

Service des Soins de Santé**Correspondant :** Annelies DEGRAEVE
Attaché**Tél. :** 02/739.78.45
E-mail Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be**Nos références****Bruxelles, le 23 mars 2012****Concerne : Engagement de paiement ambulatoire – exemples concrets****1. Principes généraux (voir circulaires hôp 2011/12, OA 2011/293)**

L'engagement de paiement est un mécanisme prévu, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, par l'article 53 de la loi SSI et l'article 159bis de l'AR du 3 juillet 1996. Ce mécanisme s'applique, en principe, à tous les dispensateurs de soins à l'exception de l'hospitalisation pour laquelle existent d'autres dispositions. Cependant, la présente circulaire vise spécifiquement, la problématique de la facturation des prestations ambulatoires des hôpitaux.

Principe L'hôpital qui bénéficie d'un engagement de paiement émanant d'un organisme assureur relativement à un patient a la garantie que l'organisme assureur ne lui refusera pas le paiement des prestations de santé pour des raisons liées à l'assurabilité du patient.

Conditions L'hôpital doit avoir consulté les données d'assurabilité du patient par le réseau électronique et doit avoir utilisé ces mêmes données dans le cadre d'une facturation en tiers-payant par voie électronique en mentionnant les références de la consultation du réseau.

Application L'organisme assureur qui, lors du contrôle de la facture, constate une discordance entre le statut du patient (BIM / non-BIM) sur la facture de l'hôpital (ce statut est défini par le 3^{ème} chiffre du code titulaire 1) et celui qui est connu dans son fichier, va vérifier les références de la consultation du réseau. S'il apparaît que l'hôpital a bien facturé en fonction des données d'assurabilité obtenues par la consultation du réseau, l'organisme assureur payera l'hôpital et régularisera la situation avec son assuré.

S'il n'y a aucune discordance entre le statut du patient (BIM / non-BIM) sur la facture de l'hôpital et le statut du patient connu par l'organisme assureur, ce dernier ne vérifiera pas les références de la consultation du réseau. La mention des certificats réseau n'est en effet pas obligatoire mais dans ce cas, il n'y a pas d'engagement de paiement.

- Rappels:**
- 1) L'engagement de paiement ne porte que sur l'assurabilité du patient.
L'hôpital qui bénéficie d'un engagement de paiement est bien entendu tenu de respecter les réglementations spécifiques aux prestations facturées (ex. qualification du dispensateur ...)
 - 2) Par données d'assurabilité, on entend le droit à l'intervention de l'assurance obligatoire et le taux d'intervention (assuré ordinaire ou bénéficiaire de l'intervention majorée).
Si une différence dans les codes titulaires (CT1-CT2) n'amène à aucune différence dans les tarifs appliqués, la facture ne peut pas être rejetée pour ce motif. (exemples : CT 130-130 au lieu de 110-110 ou bien encore 111-111 au lieu de 131-131)

Les données d'assurabilité demandées le jour x pour une période déterminée, restent indéfiniment valables pour toutes les prestations exécutées durant la période concernée peu importe la date de facturation. (sous réserve, bien entendu de la prescription prévue à l'article 174 de la loi SSI).

La période demandée peut être une période échue (période passée de ... à ...) ou une période non échue s'étalant dans le futur (maximum x + 30 jours calendrier).

Dans ce cas, selon l'article 159bis de l'AR du 3/7/1996, les données d'assurabilité restent valables en principe pour le reste du mois calendrier durant lequel la consultation a eu lieu. Toutefois, comme le permet l'article 159bis la commission de convention hôpitaux-organismes assureurs a, pour son secteur, fixé ce délai à : jour x + 30 jours calendrier.

Un hôpital qui a déjà effectué une première consultation réseau (par ex, à la date de prestation pour la comptabilisation de la facture patient) peut éventuellement (juste avant la date de facturation à l'OA) faire une nouvelle consultation réseau de l'assurabilité pour cette même date de prestation.

