LETTRE CIRCULAIRE GENERALE n°28 - VERSION NOVEMBRE 2026

Cette lettre-circulaire remplace les lettres circulaires n° 11 du 19/09/2013 , n°22 du 07/10/2022 et n°24 du 06/02/2024.

1. Inscription du bénéficiaire

Le service Abonnement de MyCarenet permet que les inscriptions (« abonnements »), les désinscriptions et les annulations éventuelles d'inscriptions soient gérées électroniquement afin de simplifier le processus administratif des maisons médicales et des organismes assureurs (OA).
C'est un service synchrone. Cela signifie que la réponse de l'organisme assureur suit immédiatement la demande.

Le service « Abonnement » se compose de 3 parties :

- Demande d'abonnement (= inscription)
- Notification de fin d'inscription (= désinscription/fin d'abonnement)
- Annulation (résiliation de l'inscription avant le début effectif du forfait)

Lors de l'inscription d'un bénéficiaire, il existe deux manières de faire signer les deux parties : soit via un formulaire papier soit via la carte eID du patient et de son code PIN.

1.1 Dans le cas où les deux parties signent sur un formulaire papier :

a. L'inscription du bénéficiaire se fait par la signature par les deux parties, le bénéficiaire et la maison médicale, du document « Inscription du bénéficiaire » (annexe 1 NEW – formulaire d'abonnement).

b. Le document doit être signé par le représentant légal du bénéficiaire dans le cas où le bénéficiaire n'a pas encore atteint l'âge de 14 ans. Ce représentant légal doit être identifié par ses nom, prénom et numéro de registre national. Il/elle peut signer jusqu'aux 18 ans du bénéficiaire.

c. Le document d'inscription du bénéficiaire ne sera pas envoyé à l'organisme assureur. Il sera conservé par la maison médicale qui, en cas de contrôle, doit être en mesure de fournir ce document signé aux autorités compétentes. Un exemplaire signé doit également être remis au bénéficiaire.

d. Lors de l'envoi de l'inscription du bénéficiaire via le service Abonnement de MyCarenet intégré au logiciel de la maison médicale, la Maison médicale devra cocher la case « *le patient ne signe pas via sa carte eID, mais a signé le formulaire papier* ».

1.2 Dans le cas où le patient signe avec sa carte eID et son code PIN :

a. Lors de l'envoi de l'inscription du bénéficiaire via le service Abonnement de MyCarenet intégré au logiciel de la maison médicale, la Maison médicale devra cocher la case *« signature avec carte eID et code PIN par le patient t».*

b. Le logiciel devra conserver le document d'inscription avec la signature électronique du patient et de son inscription. En cas de contrôle, la maison médicale doit être en mesure de fournir la preuve numérique de cette signature aux autorités compétentes.

c. Une copie de l'inscription doit toujours être remise au bénéficiaire (par voie électronique ou imprimée).

d. Si le bénéficiaire connaît son code PIN, l'utilisateur cochera la case « signature avec carte eID et code PIN par le patient t».
Si le bénéficiaire ne connaît pas son code PIN, l'utilisateur cochera la case « *le patient ne signe pas via sa carte eID, mais a signé le formulaire papier* ». (voir point 1.1)

Veuillez noter que, si cette option n'est pas disponible dans le logiciel de la maison médicale, la signature papier par le bénéficiaire et la maison médicale reste d'application.

1.3 Précisions sur l'inscription

a. Avant de formaliser une inscription, il est impératif que la maison médicale communique de manière explicite et transparente avec les patients sur plusieurs points essentiels suivants :

- La nature de l'engagement : Le patient doit recevoir une explication détaillée du type d'engagement auquel il s'apprête à souscrire.
- Droits et responsabilités : Le patient doit recevoir une explication détaillée concernant ses droits et ses responsabilités, ainsi que ceux de la maison médicale. Cela inclut les services proposés et les actions entreprises en cas de non-respect des termes du contrat.
- Résiliation : Le patient doit recevoir une explication détaillée concernant les modalités de résiliation anticipée.
- Politique de confidentialité : Le patient doit être informé de manière transparente sur la manière dont ses données médicales seront traitées et partagées, tout en respectant les lois en vigueur.
- Recours en cas de litige : En cas de désaccord ou de litige, le patient doit connaître les mécanismes de résolution disponibles et comment les activer.
- Dialogue ouvert : Les patients doivent être encouragés à poser des questions et à demander des éclaircissements avant de signer le contrat. La maison médicale doit être prête à répondre de manière exhaustive à toutes les interrogations des patients.

Une communication claire et transparente de ces éléments est impérative pour garantir que le patient a une compréhension totale de son engagement envers la maison médicale, tout en ayant une vision précise des responsabilités de cette dernière envers lui.

b. La maison médicale est tenue de vérifier l'identité du patient lors de l'inscription (exemple : lecture eID) et de s'assurer que le formulaire d'inscription est signé en deux exemplaires, dont l'un est destiné à la maison médicale et l'autre au patient, avant d'encoder toute inscription dans son système informatique. Il est impératif de respecter cette procédure rigoureuse, car tout manquement à cette obligation constitue un abus manifeste aux règles du secteur et pourrait entraîner des sanctions sévères (pouvant aller jusqu'à un retrait de l'accord pour le paiement forfaitaire - art.13 de l'AR du 23.04.2013) pour la maison médicale. Il est également rappelé que les contrats, une fois signés, doivent être soigneusement archivés et tenus à disposition de l'administration pour vérification. Cette démarche vise à assurer la conformité légale des pratiques d'inscription et à prévenir toute fraude potentielle. Il convient de préciser que les contrôles de respect de ces formalités seront organisés, afin de s'assurer que les maisons médicales se conforment à la présente circulaire.

c. Avant l'inscription, le logiciel vérifie le statut d'assurabilité du bénéficiaire et vérifie s'il est déjà affilié à une autre maison médicale ou s'il a un DMG chez un autre médecin généraliste. Cela se fait via le service «Member Data» ou MDA.

d. Si le bénéficiaire, inscrit en AMI, n'est pas en règle avec son assurabilité, la MM peut refuser l'inscription. Remarque : pour certains groupes de patients, non affiliés à une mutualité (par exemple émargeant au CPAS), la procédure pour l'inscription est différente : par exemple : Facturation des frais médicaux dispensés aux personnes émargeant du CPAS | Primabook

e. Si le bénéficiaire n'est pas en règle avec son assurabilité mais que la MM accepte son inscription, la demande d'abonnement sera approuvée par l'organisme assureur, mais la facturation ne sera pas possible tant que le bénéficiaire ne sera pas en conformité.

