

Protocole approuvé le 24 novembre 2016 par la Commission nationale dento-mutualiste visée à l'article 30 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, fixant les modalités d'application pour des échanges de données électroniques entre les dentistes et organismes assureurs via le réseau MyCareNet

Article 1^{er}. Le présent protocole concerne les échanges des données électroniques suivants :

- Convention : Annexe 1
- Service assurabilité : Annexe 2
- Consultation des tarifs : Annexe 3
- Service facturation : Annexe 4
- Service consultation du droit DMG : Annexe 5

La transmission de ces données entre dispensateurs de soins ou au sein des organismes assureurs ne relève pas de l'application du protocole.

Art. 2. L'échange de données doit se dérouler conformément à l'article 36/1 de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth.

Art. 3. Il revient aux systèmes informatiques utilisés par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs de conserver systématiquement les données concernant l'identité du responsable de la transmission ainsi que de celui qui a exécuté cette transmission, une information temporelle complète et les rapports de perturbations éventuelles qui ont été constatées pendant le traitement

Art. 4. Les règles de travail pratiques et impératives convenues entre les parties figurent dans la convention MyCarenet en Annexe 1^{re}.

Art. 5. La liste de contrôle destinée à documenter les différentes exigences auxquelles les systèmes informatiques du dispensateur de soins (ou de son mandataire) doivent répondre est complétée et doit être disponible en cas d'audit relatif à la procédure d'archivage chez le prestataire ou l'organisme assureur.

Art. 6. Pour autoriser un logiciel à utiliser MyCareNet, un ensemble de démarches administratives sont à réaliser ainsi qu'un ensemble de tests avec la plateforme MyCareNet et avec les organismes assureurs. La procédure complète d'adhésion d'un fournisseur de logiciel est décrite dans le document «MyCareNet vademecum » disponible auprès du collège intermutualiste national (CIN).

Art. 7. La surveillance du bon respect des dispositions de ce protocole est assurée respectivement par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Service du contrôle administratif, chacun au niveau de ses compétences. Sans préjudice de leurs propres compétences spécifiques, les Services de contrôle doivent communiquer les éventuelles lacunes ou irrégularités à la Commission nationale dento-mutualiste.

ANNEXE 1^{re}

CONVENTION MYCARENET ENTRE LES DENTISTES ET LES ORGANISMES ASSUREURS

L'objectif de cette convention est de fixer, conformément et complémentirement à la réglementation, les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange électronique de données via le réseau MyCareNet entre les dentistes et les organismes assureurs.

Préambule :

Le contrat d'administration de la plate-forme eHealth fixant les règles et conditions spéciales selon lesquelles la plate-forme eHealth exerce les missions qui lui sont confiées par la loi, notamment la loi relative à la plate-forme eHealth, est disponible sur le site e-health : <https://www.ehealth.fgov.be/fr/a-propos-de-ehealth/organisation/comite-de-gestion>.

1. Définitions.

- Réseau : le réseau MyCareNet
- Services : types de transmission de données identifiés dans les annexes du présent document

2. Droits et obligations des parties.

2.1. Droits et obligations des organismes assureurs.

- Exactitude des données
Les organismes assureurs s'engagent à mettre à jour et à rendre accessible sur le réseau les données correctes de tous leurs membres, relatives aux services décrits dans l'annexe.
- Disponibilité des services de la plateforme MyCareNet :
 - Une disponibilité de 99 % sur base mensuelle à l'exclusion des fenêtres de maintenance planifiées aux moments les plus opportuns.
 - Un monitoring permanent.
- Disponibilité des services :
 - Au niveau technique (disponibilité du réseau MyCareNet) :
 - les prestataires de soins peuvent introduire leurs demandes tous les jours 24 heures sur 24 à l'exclusion des fenêtres de maintenance planifiées.
 - Au niveau du Helpdesk de MyCareNet :
 - le helpdesk sera disponible pendant les heures de bureau de 8H30 à 17H30, et ce uniquement pendant les jours ouvrables. Un document séparé mentionnera où le prestataire de soins pourra s'adresser et avec quel type de question.

- Au niveau des Helpdesk des organismes assureurs :
 - le helpdesk sera disponible pendant les heures de bureau de 9H à 12H et de 13H30 à 16H et ce uniquement pendant les jours ouvrables. Un document séparé mentionnera où le prestataire de soins pourra s'adresser et avec quel type de question.
- La coordination entre les services Helpdesk de MyCareNet et des organismes assureurs est assurée.

