

IMPORTANT : Intégration des petits risques pour les travailleurs indépendants dans l'assurance obligatoire soins de santé à partir du 1er janvier 2008 : règles de tarification lorsque vous appliquez (partiellement) le régime du tiers payant

Madame,
Monsieur,

Une importante modification dans le fonctionnement de l'assurance obligatoire soins de santé entrera en vigueur le 1er janvier 2008.

Que comprend cette modification ?

Cette modification implique que tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé belge auront les mêmes droits aux prestations et délivrances :

- de l'assurance obligatoire,
- effectuées à partir du 1er janvier 2008,
- concernant les petits et les gros risques.

À partir de cette date, les **travailleurs indépendants** seront par conséquent également assurés pour **les petits risques** dans **l'assurance obligatoire**.

→ POUR LA DÉFINITION DES PETITS ET GROS RISQUES : VOIR ANNEXE À LA PRÉSENTE LETTRE

Quelles sont les conséquences pour la tarification et la facturation dans le régime du tiers payant ?

En conséquence, les règles de tarification ont également été adaptées pour les prestations et délivrances effectuées à partir du 1er janvier 2008 dans le régime du tiers payant. Concrètement, vous êtes tenu de rédiger les factures et/ou attestations de soins donnés nécessaires comme il suit et les transmettre aux organismes assureurs.

1. En général : « code titulaire 1 »

Vous devez tarifier et facturer sur la base de la valeur du "code titulaire 1" (CT1).
La valeur du "code titulaire 2" (CT2) n'a plus aucune importance en ce qui concerne la tarification et la facturation.

→ POUR UNE EXPLICATION SOMMAIRE DE CT1 ET CT2 : VOIR ANNEXE À LA PRÉSENTE LETTRE

2. Différentes situations

A.

Si ...	Alors ...
le CT1 est égal à 000	<ul style="list-style-type: none"> l'assurabilité de l'intéressé n'est pas en ordre l'application du régime du tiers payant n'est pas possible

B.

Si ...	et ...	Alors ...
le CT1 n'est pas égal à 000	la dernière position du CT1 est égale à 0	le système habituel de remboursement est d'application.
le CT1 n'est pas égal à 000	la dernière position du CT1 est égale à 1	le régime préférentiel de remboursement est d'application.

C.

Si ...	et ...	
le CT1 n'est pas égal à 000	la dernière position du CT1 n'est pas égale à 0 ou à 1	Cette situation n'est en principe pas possible.

3. Quelques exemples de combinaisons CT1 – CT2 et de règles de tarification à partir du 1er janvier 2008 :

- Exemple 1** : CT1 = 000 / CT2 = 000 **000 / 000**
 - L'assurabilité de l'assuré n'est pas en ordre.
 - Règle de tarification : régime du tiers payant n'est pas possible.
 - La valeur du CT2 n'a aucune importance
- Exemple 2** : CT1 = 410 / CT2 = 110 **410 / 110**
 - Dernière position du CT1 = 0
 - Règle de tarification : système habituel de remboursement
 - La valeur du CT2 n'a aucune importance

- **Exemple 3** : CT1 = 410 / CT2 = 460 **410 / 460**
 - Dernière position du CT1 = 0
 - Règle de tarification : système habituel de remboursement
 - La valeur du CT2 n'a aucune importance.

- **Exemple 4** : CT1 = 411 / CT2 = 900 **411 / 900**
 - Dernière position du CT1 = 1
 - Règle de tarification : régime préférentiel de remboursement
 - La valeur du CT2 n'a aucune importance.

Que se passe-t-il lorsque vous facturez par voie électronique ?
--

Si vous utilisez des fichiers de facturation électroniques (supports magnétiques, CareNet) dans le cadre de l'application du régime du tiers payant, le procédé est le même : la tarification doit être effectuée sur la base du CT1. Vous devez bien continuer à mentionner les valeurs des CT1 et CT2 sur les factures.

Ce procédé figure déjà :

- dans la mise à jour 2006/5 des instructions pour la facturation via support magnétique ou électronique (www.inami.be, rubrique Dispensateurs de soins > Information générale > Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique)
- dans la mise à jour 2004/6 des instructions OTFS (Pharmanet, piste unique) (www.inami.be, rubrique Médicaments et autres prestations pharmaceutiques, > Pharmaciens et Offices de tarification > Office de tarification – facturation).

Y a-t-il des conséquences pour les prestations effectuées jusqu'au 31 décembre 2007 inclus ?

Pour les prestations effectuées jusqu'au 31 décembre 2007 inclus, les règles actuelles de tarification demeurent d'application.

Puis-je vous demander d'appliquer strictement les règles de tarification susmentionnées et de garantir ainsi au maximum les droits de tous les assurés ? Je vous remercie d'avance pour votre collaboration.

Cordialement,

Le fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,
Directeur général.

Annexe : Définition petits et gros risques - Explication sommaire 'Code titulaire 1' et 'Code titulaire 2'

Annexe à la circulaire

IMPORTANT : Intégration des petits risques pour les travailleurs indépendants dans l'assurance obligatoire soins de santé à partir du 1er janvier 2008 : règles de tarification lorsque vous appliquez (partiellement) le régime du tiers payant.

- **Définition des petits et gros risques.**

Les prestations suivantes sont considérées comme des « **petits risques** » :

- consultations, visites, avis de médecins généralistes ou de spécialistes
- petites interventions chirurgicales telles que les ponctions, sutures de plaie etc.
- de nombreux examens de laboratoire courants
- soins dentaires (obturations, prothèses, orthodontie)
- kinésithérapie et physiothérapie
- soins infirmiers à domicile (injections, soins de plaies, toilettes, etc.)
- verres de lunette à partir d'une certaine puissance, appareils auditifs, semelles orthopédiques, appareils et autres prothèses
- médicaments prescrits par un médecin et obtenus en pharmacie
- maison de repos pour personnes âgées (MRPA)

etc.

Les prestations suivantes sont considérées comme des « **gros risques** » :

- interventions chirurgicales, y compris l'anesthésie et l'aide opératoire
- accouchements
- radiographies
- radiothérapie et radiumthérapie (radiothérapie)
- gros examens de laboratoire (plus onéreux)
- réanimation
- frais de séjour dans l'hôpital (prix de la journée d'hospitalisation, honoraires de surveillance, médicaments)
- dialyse rénale à l'hôpital ou à domicile
- logopédie
- matériel de synthèse (pacemaker, prothèse de la hanche, implants, etc.)
- voiturettes, appareils d'aide à la marche.
- maison de repos et de soins (MRS)

etc.

Signification du « code titulaire 1 » et du « code titulaire 2 »

Les « code titulaire 1 et 2 » (CT1 – CT2) sont deux valeurs qui définissent le statut d'assuré social d'un individu. C'est sur la base de ces valeurs qu'un dispensateur de soins peut correctement facturer. Ces valeurs figurent

- sur la carte SIS (sur la puce)
- sur les vignettes adhésives.