Pour rappel, le délai de 2 ans pour attester les soins fournis prend cours à la date de remise en ordre de l'assurabilité.

f. Si le bénéficiaire est un nouveau-né, il pourra être abonné par la maison médicale via son numéro de registre national généré via l'application e-Birth. Toutefois, l'abonnement ne sera accepté par l'organisme assureur pour autant que le nouveau-né ait été inscrit au préalable dans une de ses mutualités.

g. Lors de son inscription, le bénéficiaire peut demander une inscription sans option ou avec option :

- Inscription sans option : les prestations de soins pour ce bénéficiaire seront facturées dans le cadre d'un forfait à partir du 1er jour du mois suivant l'inscription. Néanmoins, si des prestations sont dispensées à ce bénéficiaire au cours du mois civil de l'inscription, la maison médicale est autorisée à facturer ces prestations à l'acte. Un DMG n'est jamais facturable par la Maison Médicale durant cette période.
- Inscription avec option : les prestations de soins seront facturées "à l'acte" pendant 3 mois et non sur la base d'un forfait. Après la période de 3 mois (fin du mois en cours + 3 mois), l'abonnement prendra effet. Le patient est informé de manière proactive du démarrage effectif de son inscription. Cette période est non renouvelable. Un DMG n'est jamais facturable par la Maison Médicale durant cette période. Durant cette période de trois mois débutant le 1er du mois suivant l'inscription, les attestations de soins émises par des thérapeutes extérieurs pour des fonctions offertes par la MM (M et/ou K et/ou I) continueront à être remboursées par les OA. Pour rappel, la Maison

Médicale ne reçoit aucun forfait pour le patient inscrit durant le « période d'essai » de 3 mois.

- Les vérifications nécessaires sont intégrées dans le logiciel afin qu'une demande invalide (par exemple, case « avec option » ou sans « option » décochée) ne puisse être envoyée.

h. L'abonnement d'un bénéficiaire dans une maison médicale entraîne l'ouverture – en date de l'inscription – et la prolongation annuelle du dossier médical global de ce bénéficiaire, qui sont inclus dans le forfait mensuel (NB les suppléments DMG pour certaines catégories de bénéficiaires sont versés 1x/an à la MM par les OA – voir 6.2 p14). Ce dossier médical global est géré par les médecins de la maison médicale.

i. Le document « Inscription du bénéficiaire » constitue la convention qui, à un moment donné, a été conclue entre la maison médicale et le bénéficiaire. Les termes de cette convention sont susceptibles d'être modifiés. Ces modifications peuvent par exemple provenir de la maison médicale, à la suite d'une modification de l'accord découlant d'une composition différente de l'offre de soins, ou d'une modification de l'aire géographique (zones d'inscription et de soins et/ou de non-remboursement). Dès approbation par la Commission chargé de la conclusion des accords concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations, cette modification du contenu de la convention donnera lieu à une information complète par la maison médicale de l'ensemble des bénéficiaires inscrits.

j. En cas de réduction de la zone d'inscription et de soins par la Maison Médicale, les patients déjà inscrits se retrouvant en dehors de cette zone « rétrécie » ne pourront pas être désinscrits par la Maison Médicale s'ils ne le souhaitent pas.

k. En cas de modification de l'offre de soins, le bénéficiaire adhère automatiquement à l'ensemble modifié de l'offre de soins.

l. Le bénéficiaire est automatiquement abonné pour l'offre complète de la maison médicale (médecine générale et/ou kinésithérapie et/ou soins infirmiers). Il n'est pas possible de faire des inscriptions partielles même dans le cas où le bénéficiaire est admis dans une structure de soins où les prestations de kinésithérapie et/ou les soins infirmiers sont déjà pris en charge par l'assurance soins de santé obligatoire (cf. circulaire Maisons Médicales n°1 et circulaire OA n° 2005/38-395/238). Ce n'est que lors de la facturation que la maison médicale devra tenir compte du fait que le bénéficiaire se trouve dans une telle structure de soins. Voir « 2. Facturation électronique ».

Le tableau récapitulatif reproduit ci-dessous à titre d'information indique, pour les différentes structures de soins :

- Si les soins sont couverts par l'assurance obligatoire soins de santé (vert), cela signifie que la maison médicale recevra le montant forfaitaire pour cette discipline et que les frais dus par le patient auprès de prestataires de soins externes seront pris en charge par la maison médicale dans ces situations, comme décrit dans l'AR/document d'inscription.
- Si les coûts ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire soins de santé (rouge), la maison médicale ne recevra pas de somme forfaitaire pour cette discipline et les coûts de cette discipline ne pourront pas être recouvrés auprès de la maison médicale.

	Flandres						Wallonie/Bxl		Belgique		
	MRS/MRPA						MRS	MRPA	MSP	CSJ	IHP
M											
K	A	B	C	Cd	D	O				A l'acte	
I											

MRS – Maison de repos et de soins / **MRPA** – Maison de repos pour personnes âgées / **MSP** – Maison de soins psychiatriques / **CSJ** – Centre de soins de jours / **IHP** – Initiative d'habitation protégée

Si un membre séjourne dans une institution flamande :

- avec un profil B, C, Cd, D (MRPA, MRS ou centre de soins de jour) -> de la kinésithérapie ne peut plus être facturée via l'article 7 de la nomenclature (kinésithérapie).
- avec un profil A, O (MRPA ou centre de court séjour) -> de la kinésithérapie peut encore être facturée via l'article 7 de la nomenclature (kinésithérapie).

Il existe souvent des conventions particulières (voir ROI des MRPA)

Pour le CSJ, hors des heures de présence du bénéficiaire dans le CSJ, il peut cependant être fait appel aux praticiens de l'art infirmier ou aux kinésithérapeutes de la maison médicale. La facturation à l'acte des soins I et K à l'OA du patient par la maison médicale est autorisée lorsque des soins sont délivrés au patient en dehors des heures de présence du patient au CSJ (le registre de présence faisant Foi).

m. L'abonnement en maison médicale est toujours individuel. L'abonnement d'un bénéficiaire n'implique pas automatiquement l'abonnement de tous les membres de sa famille dans la maison médicale. Toutefois, la maison médicale dans laquelle le bénéficiaire est inscrit ne peut pas refuser l'inscription d'un autre bénéficiaire qui fait partie du ménage du bénéficiaire déjà inscrit. Par ménage, il faut entendre personnes vivant sous le même toit.

n. Un bénéficiaire ne peut être inscrit que dans une maison médicale à la fois.

o. Il n'est pas possible d'abonner un bénéficiaire de manière rétroactive. Il peut être fait exception à cette règle si la maison médicale peut démontrer qu'elle a correctement effectué la procédure d'abonnement mais que l'abonnement n'a pas pu être enregistré par l'organisme assureur.