2.2. Droits et obligations des prestataires de soins.

- Le prestataire de soins s'engage à transmettre en temps utile ses données exactes aux responsables des sources authentiques.
- Le prestataire de soins se déclare d'accord avec les éventuelles futures adaptations de cette convention, pour autant qu'elles aient été approuvées par la Dento-mut. La version la plus récente de cette convention peut à tout moment être obtenue auprès du Collège Inter-mutualiste National (ci-après le CIN) et sur le site web de l'INAMI.
- Un prestataire de soins a accès au réseau pour autant que la plate-forme e-Health reconnaisse et authentifie les identifiants et qualités que lui présente le prestataire de soins.
- L'utilisation de ce réseau est limitée aux services décrits en annexe et sous-entend l'acceptation de plein droit des conditions relatives à ce service comme stipulées dans l'annexe correspondante.
- Le helpdesk première ligne du prestataire de soins est toujours le fournisseur du logiciel au moyen duquel le prestataire de soins consulte MyCareNet (donc en cas de problème avec MyCareNet, le prestataire de soins contactera en premier lieu son fournisseur de logiciel).

3. Abus ou infractions.

- En cas d'abus ou d'infraction à la présente convention :
 - Dès qu'un organisme assureur constate des abus ou des infractions à la présente convention, il enverra au prestataire de soins un avertissement à ce sujet par lettre recommandée.
 - Le CIN fera part de tout cas d'abus ou d'infraction le concernant au Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, qui veille au respect de la protection de la vie privée des assurés sociaux dans le service concerné.
 - Dès qu'un prestataire de soins constate un ou des abus ou une ou des infraction(s) à la présente convention, il enverra au CIN un avertissement à ce sujet par lettre recommandée.
 - En cas de répétition des faits endéans les 365 jours à partir de la première infraction, la Dento-mut ainsi que les services de contrôles administratif et médicaux de l'INAMI en seront informés, et prendront, en fonction de leurs compétences et responsabilités respectives, les actions nécessaires vis-à-vis de la partie en infraction.
- Au cas où l'utilisation du réseau par le prestataire de soins mettrait en danger la disponibilité ou la sécurité du système informatique, l'accès pourrait temporairement lui en être refusé après l'en avoir averti, le temps que le problème soit résolu (Il s'agit ici de `problèmes techniques').

4. Mandats

Un prestataire de soins a le droit de donner un mandat à un mandataire pour les services consultations assurabilité, consultation des tarifs et facturation .

Des informations générales sur la gestion des mandats sont disponibles sur le site de eHealth : <https://www.ehealth.fgov.be/fr/mandats>

Le prestataire de soins et son mandataire utilisent l'outil de gestion des mandats eMandate, accessible via la plateforme ehealth, pour gérer les mandats : <https://eservices.minfin.fgov.be/mandates/healthcare>

Les conditions d'utilisation des mandats sont décrites dans cet outil eMandate.

Le mandant reste responsable du contenu des messages et plus spécifiquement du contenu de la facturation et de l'effectivité des prestations fournies.

Pour être valables, les mandats doivent répondre aux conditions énumérées limitativement ci-après :

- Le mandat doit mentionner explicitement l'objet du mandat.
- Un mandat n'aura pas trait à la façon de payer. A cet effet, un accord spécifique doit être signé entre le prestataire de soins et l'organisme assureur.
- Il ne peut pas y avoir de périodes chevauchantes entre 2 mandats pour un même service. Le cas échéant, un nouveau mandat pour un service clôture automatiquement le mandat précédent.
- En cas de décès, de faillite ou de liquidation du mandant ou du mandataire, tout mandat est immédiatement terminé. Un nouveau mandat peut éventuellement être donné par ou avec le liquidateur ou le curateur.

5. Evaluation.

Il sera fait une évaluation permanente du respect des droits et obligations des parties présentes dans cette convention.

ANNEXE 2

Service `Assurabilité`

Objectif

L'objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange des données électroniques dans le service « assurabilité »

Définitions

Par assurabilité, il faut entendre : les données permettant de vérifier les droits aux remboursements par l'assurance maladie-invalidité, ainsi que les données pour l'application du tarif de remboursement, et le statut du patient pour lequel ces données sont valables. Cette consultation sera faite 'on-line' pour un patient à la fois.

Droits et obligations des parties

- Droits et obligations des organismes assureurs
 - Les organismes assureurs s'engagent à toujours fournir les informations disponibles les plus actuelles.
 - Les réponses au niveau du service assurabilité sont données immédiatement dans les secondes qui suivent la demande.
 - Les organismes assureurs sont obligés de mettre à disposition les données dont les prestataires de soins ont besoin afin d'être en mesure de pouvoir correctement facturer leurs prestations.

