

Transparence financière des soins de santé : principes et nouveautés

Tous les prestataires ont l'obligation de garantir la transparence des soins de santé pour le patient. En bref, le patient doit être informé des soins qu'il va recevoir.

Pour ce faire, l'INAMI tenait à nous tenir informer des principes et nouveautés qui concernent :

- Les attestations de soins
- L'acompte et les documents justificatifs
- Le Tiers-payant

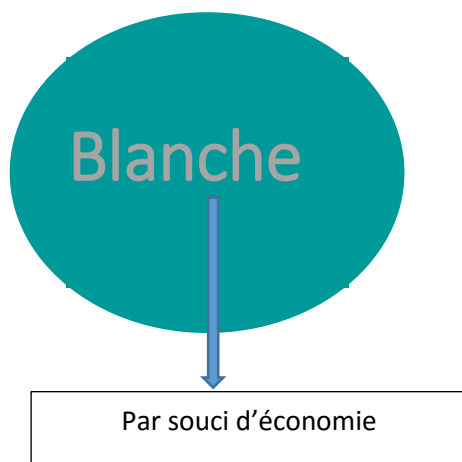
1/ L'attestation de soins : quoi de neuf, par Ilse CAMPS et Mireille DEWAELESCHE

Il a été adopté un modèle unique d'attestation de soins par catégorie de dispensateur de soins, que celui-ci exerce sa pratique :

- En personne physique
- En société

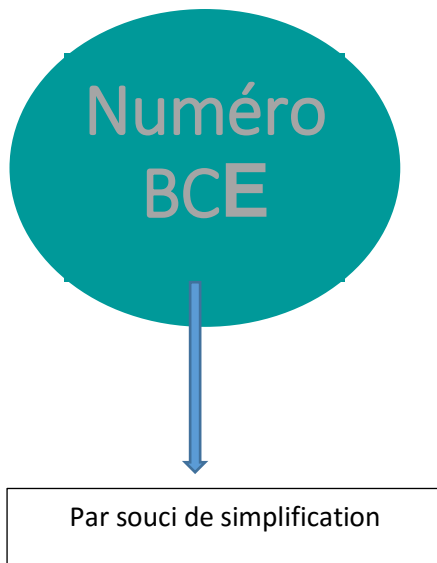
Ce modèle a été fixé de commun accord entre l'INAMI et le SPF Finances car l'ASD a une vocation double :

- Un volet INAMI en vue du remboursement au patient de ses dépenses en soins de santé par sa mutualité (partie supérieure de l'ASD)
- Un volet fiscal en vue de l'imposition des revenus du dispensateur (reçu-attestation ou partie "Reçu" dont le double jaune est conservé par le dispensateur)



Les attestations de couleurs disparaîtront. Il est prévu un écoulement du stock de papier couleur de Medattest, concessionnaire officiel de l'INAMI pour la commande et l'impression des ASD. Pour ce faire, l'INAMI prévoit une période transitoire d'utilisation des anciennes ASD (jusqu'au 31/12/16). De

plus, le patient aura un délai de 2 ans pour remettre les ASD à sa mutualité en vue de se faire rembourser.

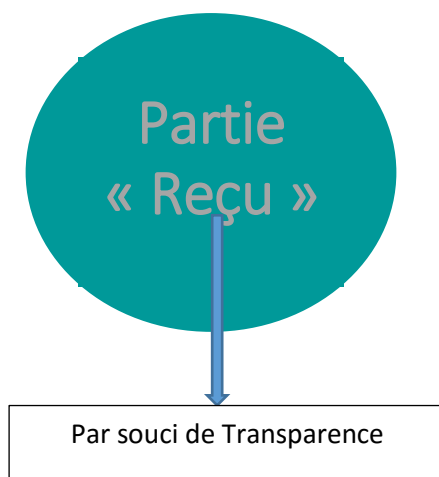


Le N° BCE figurera désormais sur la partie « reçu » de l'ADS. Il est donc nécessaire d'avoir un numéro d'entreprise lors de la commande des ADS.

Ce N° BCE peut être obtenu par :

- Une personne physique
- Une société unipersonnelle
- Une institution qui emploie des sages-femmes

Le n° BCE (Banque-Carrefour des Entreprises) est celui de l'entité perceptrice des honoraires (pour le compte de qui les honoraires sont perçus).