2. Désabonnement (désinscription ou notification de fin d'enregistrement)

Le désabonnement ne peut être effectué que pour un abonnement en cours. Si l'abonnement n'est pas encore en cours, il ne s'agit alors pas d'un désabonnement mais d'une annulation de l'abonnement (voir 2.3 « Annulation »)
Il peut être mis fin à l'abonnement d'un bénéficiaire auprès d'une maison médicale soit à la demande du bénéficiaire, soit à la demande de la maison médicale.
Dans les deux cas la raison du désabonnement est encodée. A cette fin, un codage est fourni dans le logiciel.

2.1 Le bénéficiaire ne souhaite plus l'inscription

a. Le bénéficiaire informe la maison médicale ou son organisme assureur de sa décision. Si le bénéficiaire signale à son organisme assureur qu'il ne souhaite plus l'inscription, l'organisme assureur informe la Maison Médicale de la décision du bénéficiaire. La Maison Médicale ne peut s'opposer à la demande du bénéficiaire. Elle doit y donner suite dans les 14 jours.

b. Le document afférent « Notification de fin d'inscription - décision de la personne inscrite » (annexe 2 New - Formulaire désinscription patient - circ 21 du 24.06.2021) est établi. Le document est signé par les deux parties, le bénéficiaire et la maison médicale. Il sera conservé par la structure à laquelle le bénéficiaire s'est adressé, c'est-à-dire par la maison médicale ou par l'organisme assureur, qui doit être en mesure de fournir cette signature en cas de contrôle. Un exemplaire doit également être remis au bénéficiaire (en main propre ou par e-mail).

c. Le document doit être signé par le représentant légal du bénéficiaire dans le cas où le bénéficiaire n'a pas encore atteint l'âge de 14 ans. Ce représentant légal doit être identifié par ses nom, prénom et numéro de registre national. Il/elle peut signer jusqu'aux 18 ans du bénéficiaire.

d. Le désabonnement du bénéficiaire est signalé à l'organisme assureur via le flux électronique.

e. L'abonnement prendra fin au plus tôt à la fin du mois en cours et au plus tard à la fin du mois en cours + 3 mois, selon la décision du patient indiquée sur le document de notification de fin d'inscription. Un abonnement prend toujours fin à la fin d'un mois civil.

f. Lorsqu'un bénéficiaire demande son passage d'une maison médicale vers une autre maison médicale, il s'agit alors d'un transfert. (voir 2.4 « Transfert entre maisons médicales »).

2.2 La maison médicale ne désire plus l'abonnement du bénéficiaire

Lors de désabonnement à la demande de la maison médicale, il y a 2 situations différentes :

- Soit la demande se fait entre le 1er et le 15 du mois. Dans ce cas, l'abonnement se termine à la fin du mois

  Exemple: notification de fin d'inscription signée et envoyée le 15/06/2020 → date de fin le 30/06/2020

- Soit la demande est faite après le 15 du mois. Dans ce cas, l'abonnement prend fin le dernier jour du mois suivant

  Exemple: notification de fin d'inscription signée et envoyée le 16/06/2020 → date de fin le 31/07/2020

Le désabonnement du bénéficiaire à l'initiative de la maison médicale est signalé via le flux électronique. Le document afférent *« Notification de fin d'inscription - décision de la maison médicale »* (annexe 3 New - Formulaire désinscription MM - circ 21 du 24.06.2021) est établi. En cas d'absence de signature du formulaire par le bénéficiaire, la notification est envoyée au bénéficiaire par lettre recommandée. En cas de contrôle, la maison médicale doit être en mesure de fournir une preuve du courrier recommandé aux autorités compétentes. La décision de mettre fin à l'inscription

d'un bénéficiaire implique qu'il est mis fin, à la même date, à l'inscription des autres bénéficiaires faisant partie du même ménage.

La raison du désabonnement est encodée. A cette fin, un codage est fourni dans le logiciel.

Lorsqu'une maison médicale a obtenu l'accord de la Commission chargée de la conclusion des accords concernant le forfait pour réduire sa zone d'inscription et de soins, elle ne peut pas désinscrire les patients antérieurement inscrits nouvellement devenus « hors-zone » s'ils souhaitent rester inscrits à la maison médicale.

Si le bénéficiaire n'est pas en règle avec son assurabilité depuis plus d'un trimestre, la maison médicale peut informer le bénéficiaire que son inscription pourra être résiliée au terme d'un trimestre supplémentaire s'il ne régularise pas sa situation

Le patient désinscrit pour cette raison par la MM pourra, dès le moment où son assurabilité aura été remise en ordre, demander à être ré-inscrit à la MM. La MM réalisera sans délais et sans conditions cette demande du patient.

2.3 Annulation

Si une maison médicale souhaite annuler une demande d'abonnement (en raison d'une erreur, ou parce que le bénéficiaire change d'avis), la résiliation peut être faite tant qu'elle intervient avant la date de début du forfait alloué.
Si le forfait a débuté, il ne s'agit alors plus d'une annulation et la maison médicale doit envoyer une notification de fin d'inscription.

2.4 Transfert entre maisons médicales

Lors du transfert d'un bénéficiaire d'une maison médicale vers une autre maison médicale, il n'est plus fait usage de l'ancien document « demande de transfert ». L'abonnement dans la nouvelle maison médicale est valable comme preuve de désabonnement dans l'ancienne maison médicale. Il n'y a pas de tâche administrative pour la preuve de la désinscription de l'ancienne maison médicale. L'adaptation se fait automatiquement dans « Member data » (MDA). L'ancienne maison médicale pourra constater la désinscription du bénéficiaire lors de la requête MDA qui suit le mois pendant lequel l'abonnement du bénéficiaire a débuté dans la nouvelle maison médicale.

Les règles reprises dans le point 1. *Inscription du bénéficiaire* sont d'application pour l'abonnement du bénéficiaire dans la nouvelle maison médicale.

L'abonnement avec option est également possible dans une situation de transfert entre maison médicales. Dans ce cas, la première maison médicale annule l'inscription (le forfait n'ayant pas encore commencé) à la fin du mois pendant lequel la décision de transfert a été prise, mois M. et la nouvelle maison médicale inscrit le patient avec option, soit le premier jour du mois M+4.

Un transfert entre toujours en vigueur à compter du 1er jour d'un nouveau mois civil. Le bénéficiaire continuera d'être pris en charge par l'ancienne maison médicale jusqu'au dernier jour du mois où l'abonnement dans la nouvelle maison médicale a été transmis.

Un bénéficiaire ne peut être abonné que dans une maison médicale à la fois. En cas d'abonnement multiple, c'est l'abonnement le plus récent qui sera valable. L'abonnement le plus récent clôturera l'abonnement précédent ou l'annulera s'il n'a pas commencé.

