# IRISCARE

# Organisme d'Intérêt Public institué par l'ordonnance du 23 mars 2017

# Décision du Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes relative aux modalités d'application du tiers payant pour les aides à la mobilité du 20/12/2018 et du 26/02/2019

# Réf : MOB 201812/2

En vertu de l’article 9, alinéa premier, de l’arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l’article 53, § 1er, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, modifié par l’arrêté royal du 18/09/2017, la présente décision fixe les modalités concernant l’application du tiers payant pour tous les technologues orthopédiques en aides à la mobilité, pour la délivrance des aides à la mobilité.

## A. Pour les prestations reprises aux points I à III, de la nomenclature des aides à la mobilité

1. Lorsque le technologue orthopédique en aides à la mobilité, appelé ci-après le dispensateur de soins, applique le régime du tiers payant, il envoie les attestations de fournitures sur lesquelles figure la déclaration selon laquelle le bénéficiaire a reçu l’article, accompagnées d'une facture, à l'organisme assureur bruxellois .

2. L’organisme assureur bruxellois remet au dispensateur de soins, dans les quinze jours ouvrables de l'introduction de la demande, lorsque la fourniture se fait dans les conditions du tiers-payant, un engagement de paiement, établi en double exemplaire et indiquant notamment de façon précise le type de fourniture en cause ; un exemplaire de l'engagement de paiement sera annexé à la facture du dispensateur de soins.

L’engagement de paiement garantit, le cas échéant, que le délai de renouvellement par rapport à la fourniture précédente est écoulé.

3. L’organisme assureur bruxellois paie dans un délai de six semaines à partir de la date à laquelle il a reçu la facture, pour autant que le dispensateur de soins ait facturé, conformément aux dispositions du point 4, avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, le montant mentionné sous la rubrique "total" de l’état récapitulatif. L’organisme assureur bruxellois est – sauf preuve du contraire – censé avoir reçu la facture le jour suivant son envoi par le dispensateur de soins, le cachet de la poste faisant foi de la date à laquelle le dispensateur de soins a envoyé la facture.

A l’intervention de la partie la plus diligente, les retards d’introduction ou de paiement des factures sont portés à la connaissance de la commission de convention qui, au cours de sa séance la plus rapprochée, envisage les moyens pour remédier à cette situation.

Une contestation motivée de la facturation, conformément aux dispositions du point 5., suspend le délai de paiement des prestations contestées à partir de la date de la contestation écrite émanant de l’organisme assureur bruxellois, jusqu’à la date à laquelle le dispensateur de soins réagit par écrit. Le cachet de la poste fait foi aussi bien de la date de la contestation émanant de l’organisme assureur bruxellois que de la date de la réaction émanant du dispensateur de soins.

4. On entend par "facturation", la confirmation écrite d’une créance en argent, qui, dans le cadre de l’application du régime du tiers payant par l’organisme assureur bruxellois, résulte d’une prestation de soins avec intervention de l’assurance soins de santé obligatoire accordée au bénéficiaire affilié ou inscrit auprès de celui- ci. Une telle facturation doit, sous peine de nullité, comporter :

* un état récapitulatif, établi en deux exemplaires conformément au modèle annexé au présent avis;
* les attestations de fourniture pour chacun des montants mentionnés sur l’état récapitulatif ;
* le cas échéant et pour toutes les prestations facturées au moyen de cet état récapitulatif : les doubles des engagements de paiement transmis par l’organisme assureur bruxellois en application des dispositions du point 2.

5. L’organisme assureur bruxellois a le droit de contester, dans le délai déterminé par l’article 174 de la loi du 14 juillet 1994 précitée, la totalité ou une partie de la facturation. La contestation d’une facturation doit toujours se faire par écrit, en mentionnant sur le double de l’état récapitulatif toutes les prestations contestées et en mentionnant la raison pour laquelle l’organisme assureur bruxellois n’accepte pas cette facturation.