La partie « reçu » devra être complétée par tous. Cela permettra de fournir au patient les coûts en soins de santé et permettre une transparence fiscale tant pour la pratique en personne physique qu'en société.

La partie "Reçu" est destinée au patient.

Que faut-il mentionner sur la partie « Reçu » de l'ASD ?

Le montant perçu couvre le montant total payé par le patient en espèces ou par carte bancaire de tout ou partie :

- Des honoraires
- Des interventions personnelles (tickets modérateurs)
- Des suppléments

Seul le montant effectivement payé par le patient est mentionné et **pas** le montant de l'intervention de l'assurance obligatoire qui sera directement pris en charge par la mutualité.

Quel montant indiquer en cas de cumul tiers payant et non tiers payant ?

L'exécution de ces prestations donne lieu à l'établissement de **2 formulaires d'attestation comportant une partie "Reçu"**.

En cas de **tiers payant facturé électroniquement** où il n'y a pas de remise d'ASD, les montants perçus (tiers payant/non tiers payant) sont à reprendre sur le **document justificatif** à remettre au patient.

En cas de paiement différé par virement :

Nous devons indiquer la mention du montant perçu c.-à-d. "0" sur la partie « Reçu » de l'ASD à remettre au patient.

Il n'y a pas d'autre document à délivrer lorsque le virement a été effectué.

En cas de paiement différé en espèces/par carte bancaire :

- Partie supérieure de l'ASD à barrer
- Mention du montant perçu sur la partie "Reçu" de l'ASD à remettre au patient

En cas de prestations remboursables et de prestations non-remboursables

Nous devons indiquer la mention sur la partie "Reçu" du total des seuls montants relatifs aux prestations remboursables reprises sur l'ASD pour autant que ceux-ci aient été payés en espèces ou par carte bancaire.

En cas de cumul de prestations remboursables et de prestations non-remboursables, le total des montants perçus est à reprendre sur le document justificatif à remettre au patient.

La partie « Reçu » de l'ASD est-elle détachable ?

- Par le patient: oui
- Par le dispensateur de soins: non, sauf en cas de tiers payant
- A terme, la partie "Reçu" de l'ASD sera toujours pré-perforée (sauf pour le modèle D où elle doit être découpée).

Ce qui ne change pas ?

- Les lettres utilisées
- Format
- Double jaune
- Case AR

Le format actuel de l'attestation est maintenu (largeur et longueur)

Le matériel d'impression ne doit pas être changé.

Le souci de garder le format actuel des attestations explique que seulement un minimum d'adaptations est apporté aux attestations.

Une **même lettre** par type de modèle d'attestation (que le dispensateur de soins exerce en personne physique ou pour compte d'autrui, y compris pour sa propre société), à savoir les lettres G, E, A, I et D est maintenue.

Les anciens modèles d'ASD comportant les lettres C, F, H, J – sociétés, de couleur verte disparaissent.

Maintien du **double jaune** de l'attestation, à conserver par le dispensateur de soins (double anonymisé).

La **case A.R.** 15.07.2002 est maintenue (case MAF - maximum à facturer), à compléter par:

- « oui » si l'intervention personnelle (ticket modérateur) est exigée
- « Non »: si l'intervention personnelle (ticket modérateur) n'est pas exigée
- « Le montant des honoraires exigés » : par exemple, si seulement une partie de l'intervention personnelle (ticket modérateur) est exigée

Tant la case « A.R. 15.07.2002 » que la partie « Reçu » de l'ASD sont à remplir :

- Leur finalité est distincte
- Avec l'information donnée dans la case A.R. 15.07.2002, la mutualité du patient :
 - comptabilise correctement dans le compteur MAF le ticket modérateur exigé du patient
 - limite le montant remboursé au patient à ce que le patient a effectivement payé (par exemple, s'il est demandé au patient un montant inférieur au tarif officiel)

La **commande des ASD** se fait via Medattest :

- Contrat de concession entre Medattest et l'INAMI car les ASD constituent des documents officiels de sécurité sociale par lesquels le patient peut obtenir un remboursement de ses soins
- Légère adaptation: la procédure de commande nécessite la mention du n° BCE et du n° INAMI

Utilisation des anciennes ASD Jusqu'au 31 décembre 2016

Pendant la période transitoire d'utilisation des anciennes attestations :

- si l'ASD ne comporte pas de partie « Reçu » (société), mention à la main ou impression du montant perçu du patient (paiement en espèces ou par carte bancaire) au bas de l'ASD
- En cas d'application du tiers payant, remise d'un reçu distinct (sur papier libre) au patient qui le demande

Où trouver des informations ?