2.5 Le bénéficiaire est muté vers un autre organisme assureur

Cette situation ne modifie en rien l'abonnement du bénéficiaire auprès de la maison médicale. La maison médicale pourra constater le changement d'organisme assureur lors de la requête MDA. L'ancien organisme assureur garantit un transfert correct de l'inscription au nouvel organisme assureur.

2.6 Le bénéficiaire est décédé

La maison médicale ne doit pas notifier de fin d'abonnement dans le cas du décès d'un bénéficiaire. Il sera mis fin à l'abonnement par l'organisme assureur du bénéficiaire.

Aperçu Timing

Mois :	1		2	3	4	5	...
Jour :	1-15	16-31	-	-	-	-	-
Inscription sans option	X						
Inscription avec option	X						
Annulation	X > X*						
Désinscription à l'initiative du patient sans option	X						
Désinscription à l'initiative du patient avec option	X						
Désinscription à l'initiative de la maison médicale	X						
		X					
Transfert sans option	X						
Transfert avec option	X						

Légende

	Pt. non inscrit dans le système forfaitaire
	Période avec option; MM facture les soins effectués à l'acte
	Pt. inscrit dans le système forfaitaire
	L'inscription est en cours dans la première MM
	L'inscription est en cours dans la MM vers laquelle le patient est transféré.
X	Demande - enregistrement administratif requis
→ X*	"suivi de l'annulation"

3. Conservation des documents administratifs

La maison médicale conserve les documents administratifs tant que le patient est inscrit. Le délai de conservation des documents d'abonnement (inscription), de fin d'abonnement (fin d'inscription) lorsque le patient est décédé ou quitte la maison médicale est de 6 ans. Cela ne concerne pas les éléments des dossiers médicaux des patients qui sont conservés pendant minimum 30 ans et maximum 50 ans à compter du dernier contact avec le patient (conformément à l'article 35 de la loi sur la qualité des soins).

La force probante des documents scannés n'étant pas égale à celle des documents originaux, il convient que la maison médicale conserve les documents originaux.

4. Facturation électronique

La facturation électronique sera transmise exclusivement via MyCareNet. Elle s'applique uniquement pour les forfaits et Trajets de démarrage diabète type 2 (pas, par exemple, pour les prestations techniques ou la facturation à l'acte pendant la période d'essai).

Pour les membres sous le numéro d'Office Régional (OR) 675 (assurés « Marins »), l'OA 6 a prévu de gérer les abonnements et la facturation électronique. Mais la facturation 675 doit faire l'objet d'envois distincts des autres. Pour les membres de l'Office de sécurité sociale d'Outre-mer (999), il n'y a rien à prévoir. Depuis 01/2019, les bénéficiaires de la sécurité sociale d'Outre-mer ont dû s'inscrire auprès d'une mutualité de leur choix pour obtenir le remboursement des soins de santé.

Toutes les informations concernant la mise en page et le contenu du fichier de facturation électronique peuvent être consultées dans la brochure «Instructions aux établissements hospitaliers, aux laboratoires de biologie clinique agréés, aux praticiens de l'art infirmier et à tous les autres établissements et dispensateurs qui recourent au système de délivrance des fichiers de facturation et aux organismes assureurs », que vous pouvez retrouver sur le site de l'INAMI via ce lien:

https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/facturation-electronique.aspx

Des informations spécifiques pour les maisons médicales sont reprises dans l'annexe 12 de cette brochure.

Lorsque la maison médicale souhaite établir la facturation, une demande préalable de MDA asynchrone doit toujours être faite pour tous les patients inscrits de la maison médicale. Cela se produit, au plus tôt, le 1er jour du mois concerné. La facture est générée automatiquement par le logiciel et sans saisie manuelle par la maison médicale.

La facturation se fait toujours mensuellement, mais il n'est pas possible de facturer avant le 1er jour du mois concerné. Il est possible d'envoyer les factures électroniques de plusieurs mois différents, mais il est demandé dans la mesure du possible d'envoyer des factures distinctes pour chaque mois.

Les OA traitent les factures au plus tard dans les quinze jours suivant leur réception. Ils utilisent le numéro de facture de la Maison Médicale comme référence pour chaque paiement, afin de faciliter l'identification et suivi des paiements.

Une marge d'erreur de plus de 5 % bloquera le paiement de la facturation électronique par l'OA concerné. Dans ce cas, la Maison Médicale devra corriger les erreurs et renvoyer la facture à l'OA concerné.

Le patient est automatiquement inscrit pour l'offre forfaitaire complète de la maison médicale. Quand le bénéficiaire est admis dans une structure de soins où les prestations de kinésithérapie et/ou les soins infirmiers sont déjà pris en charge par l'assurance soins de santé obligatoire (cf. circulaire Maisons Médicales n°1 et circulaire OA n° 2005/38-395/238), la maison médicale n'aura pas droit à un montant forfaitaire pour ces soins (voir cas spéciaux 4.1).

4.1 Facturation Electronique : cas spéciaux

4.1.1 Cas d'hospitalisation

L'octroi du forfait pour une personne inscrite, lorsqu'elle est hospitalisée, est basé sur les principes suivants :

Lorsque l'hospitalisation ne couvre pas un mois civil complet, le forfait est dû pour ce mois. Par contre, lorsque l'hospitalisation couvre un mois civil complet, le forfait pour ce mois n'est pas dû. Quand un patient hospitalisé ne sort que les week-ends, on considère que l'hospitalisation est continue et que donc, le forfait n'est pas dû (pour tous les soins MKI).

Lors d'hospitalisation partielle (hospitalisation de jour), le forfait reste dû à la maison médicale.

4.1.2 Cas d'admission dans une maison de repos pour personnes âgées, une maison de repos et de soins, une maison de soins psychiatriques, un centre de convalescence et rééducation fonctionnelle ou un centre de soins de jour (lorsque cette admission donne lieu au paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière)

L'octroi des montants forfaitaires pour une personne inscrite, en cas d'admission dans une maison de repos pour personnes âgées, une maison de repos et de soins, une maison de soins psychiatriques, un centre de convalescence et rééducation fonctionnelle ou un centre de soins de jour, est basé sur le principe selon lequel, lorsque le séjour ne couvre pas un mois civil complet, le forfait complet est dû pour ce mois.

Lorsque le séjour couvre un mois civil complet, en cas d'admission dans une maison de repos et de soins, une maison de soins psychiatriques, un centre de convalescence et rééducation fonctionnelle ou un centre de soins de jour, pour des bénéficiaires admis, seul le forfait prévu pour les médecins généralistes est dû pour ce mois.