Les données de cette deuxième consultation réseau (CT1/CT2 et certificat) peuvent être utilisées pour la facturation à l'organisme assureur sauf si un ticket modérateur a déjà été facturé au patient en fonction de la première consultation et que ce ticket modérateur ne correspond pas aux données d'assurabilité qui ont été obtenues lors de cette deuxième consultation réseau. Cette situation correspond à une modification du taux d'intervention avec effet rétroactif. Dans ce dernier cas, l'hôpital doit reprendre pour facturer l'engagement de paiement qui a été obtenu lors de la première consultation réseau.

Il est possible qu'une facture d'un même patient doive être scindée en plusieurs factures parce qu'il existe plusieurs certificats réseau (traitements étendus sur une période de plus de 30 jours). Cela a naturellement comme désavantage que la facture destinée au patient doit aussi être scindée.

Nous rappelons également qu'en vertu de l'art.53 de la loi SSI, les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance.

Le dispensateur de soins est tenu de remettre ces documents dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi.

Une amende administrative de 25 à 250 EUR est infligée pour chaque infraction commise par le dispensateur de soins.

L'AR du 19 MAI 1995 (portant exécution des articles 53 et 168 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) stipule à cet égard ce qui suit :

« art. 1er : L'attestation de soins ou de fournitures ou le document qui en tient lieu doit être remis par le dispensateur de soins au bénéficiaire ou à l'organisme assureur au plus tard dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies . Toutefois, lorsque la facturation trimestrielle est admise en vertu des dispositions réglementaires, le délai prévu à l'alinéa 1er prend cours à la fin du trimestre auquel se rapporte la facture.

Si dans les conventions et accords visés au titre III, chapitre V, de la loi précitée, un délai a été fixé pour la remise de l'attestation de soins ou de fournitures ou le document qui en tient lieu, ce délai reste d'application jusqu'à la date d'expiration des conventions et accords précités. Toute convention et tout accord conclu après l'entrée en vigueur du présent arrêté devra se conformer au délai prévu à l'alinéa 1^{er}

art. 2 : Les constatations qui sont de nature à établir une infraction visée à l'article 1er sont effectuées par les personnes habilitées à dresser procès-verbal en vertu de l'article 169 de la loi précitée.

art. 3 : A charge du dispensateur de soins dans le chef duquel une infraction visée à l'article 1er a été constatée, il est infligé une amende administrative de 1 000 francs par mois de retard sans que le montant de l'amende ne puisse excéder 10 000 francs par document ».

2. Exemples concrets qui illustrent ces principes

Exemple 1

Un patient subit des traitements ambulatoires le 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011, 5/4/2011 et 20/4/2011.

L'assurabilité change le 1/5/2011 avec effet rétroactif à partir du 1/4/2011 : CT 120/120 devient 121/121.

L'hôpital perçoit le ticket modérateur du patient via des factures patient mensuelles.
L'intervention AMI est facturée en tiers payant après la clôture du plan de traitement.

Des factures patient ont été établies entre-temps le 9/3/2011, le 25/3/2011 et 25/4/2011.
Une consultation réseau est réalisée préalablement à chaque facture patient pour savoir quel ticket modérateur peut être facturé au patient :

- Le 8/3/2011 pour les prestations du 5/3/2011 et 7/3/2011:
assurabilité demandée pour la période du 1/1/2011 au 7/4/2011 inclus (« 8/3/2011 + 30 jours calendrier ») = 120/120;
n° accord engagement de paiement1
→ ticket modérateur sans régime préférentiel
- Le 24/3/2011 pour les prestations du 15/3/2011 et 20/3/2011:
assurabilité demandée pour la période du 1/1/2011 au 23/4/2011 inclus (« 24/3/2011 + 30 jours calendrier ») = 120/120;
n° accord engagement de paiement2
→ ticket modérateur sans régime préférentiel
- Le 24/4/2011 pour les prestations du 5/4/2011 et 20/4/2011:
assurabilité demandée pour la période du 1/1/2011 au 24/5/2011 inclus (« 24/4/2011 + 30 jours calendrier ») = 120/120;
n° accord engagement de paiement3
→ ticket modérateur sans régime préférentiel

La facture pour l'OA est établie le 3/5/2011, envoyée le 4/5/2011 et traitée par l'OA le 7/5/2011.