Le dispensateur de soins dispose de soixante jours pour réagir à une telle contestation. Si le dispensateur de soins ne réagit pas dans ce délai ou si son motif ne convainc pas l’organisme assureur bruxellois, l’organisme assureur bruxellois peut, en application des dispositions de l’article 1290 du code civil, compenser sa créance lors des facturations suivantes avec le total des lignes contestées à juste titre dans les facturations précédentes. Si le dispensateur de soins n’a pas pu convaincre l’organisme assureur bruxellois de son motif, l’organisme assureur bruxellois informe par écrit le dispensateur de soins de l’application de la compensation des lignes protestées des facturations précédentes.

## B. Pour les prestations reprises au point IV., de la nomenclature des aides à la mobilité

1. Pour la facturation, le dispensateur de soins joint un exemplaire du contrat de location à l’état récapitulatif :

* lors de la première facturation du forfait de location mensuel ;
* lors de la première facturation d’un forfait de location dans le cadre d’un contrat qui remplace un contrat précédent, soit pour la délivrance d’un autre exemplaire du même type d’aide à la mobilité, soit pour la délivrance d’un autre type d’aide à la mobilité en remplacement d’une aide à la mobilité pour laquelle le dispensateur de soins et le bénéficiaire avaient conclu un contrat de location.

2. L’organisme assureur bruxellois paie au dispensateur de soins le forfait mensuel de location visé au point IV de la nomenclature des aides à la mobilité, pour la location d’une aide à la mobilité aux bénéficiaires admis dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins, via le système de tiers payant :

* à partir du mois de la délivrance si la délivrance a lieu du 1er au 15ème jour calendrier du mois ;
* à partir du mois suivant le mois de la délivrance si la délivrance a lieu à partir du 16ème jour calendrier du mois ;
* jusqu’au mois au cours duquel le bénéficiaire décède ou au cours duquel il a été mis fin de manière définitive au contrat de location.

Ce forfait de location est dû à partir :

* du mois de la délivrance si la délivrance a lieu à partir du 1er au 15ème jour calendrier du mois ;
* du mois suivant le mois de la délivrance si la délivrance a lieu à partir du 16ème jour calendrier du mois ;

Il est dû jusque y compris :

* le mois au cours duquel le bénéficiaire décède ou au cours duquel il a été mis fin de manière définitive au contrat de location ;
* le mois qui précède le mois pour lequel un forfait de location est dû, sur base d’un nouveau contrat de location entre les mêmes parties, en application des dispositions de l’alinéa précédent.

La date de la délivrance est déterminée par la date de signature du contrat de location.

3. L’organisme assureur bruxellois remet au dispensateur de soins, dans les quinze jours de l'introduction de la demande, lorsque la fourniture se fait dans les conditions du tiers-payant, un engagement de paiement, établi en double exemplaire et indiquant notamment de façon précise le type de fourniture en cause ; un exemplaire de l'engagement de paiement sera annexé à la facture du dispensateur de soins.

L’engagement de paiement du forfait mensuel de location vaut pour la durée du contrat de location.

4. L’organisme assureur bruxellois paie dans un délai de six semaines à partir de la date à laquelle il a reçu la facture, pour autant que le dispensateur de soins ait facturé, conformément aux dispositions du point 5, avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, le montant mentionné sous la rubrique "total" de l’état récapitulatif. L’organisme assureur bruxellois est – sauf preuve du contraire – censé avoir reçu la facture le jour suivant son envoi par le dispensateur de soins, le cachet de la poste faisant foi de la date à laquelle le dispensateur de soins a envoyé la facture.

A l’intervention de la partie la plus diligente, les retards d’introduction ou de paiement des factures sont portés à la connaissance de la commission de convention qui, au cours de sa séance la plus rapprochée, envisage les moyens pour remédier à cette situation.

Une contestation motivée de la facturation, conformément aux dispositions du point 6., suspend le délai de paiement des prestations contestées à partir de la date de la contestation écrite émanant de l’organisme assureur bruxellois, jusqu’à la date à laquelle le dispensateur de soins réagit par écrit. Le cachet de la poste fait foi aussi bien de la date de la contestation émanant de l’organisme assureur bruxellois que de la date de la réaction émanant du dispensateur de soins.