Dans la pratique, si les prestations sont prises en charge par l'assurance soins de santé obligatoire, la maison médicale ne facture pas le forfait concerné lorsque le bénéficiaire séjourne dans une structure de soins pendant au moins un mois civil complet. Dans le cas contraire, la maison médicale facture le forfait concerné, sans tenir compte du fait que le bénéficiaire séjourne dans une structure de soins.

Cas concrets :

Lorsque le séjour couvre un mois civil complet, en cas d'admission :

- dans une maison de repos et de soins, pour des bénéficiaires admis, seul le forfait prévu pour les médecins généralistes est dû pour ce mois ;
- dans une maison de soins psychiatriques, pour des bénéficiaires admis, seul le forfait prévu pour les médecins généralistes est dû pour ce mois ;
- dans un centre de soins de jour, pour des bénéficiaires admis, les forfaits prévus pour les médecins généralistes sont dus pour ce mois ;
- dans un centre de convalescence et rééducation fonctionnelle, pour des bénéficiaires admis, les forfaits prévus pour les médecins généralistes sont dus pour ce mois ;
- dans une habitation protégée, pour des bénéficiaires admis, les forfaits prévus pour les médecins généralistes, les infirmiers et les kinésithérapeutes sont dus pour ce mois.

Structure	Soins infirmiers	kinésithérapie
MRS	oui	oui
MRPA Flandre	oui	oui (*)
MRPA Bxl-W	oui	non (**)
MSP	oui	oui
CSJ	oui	oui

Centre de convalescence et rééducation fonctionnelle	oui	oui
Habitation Protégée	non	non

(*) Si un membre séjourne dans une institution flamande :

- avec un profil B, C, Cd, D (MRPA, MRS ou centre de soins de jour) -> de la kinésithérapie ne peut plus être facturée via l'article 7 de la nomenclature (kinésithérapie).
- avec un profil A, O (MRPA ou centre de court séjour) -> de la kinésithérapie peut encore être facturée via l'article 7 de la nomenclature (kinésithérapie).

(**) II existe souvent des conventions particulières (voir ROI des MRPA)

Pour les structures de soins où l'assurance soins de santé obligatoire ne prend pas en charge les prestations, et ne laisse pas le choix du prestataire au patient (par exemple sur la base d'une copie du règlement d'ordre intérieur sur lequel le bénéficiaire a marqué son accord), un document signé par le patient et un responsable de la structure de soins est transmis à l' organisme assureur (annexe 4). L'organisme assureur consignera l'absence de forfait Maison Médicale pour les prestations incriminées. 9**

Lorsque le séjour couvre un mois civil complet, en cas d'admission :

dans une maison de repos pour personnes âgées en régions wallonne et bruxelloise, pour des bénéficiaires admis, seul le forfait prévu pour les médecins généralistes et pour les kinésithérapeutes est dû pour ce mois.

Durant le processus de facturation, la MM peut choisir quels montants forfaits elle facture et de cette manière limiter la facturation au forfait à laquelle elle a droit (voir le tableau ci-dessus). Ce décochage affecte uniquement le flux financier entre la maison médicale et l'OA et n'a aucune incidence sur les droits du patient (notamment le droit au remboursement). Il n'y a pas de message d'erreur si la maison médicale ne facture pas un montant forfaitaire pour une certaine discipline à laquelle elle a droit.

Les OA font des contrôles sur le fait qu'un patient est soigné dans une de ces 6 institutions. En cas de facturation des soins déjà pris en charge par ces institutions, la facturation sera refusée. Etant donné, que ces institutions sont pour la plupart fédérées, il existe parfois un décalage dans la transmission de cette information entre les entités régionalisées et les OA, ce qui peut expliquer que parfois, l'OA acceptera dans un premier temps le paiement des 3 forfaits et pourrait récupérer ultérieurement le montant payé pour un ou deux forfaits s'il s'avère que le patient était bien dans une de ces institutions. En fonction de l'OA soit le montant sera récupéré lors de la facture, soit l'OA adresse un courrier demandant le remboursement indu.

4.2 Qui contacter en cas de problème?

Le premier point de contact est toujours le fournisseur de logiciels.
En cas de problèmes spécifiques avec un organisme assureur, vous pouvez contacter le helpdesk de l'organisme assureur concerné, en indiquant le service MyCarenet avec lequel vous rencontrez des problèmes (abonnement, MDA, facturation), votre numéro INAMI et la date d'expédition :

- OA 100 : Point de contact unique (PCU)
- OA 200 : mhmm200@union-neutre.be

- OA 300 : helpdesk.carenet@socmut.be
- OA 400 : carenet.400@lm.be
- OA 500 : mycarenet@mloz.be
- OA 600: helpdesk.carenet@caami-hziv.fgov.be
- OA 900 : 900-carenet-mycarenet@hr-rail.be

4.3 Documentation technique (principalement pour votre fournisseur de logiciels)

Des informations complémentaires et de la documentation technique concernant les 3 services MyCarenet mentionnés ci-dessus sont disponibles sur le Sharepoint de MyCareNet (accessible uniquement aux producteurs de logiciels) ou sur le site de MyCareNet : https://fra.mycarenet.be/

Les questions fréquemment posées se retrouvent dans la FAQ : https://fra.mycarenet.be/faq

Toutes les informations concernant la mise en page et le contenu du fichier de facturation électronique peuvent être consultées dans la brochure *«Instructions aux établissements hospitaliers, aux laboratoires de biologie clinique agréés, aux praticiens de l'art infirmier et à tous les autres établissements et dispensateurs qui recourent au système. de délivrance des fichiers de facturation et aux organismes assureurs »*, que vous pouvez retrouver sur le site de l'INAMI via ce lien :
https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/facturation-electronique.aspx
Des informations spécifiques pour les maisons médicales sont reprises dans l'annexe 12 de cette brochure.

5. Facturation des soins par les thérapeutes des maisons médicales.

Les médecins généralistes dans le cadre de leur travail au sein de la maison médicale ne sont pas autorisés à attester des consultations à distance pour les patients inscrits.

NB : depuis le 15 février 2025, l'honoraire pour consultation à distance est temporairement fixé à zéro euro.

En revanche, les postes de garde de médecine générale (médecin travaillant à l'acte ou au forfait) peuvent attester des consultations à distance pour les patients inscrits dans une maison médicale.

6. Facturation des soins externalisés aux maisons médicales et remboursements par celles-ci

Le principe général du suivi et de la facturation de soins délivrés par des thérapeutes externes à des patients inscrits au forfait est de ne pas faire de différence par rapport à des patients soignés à l'acte.

Ainsi, comme le demande la déontologie des secteurs concernés, les informations pertinentes sont communiquées par les canaux habituels sécurisés (e-health, fax, courrier ou téléphone) à la maison médicale qui les encode dans le Dossier Médical Informatisé des patients concernés.

