dentaire

Le praticien de l'art dentaire est tenu de délivrer une quittance au bénéficiaire, et de conserver un double de cette quittance dans le dossier du bénéficiaire, lorsqu'il applique le tiers payant en raison d'une des situations d'exceptions explicitées dans la présente circulaire.

 Les situations d'exceptions mentionnées dans cette circulaire sont chaque fois des situations pour lesquelles le régime du tiers payant peut être appliqué par le dispensateur de soins ; il n'est cependant pas obligatoire pour le dispensateur de soins.

Cependant, si le dispensateur de soins fait usage de la possibilité prévue conformément à ce qui est mentionné dans cette circulaire, l'organisme assureur ne peut pas refuser l'application du régime du tiers payant.

La présente circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2014/199.

 Circulaire O.A. n° 2015/32 - 393/50 du 2 février 2015.