- Droit et obligations des prestataires de soins :
 - Le prestataire de soins s'engage à ne solliciter et traiter des données que pour des patients qu'il traite effectivement et ce dans le but exclusif de la facturation des traitements médicaux. De ce fait le prestataire de soins s'engage à effectivement attester des soins remboursables pour les patients pour qui il/elle a sollicité les données relatives à l'assurabilité.
 - Le prestataire de soins traitera les données avec stricte confidentialité et ne les transmettra pas à d'autres prestataires de soins ni à des tiers.
 - La règle de base est la suivante : le prestataire de soins ne pourra solliciter qu'une seule fois les données relatives à l'assurabilité au moment du contact avec le patient.

ANNEXE 3

Service `Consultation des tarifs`

Objectif

L'objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange des données électroniques dans le service « consultation des tarifs ».

Définitions

Par tarification, il faut entendre : Communication par l'organisme assureur des données permettant l'application du tarif de remboursement, et le statut du patient pour lequel ces données sont valables. Cette consultation sera faite 'on-line' pour un patient à la fois, pour une ou plusieurs prestations.

Droits et obligations des parties

- Droits et obligations des organismes assureurs
 - Les organismes assureurs s'engagent à toujours fournir les informations disponibles les plus actuelles.
 - Les réponses au niveau du service consultation des tarifs sont données immédiatement dans les secondes qui suivent la demande.
 - Les organismes assureurs sont obligés de mettre à disposition les données dont les prestataires de soins ont besoin afin d'être en mesure de pouvoir correctement facturer leurs prestations.

- Droit et obligations des prestataires de soins :
 - Le prestataire de soins s'engage à ne solliciter et traiter des données que pour des patients qu'il traite effectivement et ce dans le but exclusif de la facturation des traitements médicaux. De ce fait le prestataire de soins s'engage à effectivement attester des soins remboursables pour les patients pour qui il/elle a sollicité les données relatives au tarif.
 - Le prestataire de soins traitera les données avec stricte confidentialité et ne les transmettra pas à d'autres prestataires de soins ni à des tiers.
 - La règle de base est la suivante : le prestataire de soins ne pourra solliciter qu'une seule fois les données relatives au tarif au moment du contact avec le patient.
 - Le prestataire de soins s'engage à consulter le tarif pour toutes les prestations facturées en tiers-payant.
 - La consultation tarif doit être faite à la demande du prestataire de soins. Le logiciel ne peut provoquer de consultation tarif automatique et/ou systématique.

ANNEXE 4

'Service Facturation'

Objectif

L'objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange des données électroniques dans le service « facturation ».

Définitions

La facturation est la transmission des factures et la réponse à celle-ci d'un point de vue administratif entre les prestataires de soins et les organismes assureurs par voie électronique et dans le régime du tiers payant.

Droits et obligations des parties

- Droits et obligations des organismes assureurs
 - Les organismes assureurs s'engagent à traiter les factures dans les délais comme stipulé dans les conventions entre les organismes assureurs et les prestataires de soins concernés.
 - Les factures ne seront considérées comme reçues que si l'accusé de réception de l'organisme assureur a été renvoyé via le réseau.
 - Les organismes assureurs sont tenus à un engagement de paiement conforme aux conditions de l'article 5 de l'arrêté royal de 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

- Droits et obligations des prestataires de soins
 - Le prestataire de soins traitera les données avec stricte confidentialité.

ANNEXE 5

Service ` Consultation du droit DMG.

Objectif

L'objectif de cette annexe est de fixer les règles de travail pratiques et impératives pour l'échange des données électroniques dans le service « consultation du droit DMG ».

Définitions

Le service consultation du droit DMG permet au prestataire de soins de demander à l'organisme assureur qui est le médecin détenteur du DMG de son patient.

Droits et obligations des parties

- Droits et obligations des organismes assureurs
 - Les organismes assureurs s'engagent à toujours fournir les informations disponibles les plus actuelles.
 - Une réponse à une consultation de droit DMG d'un patient sera donnée immédiatement dans les secondes qui suivent la demande.

- Droit et obligations des prestataires de soins :
 - Le prestataire de soins s'engage à ne solliciter et traiter des données que pour des patients qu'il traite effectivement et ce dans le cadre exclusif de L'article 74 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 qui prévoit que «le médecin spécialiste ou le praticien de l'art dentaire communique au médecin traitant avec l'accord du malade, le protocole des examens qu'il pratique ».
 - Le prestataire de soins traitera les données avec stricte confidentialité et ne les transmettra pas à d'autres prestataires de soins ni à des tiers.
 - La consultation du détenteur du DMG du patient doit être faite à la demande du prestataire de soins. Le logiciel ne peut provoquer de consultation du détenteur du DMG automatique et/ou systématique.