Étant donné que, dans les maisons médicales au forfait, aucune attestation de soins donnés ne doit être délivrée aux patients si ces prestations sont couvertes par le forfait mensuel, il n'y a pas de raison de leur délivrer un document justificatif. Il en va de même pour les prestations de soins externalisées. Tel est le principe.

La Commission chargée de l'application de la réglementation liée au paiement forfaitaire de certaines prestations recommande néanmoins l'émission d'une attestation de soins (y figurent les coordonnées du patient, le prestataire, la date et le type de soins (nomenclature) délivrés). Les attestations de soins, qu'elles soient « papier » ou « e-attest » sont adressées, soit par le patient, soit directement par le thérapeute, à la maison médicale du patient concerné.

Les postes de garde de Médecine Générale peuvent adresser directement une facture (sans attestation de soins, mais reprenant les éléments de suivi - coordonnées du patient, du prestataire, la date et le type de soins (nomenclature)) à la maison médicale où le patient est inscrit (égalité de traitement avec les consultations en tiers-payant des BIM à l'acte). Ceci est également valable dans le cadre d'une téléconsultation.

En revanche, les prestations non couvertes par le forfait, externalisées ou non, ou les prestations effectuées au cours du ou des premiers mois d'affiliation pendant la période d'enregistrement constituent l'exception.

Dans ces cas, les règles générales s'appliquent, à savoir :

- Remise d'une attestation de soins donnés aux patients (ou seulement la partie « Reçu » indiquant « 0 euro » s'il y a application du tiers payant dans le circuit papier) ;
- Remise d'un document justificatif en cas de facturation électronique (eFact/eAttest) via le software de la maison médicale ou le software du dispensateur de soins externe.

Le financement des maisons médicales au Forfait n'ayant jamais inclus les Tickets Modérateurs (TM) pouvant être réclamés aux patients, le principe général des remboursements de soins par les maisons médicales, tant aux patients qu'aux thérapeutes externes, se fait à l'exclusion des TM.

Comme le souligne le document d'inscription signé par chaque patient entrant dans le système forfaitaire (annexe de la circulaire 21 INAMI sur l'e-facturation du 24/06/2021, confirmée par la circulaire INAMI 22 de septembre 2022), pour les soins prestés en dehors des heures de service de garde à la population, une distinction doit être faite pour les soins habituellement délivrés par la maison médicale qui ne peuvent l'être (pour des raisons diverses telles que maladie/absence d'un thérapeute, « mise au vert » de la maison médicale, etc……). Dans ce cas, la maison médicale adresse le patient à un thérapeute externe et prend intégralement en charge les frais encourus (TM ou suppléments éventuels inclus).

7. Règlement comptable entre les organismes assureurs et l'INAMI

Ce règlement a été établi par la circulaire OA n° 83/159-62/58&63/49 du 19 avril 1983 (« Accords conclus en vue du paiement forfaitaire des prestations dispensées dans les centres de santé »).

Les numéros de code suivants ont été introduits :

Pseudo-code Documents N		
1) forfait soins médicaux	109616	Groupe 3
2) forfait kinésithérapie	509611	Groupe 19
3) forfait soins infirmiers	409614	Groupe 9

Étant donné que les montants sont dus par personne inscrite par mois, on entendra par « nombre de cas », le « nombre de mois ».

7.1 Honoraires pour l'utilisation le trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2

Pour chaque suivi l'organisme assureur paie, une fois par année civile, les honoraires pour le trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2 (pseudo-code 400396).

Cela suppose que le médecin respecte les conditions préalables, y compris :

- l'enregistrement des données cliniques et biologiques dans le dossier DMG des patients consacrés, comme décrit dans le protocole de soins : https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/diabete-type-2-modele-generique-soins.aspx ;
- L'offre des soins adéquats basés sur les recommandations de bonne pratique evidence based (EBM) ;
- L'examen avec ces patients des objectifs individuels, et l'enregistrement de ces objectifs dans leur DMG.

La facturation annuelle fait partie de la facturation forfaitaire. Aucune action supplémentaire de la maison médicale n'est requise.

Le montant de l'honoraire est le tarif qui est applicable au 1er janvier de l'année (j).

7.2 Précisions facturation DMG

Le DMG existe depuis le 01/05/1999 (issu de l'accord Médico-Mutualiste du 15/12/1998). L'AR du 29/05/2000 en définit la notion et son contenu.

Le dossier médical global reprend les données socio-administratives du patient, ses antécédents, une liste de problèmes, les rapports des médecins spécialistes et des autres dispensateurs de soins, les traitements chroniques. Les notes personnelles du médecin ne font pas partie du dossier médical global.

NB : sur le bon usage du DMG : voir les recommandations établies en mars 2010 par le CNPQ – Groupe de travail Médecine générale (INAMI).

Le 1er janvier 2016, une augmentation des honoraires pour la gestion du DMG des bénéficiaires avec statut de malade chronique a été introduite, pour les bénéficiaires âgés de 45 à 74 ans.

Depuis le 1er janvier 2022, la tranche d'âge est élargie aux patients âgés de 30 à 85 ans. Cet élargissement résulte de l'Accord national médico-mutualiste 2022-2023.

Depuis le 1er juillet 2024, le montant du DMG est augmenté pour les bénéficiaires avec statut maladie chronique dans les tranches d'âge 0-29 ans et > 85 ans (Prestation 107671 – 7,63€ - circ OA 2024/211 du 08/07/2024 remplaçant la circ 2024/190 du 25/06/2024)

A titre informatif, au 01/01/2026, le montant du DMG est 38,82€, DMG maladie chronique 30-84 ans est 71,16€, et celui du DMG 30-85 ans est 49,90€.

Le montant correspondant à la majoration DMG est automatiquement payé 1x/an par les organismes assureurs en dehors du forfait mensuel.

L'organisme assureur effectue la sélection des patients avec statut maladie chronique parmi les inscrits de la maison médicale au 1er octobre de l'année T. L'OA envoie la liste des personnes retenues (nom, prénom et numéro de registre national) à la maison médicale au plus tard le 31 octobre de l'année T. L'organisme assureur liquide avant le 1er avril de l'année T+1 le paiement directement sur le compte de la maison médicale, en reprenant en communication une mention structurée permettant d'identifier ce paiement.

Le DMG est ouvert, en date d'inscription, pour tout bénéficiaire inscrit à la maison médicale et est géré par les médecins de la maison médicale. Les relations thérapeutiques (de type DMG) sont étendues à l'ensemble des médecins généralistes membres de la pratique de groupe repris dans le tableau « ad hoc » sur Prosanté. Il prend cours dès l'inscription du patient au forfait et il se termine dès la fin de l'inscription du patient dans le système forfaitaire. Depuis le 01/05/2013, le montant du DMG (code 102771), réparti en douzièmes, est intégré au forfait et payé mensuellement par les OA's.