Une nouvelle consultation réseau est effectuée le 2/5/2011 :
période d'assurabilité demandée : 1/1/2011 au 1/6/2011 inclus (« 2/5/2011 + 30 jours calendrier ») =
période du 1/1/2011 au 31/3/2011 inclus = 120/120 ; n° accord engagement de paiement4
période du 1/4/2011 au 1/6/2011 inclus = 121/121 ; n° accord engagement de paiement5

Vu que les prestations du 5/4/2011 et du 20/4/2011 ont déjà été facturées au patient avec CT = 120/120 (ticket modérateur sans régime préférentiel), elles doivent être facturées à l'OA de la même manière. Donc, l'engagement de paiement5 ne peut pas être utilisé. Pour ces prestations, on doit reprendre la consultation réseau du 24/4/2011 (engagement de paiement3) ou la consultation réseau du 24/3/2011 (engagement de paiement2) valable pour les prestations jusqu'au « 24/3/2011 + 30 jours calendrier ».

Pour les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 et 20/3/2011, l'engagement de paiement4 peut être utilisé. Une alternative pour ces prestations, est de se baser aussi sur l'engagement de paiement obtenu lors de l'établissement des factures patients (engagement de paiement1, engagement de paiement2) ou l'engagement de paiement 3.

En théorie, il y a plusieurs possibilités :

Option 1 :

Facture 1 avec les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 et 20/3/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement4

Facture2 avec les prestations du 5/4/2011 et 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° engagement de paiement3

Option 2

Facture 1 avec les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 et 20/3/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement4

Facture2 avec les prestations du 5/4/2011 et 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° engagement de paiement2

Option 3 :

Facture avec les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011, 5/4/2011 et 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement2.

Option 4 :

Facture avec les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011, 5/4/2011 et 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement3.

Option 5 :

Facture 1 avec les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011 et 5/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement1 (valable pour les prestations jusqu'au « 8/3/2011 + 30 jours calendrier »).

Facture 2 avec la prestation du 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement2 (valable pour les prestations jusqu'au « 24/3/2011 + 30 jours calendrier »).

Option 6 :

Facture 1 avec les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011 et 5/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement1 (valable pour les prestations jusqu'au « 8/3/2011 + 30 jours calendrier »).

Facture 2 avec la prestation du 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement3 (valable pour les prestations jusqu'au « 24/4/2011 + 30 jours calendrier »)..

Option 7:

Facture 1 avec les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement1 (valable pour les prestations jusqu'au « 8/3/2011 + 30 jours calendrier »).

Facture 2 avec les prestations du 5/4/2011 et du 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement2 (valable pour les prestations jusqu'au « 24/3/2011 + 30 jours calendrier »).

Option 8 :

Facture 1 avec les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement1 (valable pour les prestations jusqu'au « 8/3/2011 + 30 jours calendrier »).

Facture 2 avec les prestations du 5/4/2011 et du 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement 3 (valable pour les prestations jusqu'au « 24/4/2011 + 30 jours calendrier »).

Option 9 :

Facture 1 avec les prestations du 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011 et 20/3/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement2.

Facture 2 avec les prestations du 5/4/2011 et 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement3

Option 10 :

Facture 1 avec les prestations du 5/3/2011 et 7/3/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement4

Facture 2 avec les prestations du 15/3/2011 et 20/3/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement1

Facture3 avec les prestations du 5/4/2011 et 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° engagement de paiement3

Option 11 :

Facture 1 avec les prestations du 5/3/2011 et 7/3/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement1

Facture 2 avec les prestations du 15/3/2011 et 20/3/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement2

Facture 3 avec les prestations du 5/4/2011 et 20/4/2011 avec CT 120/120 et n° accord engagement de paiement3

Dans la pratique, l'option 11 est la plus logique (nombre de factures patient identique au nombre de factures OA).