5. On entend par "facturation" la confirmation écrite d’une créance en argent, qui, dans le cadre de l’application du régime du tiers payant par l’organisme assureur bruxellois, résulte d’une prestation de soins avec l’intervention de l’assurance soins de santé obligatoire accordée au bénéficiaire affilié ou inscrit auprès de celui- ci. Une telle facturation doit, sous peine de nullité, comporter :

* un état récapitulatif, établi en deux exemplaires conformément au modèle repris en annexe du présent avis;
* le(s) contrat(s) de location ;
* le cas échéant et pour toutes les prestations facturées au moyen de cet état récapitulatif, les doubles des engagement de paiement transmis par l’organisme assureur bruxellois en application des dispositions du point 3.

Lors de la première facturation d’un tel forfait mensuel de location à un bénéficiaire affilié auprès de la mutualité concernée, le dispensateur de soins est obligé de joindre un exemplaire du contrat de location à l’état récapitulatif.

Si un nouveau contrat de location remplace un contrat précédent, soit pour la délivrance d’un autre exemplaire du même type d’aide à la mobilité, soit pour la délivrance d’un autre type d’aide à la mobilité en remplacement d’une aide à la mobilité pour laquelle le dispensateur de soins et le bénéficiaire avaient conclu un contrat de location, alors le dispensateur de soins joint à la première facturation du forfait de location concernant ce nouveau contrat de location, un exemplaire du nouveau contrat de location.

6. L’organisme assureur bruxellois a le droit de contester, dans le délai déterminé par l’article 174 de la loi du 14 juillet 1994 précitée, la totalité ou une partie de la facturation. La contestation d’une facturation doit toujours se faire par écrit, en mentionnant sur le double de l’état récapitulatif toutes les prestations contestées et en mentionnant la raison pour laquelle l’organisme assureur bruxellois n’accepte pas cette facturation.

Le dispensateur de soins dispose de soixante jours pour réagir à une telle contestation. Si le dispensateur de soins ne réagit pas dans ce délai ou si son motif ne convainc pas l’organisme assureur bruxellois, l’organisme assureur bruxellois peut, en application des dispositions de l’article 1290 du code civil, compenser sa créance lors des facturations suivantes avec le total des lignes contestées à juste titre dans les facturations précédentes. Si le dispensateur de soins n’a pas pu convaincre l’organisme assureur bruxellois de son motif, l’organisme assureur bruxellois informe par écrit le dispensateur de soins de l’application de la compensation des lignes protestées des facturations précédentes.

# Modèle d’état récapitulatif, pour les technologues orthopédiques dans les aides à la mobilité: prestations reprises aux points I à III, de la nomenclature des aides à la mobilité, dans le cadre du système du tiers-payant

Prénom, Nom :

Technologue orthopédique

INAMI : n° d'agrément :

Adresse complète :

Numéro BCE :

N° de téléphone :

Réf. :

**Etat récapitulatif** (système du tiers payant) pour le mois

au cours duquel les prestations ont été délivrées.

N° de compte IBAN : BE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titulaire ou bénéficiaire** | **NISS** | **Intervention** | **Remarque** |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | TOTAL |  | euros |

# Modèle d’état récapitulatif, pour les technologues orthopédiques dans les aides à la mobilité: forfait de location repris au point IV de la nomenclature des aides à la mobilité, dans le cadre du système du tiers-payant

Prénom, Nom du technologue orthopédique

INAMI: numéro d’agrément

Adresse complète

Numéro BCE

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

N° de compte IBAN : BE

Réf.

Mois pour lequel les forfaits sont dus

Numéro de la mutuelle

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du bénéficiaire** | **N° NISS** | **N° de l'institution** | **N° de prestation** | **Forfait de location (montant en EUR)** | **Contrat de location en annexe (cocher)** |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  | EUR |  |

Fait le

À

Signature :