Cette répartition en douzièmes pour le paiement du DMG implique que le paiement pour un bénéficiaire de montants forfaitaires (qui incluent l'honoraire DMG) pour un ou plusieurs mois n'exclut pas que dans la même année civile pour le même bénéficiaire l'honoraire DMG puisse encore être payé à un médecin généraliste qui travaille à l'acte qui, pour le reste, satisfait les conditions légales. Cela n'empêche également pas le fait que si au cours d'une année civile un honoraire pour la gestion DMG a été payé à un médecin généraliste à l'acte pour un bénéficiaire qui s'est ultérieurement inscrit dans une maison médicale, les montants forfaitaires mensuels (qui incluent l'honoraire DMG) sont payés à la maison médicale.

8. Qualification des thérapeutes et dispositions spécifiques :

8.1 Conventionnement

Tout dispensateur de soins dans le système forfaitaire adhère aux conventions ou accords sur les tarifs.

8.2 Enregistrement dans Prosanté

Chaque entrée et sortie dans le système forfaitaire fait l'objet d'une déclaration par le prestataire (confirmée par la Maison Médicale) – ou bien d'une déclaration par la Maison Médicale (confirmée

par le prestataire) dans le répertoire « mes groupements » de Prosanté, au plus tard un mois après l'inclusion ou la sortie du prestataire dans le système forfaitaire.

En cas de problème lié à la confirmation de l'entrée ou de la sortie dans le système forfaitaire, un contact est possible avec le service via e-mail mh-mm@riziv-inami.fgov.be ou par téléphone 02/739.74.79

8.3 Accréditation

Tout dispensateur de soins exerçant la médecine générale dans le système forfaitaire répond aux conditions d'accréditation, au plus tard une année après avoir rejoint le groupe des dispensateurs de soins de la maison médicale.

8.4 Remplacements

Les remplacements d'une durée supérieure à 30 jours doivent être enregistrés par le dispensateur de soins et confirmés par la maison médicale (ou inversement) dans la base de données Prosanté, au plus tard dans le mois qui suit leur entrée en fonction. Au-delà de ce terme, le dispensateur ne peut plus pratiquer à l'acte.

8.5 Dispositions spécifiques d'éducation au diabète pour les ***trajets de soins***

La règlementation pour tous les professionnels de santé avec une formation complémentaire d'éducateur en diabétologie, donc également pour les infirmiers, est reprise dans la nomenclature des prestations de rééducation (AR du 01/03/2018 modifiant l'AR du 10/01/1991 de la nomenclature des prestations de rééducation). Depuis le 01/05/2018 :

- L'infirmier éducateur en diabétologie qui a adhéré au système du paiement forfaitaire de certaines prestations peut facturer des prestations d'éducation au diabète pour des patients avec un trajet de soins diabète de type 2, qu'ils soient inscrits en maison médicale avec un paiement forfaitaire ou non.

- Le patient avec un trajet de soins diabète de type 2, inscrit en maison médicale avec un paiement forfaitaire, sera remboursé par son organisme assureur des prestations d'éducation au diabète reçues par un éducateur en diabétologie, que ce prestataire ait adhéré au système du paiement forfaitaire de certaines prestations ou non.

8.6 Prestations d'éducation au diabète associées au ***trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2 (à partir du 1er janvier 2024 - remplace le Pré-trajet existant depuis le 01/05/2018)***

Le médecin généraliste demande le trajet de démarrage pour le patient qui peut y prétendre. Les frais de la gestion de ce trajet (numéro de nomenclature 400396) seront remboursés annuellement à la maison médicale.

La règlementation pour tous les professionnels de santé avec une formation complémentaire d'éducateur en diabétologie, donc également pour les infirmiers, est reprise depuis le 01/05/2018 dans la nomenclature des prestations de rééducation (AR du 01/03/2018 modifiant l'AR du 10/01/1991 de la nomenclature des prestations de rééducation).

Depuis le 1er janvier 2024, les prestations d'éducation au diabète associées au trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2 sont éligibles à une intervention de l'assurance si elles sont accordées à un bénéficiaire diabétique de type 2 dont le médecin généraliste a préalablement facturé le trajet de démarrage au cours de l'année civile ou de l'année civile précédente. Ces prestations peuvent être données par des diététiciens, éducateurs en diabétologie, infirmiers, kinésithérapeutes ou pharmaciens.

- Un infirmier éducateur en diabétologie et/ou un infirmier qui a adhéré au système du paiement forfaitaire de certaines prestations peut, à partir du 1er janvier 2024 facturer des prestations d'éducation au diabète pour les patients dont le médecin généraliste a préalablement facturé le trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2 au cours de l'année civile ou de l'année civile précédente, qu'ils soient inscrits en maison médicale avec un paiement forfaitaire ou non.

- Le patient avec un trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2 inscrit en maison médicale avec un paiement forfaitaire, sera remboursé par son organisme assureur des prestations d'éducation au diabète associées au trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2, que le ou les dispensateur(s) de ces prestations ai(en)t adhéré au système du paiement forfaitaire de certaines prestations ou non.

9. Établissement de données complémentaires et autres démarches vis-à-vis des organismes assureurs

Principes généraux : toutes les déclarations ou prescriptions qui ouvrent des droits au patient concerné doivent être transmises à son organisme assureur, qui procèdera à son enregistrement (Echelle de Katz, forfait kiné E, intervention financière pour soins palliatifs à domicile, déclaration maladies graves pour certains OA via leurs assurances complémentaires, ….). Il en est de même si cela permet d'identifier des caractéristiques qui influencent les variables utilisées pour le calcul du forfait.

(Les déclarations et les prescriptions transmises aux organismes assureurs afin d'accorder un remboursement spécifique pour des prestations à l'acte ne doivent pas être réalisées si la prestation est couverte par le forfait.)

Pour rappel, les règles concernant le forfait sont principalement des règles spécifiques de facturation. Les règles de limitation des remboursements des soins attestés dans le système à l'acte (infi ou kiné par exemple) ne s'appliquent dès lors pas aux soins pratiqués dans le cadre du forfait.

9.1 Echelles d'évaluation

Les maisons médicales transfèrent aux organismes assureurs toutes les échelles d'évaluation (T2 (toilette 2x/sem), T7 (toilette 7x/sem), Forfait A, B et C - sur papier exclusivement tant que l'envoi électronique ne sera pas prévu pour les praticien·nes de l'art infirmier travaillant dans le système

forfaitaire, ainsi que toutes les modifications ou tous les renouvellements des échelles d'évaluation concernant leurs bénéficiaires inscrits comme stipulé dans l'annexe 3 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. La durée de validité de ces échelles est limitée à 3 mois.
Le cas échéant, les maisons médicales communiquent aux organismes assureurs, dans le rapport d'activité rendu l'année suivante, qu'aucune échelle d'évaluation n'a été réalisée au cours de l'année pour leurs bénéficiaires inscrits.