La plus facile étant de mentionner toutes les prestations sur une même facture avec le CT 120/120 et le n° d'accord d'engagement de paiement 2 ou 3 (option 3 ou 4).

Exemple 2 (variante de l'exemple 1)

Un patient subit des traitements ambulatoires le 5/3/2011, 7/3/2011, 15/3/2011, 20/3/2011, 5/4/2011 et 20/4/2011.

L'assurabilité change le 1/5/2011 avec effet rétroactif à partir du 1/4/2011 : CT 120/120 devient 121/121.

L'hôpital perçoit le ticket modérateur du patient au comptant pour chaque traitement.

L'intervention AMI est facturée en tiers payant après la clôture du plan de traitement.

Pour chaque traitement, une consultation réseau est effectuée pour savoir quel ticket modérateur peut être facturé au patient.

- Le 5/3/2011:
assurabilité demandée pour la période du 1/1/2011 au 4/4/2011 inclus = 120/120;
n° accord engagement de paiement1
→ ticket modérateur sans régime préférentiel
- Le 7/3/2011:
assurabilité demandée pour la période du 1/1/2011 au 6/4/2011 inclus = 120/120;
n° accord engagement de paiement2
→ ticket modérateur sans régime préférentiel
- Le 15/3/2011:
assurabilité demandée pour la période du 1/1/2011 au 14/4/2011 inclus = 120/120;
n° accord engagement de paiement3
→ ticket modérateur sans régime préférentiel
- Le 20/3/2011:
assurabilité demandée pour la période du 1/1/2011 au 19/4/2011 inclus = 120/120;
n° accord engagement de paiement4
→ ticket modérateur sans régime préférentiel

- Le 5/4/2011:
assurabilité demandée pour la période du 1/1/2011 au 5/5/2011 inclus = 120/120;
n° accord engagement de paiement5
→ ticket modérateur sans régime préférentiel
- Le 20/4/2011:
assurabilité demandée pour la période du 1/1/2011 au 20/5/2011 inclus = 120/120;
n° accord engagement de paiement6
→ ticket modérateur sans régime préférentiel

La facture pour l'OA est établie le 3/5/2011, envoyée le 4/5/2011 et traitée par l'OA le 7/5/2011.
Une nouvelle consultation réseau est effectuée le 2/5/2011 :
période d'assurabilité demandée : 1/1/2011 au 1/6/2011 inclus =
période du 1/1/2011 au 31/3/2011 inclus = 120/120 ; n° accord engagement de paiement7
période du 1/4/2011 au 1/6/2011 inclus = 121/121 ; n° accord engagement de paiement8

Vu que les prestations du 5/4/2011 et du 20/4/2011 ont déjà été facturées au patient avec CT = 120/120 (ticket modérateur sans régime préférentiel), elles doivent être facturées à l'OA de la même manière. L'engagement de paiement8 ne peut pas être utilisé. Pour ces prestations, on doit reprendre, par exemple, la consultation réseau du 5/4/2011 (engagement de paiement5) ou du 20/4/2011 (engagement de paiement6).

En théorie, il y a à nouveau plusieurs possibilités. La plus facile étant de mentionner toutes les prestations sur une même facture avec le CT 120/120 et le n° d'accord d'engagement de paiement6 (engagement de paiement demandé le 20/4/2011).

Exemple 3

Le 15/02/2011, une prestation est exécutée dans une polyclinique avec encaissement immédiat du ticket modérateur.

Le même jour (15/2/2011), des prestations de labo sont aussi exécutées. Le ticket modérateur de ces prestations de labo est réglé par la suite via une facture patient.

Le 15/2/2011, une consultation réseau est réalisée pour pouvoir encaisser auprès du patient le ticket modérateur correct pour les prestations de polyclinique :
assurabilité demandée pour la période du 01/02/2011 au 28/02/2011 inclus : CT = 120/120 ; n° accord engagement de paiement1 → ticket modérateur sans régime préférentiel

Le 20/03/2011, la facture pour l'OA (prestations polyclinique + prestations labo) et la facture patient (prestations labo) sont établies.