Sur le site de l'INAMI, dans les FAQ « Comment attester les soins donnés (attestations papier) » ?

Actualisation régulière et publication des réponses apportées aux questions des dispensateurs de soins

Sur le website de Medattest "Aide en ligne". Ces FAQ sont complémentaires aux FAQ de l'INAMI.
site INAMI → accueil → professionnels → infos pour tous → attestations de soins de santé

2/ Document justificatif et acomptes : quoi de neuf ?, Ilse CAMPS, Par Sarah KOVAL

Les pratiques en matière d'acomptes dans les différents secteurs étaient multiples et pas toujours clairement régulées. Le législateur est intervenu pour clarifier les règles.

Aucun acompte ne peut être perçu **Sans décision** de la Commission de conventions ou d'accords.

Des acomptes peuvent être perçus en respectant ces limites fixées par la Commission de conventions ou d'accords.

Remise d'un document justificatif – Pourquoi une législation ?

« Le bénéficiaire doit être sensibilisé et responsabilisé face aux coûts de ses soins de santé. A cette fin, il doit disposer d'une information claire de la part du dispensateur de soins sur les conditions financières auxquelles ce dernier a fourni ses prestations de soins.

Quel est le coût de la prestation de santé ou du traitement et des services qui y sont liés? Y a-t-il une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé? Si oui, laquelle? Combien le bénéficiaire doit-il prendre à sa charge? »

Quand remettons un document justificatif ?

- Demande du patient (Obligation découlant du Code de droit économique)
- Cumul de prestations remboursables et non remboursables
- Facturation électronique (actuellement uniquement en tiers payant)
- Et ce quel que soit le montant (même s'il est nul) !

Quel contenu du document justificatif ?

Les législations économiques prévoient des mentions génériques telles que :

- Les données d'identification du dispensateur
- La mention des prestations
- Le prix
- La date du document

La législation SSI prévoit pour sa part des mentions spécifiques et une dispense de remise si une facture comporte l'ensemble des mentions requises.

- **Avec tiers payant (pas d'ASD pour l'ensemble des prestations remboursables) - Document justificatif complet**
 - Montant total à payer (y compris les acomptes déjà payés)

- Liste des prestations remboursables concernées avec pour chaque prestation :
 - Le code ou libellé
 - Le montant payé en vertu des tarifs
 - Le montant payé par le patient à titre de supplément
 - L'intervention directement facturée à la mutualité
- Liste des prestations non remboursables concernées avec pour chaque prestation :
 - Le libellé
 - Le montant à payer
- **Sans tiers payant (ASD pour l'ensemble des prestations remboursables) - Document justificatif simplifié**
 - **Montant total** à payer (y compris les acomptes déjà payés)
 - Montant total à payer pour les prestations remboursables (dont le détail n'est pas repris puisqu'il se trouve sur l'ASD)
 - Liste des prestations non remboursables concernées avec pour chaque prestation :
 - Le libellé
 - Le montant à payer

Les compétences des commissions pour la remise d'un document justificatif

Les commissions peuvent proposer au Comité de l'assurance un règlement pour fixer :

- des mentions complémentaires
- des modalités de remise
- le moment de la remise
- des modalités de regroupement des prestations
- un modèle

3/ Tiers payant et vérification de l'identité : quoi de neuf ? Par Pascal Breyne et Philippe Vray

Simplification du Tiers-payant

Le tiers payant facultatif est ouvert aussi au dispensateur de soins non conventionné. Aucune formalité n'est préalable. Nous ne sommes plus dans l'obligation d'opter pour le tiers payant. Toutes les obligations de respecter le tiers payant ne sont plus valables.

Le fait d'appliquer le tiers-payant est une décision du dispensateur quel que soit le statut du patient.

Le tiers-payant électronique existe déjà pour certains dispensateurs de soins : hôpitaux, infirmiers, médecins généralistes, etc.

Le passage sera progressif pour les autres dispensateurs de soins :

- date d'applicabilité fixée par AR pour chaque catégorie de dispensateurs de soins
- période transitoire de deux ans pour facturer de manière électronique

Plus d'info ? <http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/default.aspx>.

L'INAMI peut être contacté via attest@inami.fgov.be