Les maisons médicales transmettront les échelles de Katz aux organismes assureurs par envoi groupé au médecin conseil de chaque fédération et ce, une fois par mois (pour les échelles remplies dans cette période). Cet envoi peut se faire par e-mail. Les maisons médicales veilleront, en outre, à bien spécifier qu'il s'agit d'un assuré inscrit en maison médicale. Dans les cas où de nouvelles échelles de Katz doivent être envoyées par les maisons médicales lorsque celles-ci constatent une évolution du degré de dépendance de l'un (ou plusieurs) de leurs affiliés, cela se fera par ce seul et même envoi.

Les organismes assureurs enregistrent les échelles d'évaluation et les informations qui en découlent, afin que la Commission puisse décider comment elles peuvent être prises en compte dans le calcul des montants forfaitaires et afin d'assurer les droits dérivés des patients.
L'indexation n'est pas appliquée l'année T+1 au montant forfaitaire M (médecine générale), si la maison médicale n'a pas fourni toutes les informations demandées sur les échelles d'évaluation dans son rapport de l'année T.
Le cas échéant, la partie de la masse d'indexation est répartie entre les montants forfaitaires M (médecine générale) des autres maisons médicales.

L'absence de réalisation et d'envoi d'échelles de Katz est consignée dans le rapport d'activité à l'année T+1.

9.2 Demande statut pathologie lourde (kinésithérapie – liste E)

Les maisons médicales transfèrent aux organismes assureurs toutes les demandes de statut pathologie lourde (liste E) ou les demandes de prolongation (si encore d'application) après le délai de validité de 3 ans.
Cet envoi se fait soit par papier soit par e-mail, tant que l'e-Agreement ne sera pas effectif pour les kinésithérapeutes travaillant dans le système forfaitaire. Les maisons médicales veilleront, en outre, à bien spécifier qu'il s'agit d'un assuré inscrit en maison médicale
Les organismes assureurs enregistrent les statuts pathologie lourde et les informations qui en découlent, afin que la Commission puisse décider comment ces informations peuvent être prises en compte dans le calcul des montants forfaitaires et afin d'assurer les droits dérivés des patients.

9.3 Rapport d'activités et rapport financier

La maison médicale transmet, au plus tard le 31 juillet de chaque année, un rapport d'activités et un rapport financier relatif à l'année précédente au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et à la Commission via email (mh-mm@riziv-inami.fgov.be). Le rapport d'activité contient toutes les données nécessaires pour le contrôle de la spécificité de l'utilisation des ressources financières issues du paiement des montants forfaitaires, il permet aussi de vérifier si les prestataires de soins de la maison médicale répondent aux conditions d'accréditation.

Le contenu et le modèle du rapport d'activités et du rapport financier ont été définis par le Comité de l'assurance, sur base d'une proposition de la Commission Forfait.

S'il ressort des rapports des deux premières années que la maison médicale ne respecte pas les dispositions de cet arrêté ou de l'accord, les organismes assureurs peuvent dénoncer l'accord avec un préavis de six mois.

En cas d'abus manifeste ou de violation de l'accord relatif au paiement forfaitaire de certaines prestations de soins de santé, les organismes assureurs peuvent, par courrier recommandé, dénoncer l'accord avec un préavis de trois mois sans attendre les rapports des deux premières années pour autant que la maison médicale ait eu la possibilité d'être préalablement entendue sur les éléments à la base de la dénonciation et que la Commission marque un accord approuvé à la majorité de deux tiers des membres visés à l'article 32, § 1er, 1°, 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 et de la majorité des deux tiers des membres visés à l'article 32, § 1er, 2° de l'arrêté royal susvisé.

9.4 Données à établir par la maison médicale en collaboration avec la Commission forfait

En application des termes de l'accord, la maison médicale est tenue d'enregistrer, pour chaque bénéficiaire inscrit, les prestations qui lui sont dispensées dans les disciplines inclues dans son accord forfaitaire.

Les modalités d'enregistrement par la MM doivent permettre de compléter de façon fiable et vérifiable les données qui figurent dans le rapport d'activité annuel de la MM.

A la demande motivée de la Commission (notamment sur les finalités et les modalités pratiques d'enregistrement et de transmission), la maison médicale peut être tenue de collecter d'autres données relatives à son activité.

Pour mémoire, les organismes assureurs composant la Commission chargée de la conclusion des accords concernant le forfait (La Section V du Chapitre I du Titre II 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, modifié par AR 2013.04.23 - MB 30 04 2013 partie 2 - commission accords) peuvent, dans le cadre du suivi des dossiers individuels de maisons médicales ayant conclu un accord de paiement forfaitaire de certaines prestations, collecter auprès de ces maisons médicales toutes les données utiles à l'exercice de leur mission.

9.5 Données à établir par les organismes assureurs

Afin de permettre à l'INAMI d'évaluer le nombre de bénéficiaires inscrits auprès d'une maison médicale, l'organisme assureur établira, le 30 juin de chaque année, des tableaux statistiques. En particulier, par maison médicale, une liste des patients inscrits (y inclus les bénéficiaires « pas en ordre » et les décédés). Cette liste, transmise au secrétariat de la Commission forfait, servira comme base pour la répartition annuelle des sièges sur le banc des Maisons Médicales à la Commission Forfait.

La structure de ces tableaux sera déterminée, puis régulièrement revue, au sein de la Commission d'Informatique du Service des soins de santé de l'INAMI et publiée sous forme de circulaire OA.

Les données seront transmises à l'INAMI au plus tard le 31 octobre de l'année concernée.

En cas de discordance entre ces tableaux statistiques et le relevé effectués par les Fédérations représentatives des Maisons Médicales, dans le cas où ces discordances modifient la répartition des sièges entre Fédérations représentatives, la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait visé à l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 constituera un groupe de travail afin de déterminer la méthodologie correcte du comptage des patients inscrits dans les MM forfaitaires.

10. Annexes :

Annexe 1 - New - document inscription du bénéficiaire (Formulaire inscription - circ 21 du 24.06.2021)
Annexe 2 New - document notification de fin d'inscription, décision de la personne inscrite (Formulaire désinscription patient - circ 21 du 24.06.2021)
Annexe 3 New - document notification de fin d'inscription, décision de la maison médicale (Formulaire désinscription MM - circ 21 du 24.06.2021)
Annexe 4 New - document inscription partielle en cas de séjour en structure de soins MRPA Bxl-W pour le forfait K