Situation 1

Une nouvelle consultation réseau a lieu à ce moment :
assurabilité demandée pour la période du 01/02/2011 au 31/03/2011 inclus : CT = 121/121 ; n° accord engagement de paiement2.

La facturation des prestations de labo peut s'effectuer avec le CT = 121/121 et avec le n° d'engagement de paiement2.

Pour les prestations de polyclinique, le ticket modérateur a déjà été perçu sans régime préférentiel (sur base du CT = 120/120). La facturation de ces prestations à l'OA doit, donc, également s'effectuer sans régime préférentiel. L'engagement de paiement1, demandé le 15/2/2011, peut encore être utilisé.

Il y a 2 possibilités :

Option 1 : 2 factures séparées

Facture 1 avec les prestations de polyclinique avec CT = 120/120 et n° accord engagement de paiement1

Facture 2 avec les prestations de labo avec CT = 121/121 et n° accord engagement de paiement2

Option 2 : une facture

Une facture avec les prestations de polyclinique et les prestations de labo avec CT = 120/120 et n° accord engagement de paiement1.

Situation 2

Une nouvelle consultation réseau a lieu à ce moment :

assurabilité demandée pour la période du 01/02/2011 au 31/03/2011 inclus : CT =

000/000 (patient pas en règle) : le patient n'est pas assuré.

Pour les prestations de polyclinique et les prestations de labo, la première consultation réseau du 15/2/2011 a généré un engagement de paiement qui peut être utilisé par l'hôpital pour facturer à l'OA.

Une facture à l'OA est établie avec les prestations de polyclinique et les prestations de labo avec CT = 120/120 et n° accord engagement de paiement1.

Exemple 4

Un patient reçoit une prestation ambulatoire le 15/12/2010.

Consultation réseau le 15/12/2010 :

période d'assurabilité demandée :

période du 1/1/2010 au 31/12/2010 inclus : CT = 110/110 ; n° accord engagement de paiement1.

Le 10/1/2011, la facture patient est établie avec ticket modérateur sans régime préférentiel et la facture pour l'OA est établie avec CT = 110/110 et n° accord engagement de paiement1. Le CT utilisé est correct et l'engagement de paiement est valable (date de prestation comprise dans la période demandée), mais la prestation est refusée pour une autre raison (par ex : prescripteur non complété alors que c'est bien exigé).

Le ticket modérateur a été payé par le patient le 30/1/2011. L'intervention AMI n'est pas payée (refusée par l'OA).

Le même patient vient à nouveau les 5/5/2011, 15/5/2011 et 30/5/2011 à l'hôpital pour des traitements ambulatoires.

Le 5/5/2011, une consultation réseau est réalisée.

période d'assurabilité demandée : 1/1/2010 au 4/6/2011 inclus =

période du 1/1/2010 au 31/12/2010 inclus : CT = 110/110 ; n° accord engagement de paiement2

période du 1/1/2011 au 4/6/2011 inclus : CT = 111/111 ; n° accord engagement de paiement3

Situation 1

Le 20/6/2011, les prestations du 5/5/2011, 15/5/2011 et 30/5/2011 sont facturées à l'OA avec le CT = 111/111 et le n° accord engagement de paiement3 (valable pour les prestations jusqu'au 4/6/2011 inclus).

Sur le même fichier de facturation (établi le 20/6/2011), la prestation refusée du 15/12/2010 est réintroduite. Pour cette prestation, on peut soit utiliser l'engagement de paiement1 (obtenu le 15/12/2010), soit utiliser l'engagement de paiement2 (obtenu le 5/5/2011). Les deux engagements de paiement sont, donc, valables car pour les deux, la date de prestation est comprise dans la période demandée.

Situation2

Le 18/6/2011, une nouvelle consultation réseau est réalisée:
période d'assurabilité demandée : 1/1/2010 au 18/7/2011 inclus =
Période du 1/1/2010 au 30/09/2010 inclus : CT = 110/110 ; n° accord engagement de paiement4
Période du 1/10/2010 au 31/12/2010 inclus : CT = 111/111 ; n° accord engagement de paiement5
Période du 1/1/2011 au 18/7/2011 inclus : CT = 111/111 ; n° accord engagement de paiement6

Le 20/6/2011, les prestations du 5/5/2011, 15/5/2011 et 30/5/2011 sont facturées à l'OA avec CT = 111/111 et n° accord engagement de paiement6.

Sur le même fichier de facturation (établi le 20/6/2011), la prestation refusée du 15/12/2010 est réintroduite. Pour cette prestation, on dispose des engagements de paiement valides suivants (date de prestation comprise dans la période demandée) :

- 1) Engagement de paiement1 (obtenu le 15/12/2010)
- 2) Engagement de paiement2 (obtenu le 5/5/2011)
- 3) Engagement de paiement5 (obtenu le 18/6/2011)

Dans la pratique, seuls les engagements de paiement 1 et 2 sont utilisables parce que le ticket modérateur sans régime préférentiel (basé sur le CT = 110/110) a déjà été payé par le patient.

Exemple 5

Un patient reçoit des prestations ambulatoires le 1/11/2011, 12/11/2011, 13/12/2011, 15/12/2011 et le 20/12/2011.

Consultation réseau le 12/11/2011 :

Période d'assurabilité demandée :

période 01/01/2011 au 29/11/2011 inclus : CT= 130/130

L'assurabilité change le 16/12/2011 avec effet rétroactif au 14/12/2011 : CT 131/131.

L'hôpital perçoit le ticket modérateur du patient via des factures patient mensuelles.

Les factures patient ont été établies le 30/11/2011 et le 30/12/2011 avec CT 130/130.

Le 31/12/2011, l'hôpital facture à l'OA toutes les prestations avec CT = 130/130 et le n° accord engagement de paiement de la consultation réseau du 12/11/2011.

L'assurabilité des prestations du 15/12/2011 et du 20/12/2011 est incorrecte. Pour ces prestations, il n'y a pas d'engagement de paiement car elles ne figurent pas dans la période d'assurabilité demandée (limitée au 29/11/2011).

Elles sont donc rejetées et entraînent le rejet de toute la facture, car l'OA attend 2 factures :

- 1 facture avec CT 130/130 pour les prestations du 1/11/2011, 12/11/2011 et 13/12/2011 et les références de la consultations réseau du 12/11/2011 ; Il y a engagement de paiement pour les prestations jusqu'au 29/11/2011 inclus.
- 1 facture avec CT 131/131 (et une nouvelle consultation réseau éventuelle) pour les prestations du 15/12/2011 et du 20/12/2011.

Vu que la facture patient a été envoyée et que les tickets modérateurs ont été perçus, l'hôpital a l'obligation de rembourser au patient concerné, le surplus d'intervention personnelle qu'il a reçu pour les prestations ambulatoires exécutées le 15/12 et le 20/12 qui ont été facturées au patient avec une assurabilité incorrecte (130/130 régime non préférentiel au lieu de 131/131 régime préférentiel) et sans engagement de paiement.

Au moment de l'établissement des factures OA, l'hôpital aurait dû faire une nouvelle consultation réseau couvrant la période de prestation pour laquelle il n'a pas encore d'engagement de paiement. L'hôpital aurait alors reçu un engagement de paiement avec 2 périodes d'assurabilité et aurait su qu'il devait établir 2 factures.

Comme la facture a déjà été envoyée au patient, les prestations du 1/11/2011, 12/11/2011 et du 13/12/2011 devaient être facturées avec CT = 130/130 et les références de la consultation réseau du 12/11/2011.

Les prestations du 15/12/2011 et du 20/12/2011 devaient être facturées avec CT = 131/131 et les références de la nouvelle consultation réseau.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général