

14 juillet 1994

**Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
coordonnée le 14 juillet 1994**

(M.B. 27-08-1994)

LES ARTICLES SUIVANTS SONT REPRIS DANS CET EXTRAIT

<u>Art 26</u>	<u>Art 49 §1 à 5</u>	<u>Art 127 §1 à 9</u>	<u>Art 170</u>
<u>Art 34 (11°-12°)</u>	<u>Art 51 §1 à 8</u>	<u>Art 156</u>	<u>Art 171</u>
<u>Art 35 §3</u>	<u>Art 52 §1 à 3</u>	<u>Art 157</u>	<u>Art 172</u>
<u>Art 37 §12</u>	<u>Art 53</u>	<u>Art 164</u>	<u>Art 173</u>
<u>Art 42</u>	<u>Art 56 §1 et 2</u>	<u>Art 167</u>	<u>Art 174</u>
<u>Art 47 §1 à 3</u>	<u>Art 69 §4</u>	<u>Art 168</u>	

TITRE III. - De l'assurance soins de santé.

CHAPITRE I. - Des institutions.

Section VIII. - Des commissions de conventions ou d'accords.

Art. 26.

Les conventions et les accords prévus aux articles 42 et 50 sont négociés et conclus et les projets de conventions visés à l'article 22, 6°, et 6° bis, développés au sein du Service des soins de santé, par des commissions de conventions ou d'accords groupant un nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements, services ou institutions intéressés.

La composition et les règles de fonctionnement de ces commissions sont fixées par le Roi. Ces commissions peuvent, d'initiative, faire aux conseils techniques compétents ou, pour les prestations dispensées par des personnes appartenant à des professions pour lesquelles il n'existe pas de conseil technique, au Comité de l'assurance, des propositions d'adaptation de la nomenclature des prestations de santé.

Chacune de ces commissions, à l'exception de la Commission nationale médico-mutualiste est présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué.

Celui-ci peut décider que des commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.

Le secrétariat est assumé par un agent du Service des soins de santé, désigné par le fonctionnaire-dirigeant de ce Service.

CHAPITRE III. - Des prestations de santé.

Art. 34.

Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent :
(...)

11° Les prestations qui sont fournies par des maisons de repos et de soins, des maisons de soins psychiatriques et des centres de soins de jour, agréés par l'autorité compétente, ainsi que les prestations qui sont fournies par des services ou des institutions agréés en application de l'article 170 de la loi relative aux hôpitaux ou à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 ;

12° Les prestations qui sont fournies par des maisons de repos pour personnes âgées ou par des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente et les prestations qui sont dispensées par des institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi ;

Art. 35.

§ 3. Le cas échéant, des tarifs différents pour les prestations visées à l'article 34, désignées par le Roi pour autant qu'elles concernent des institutions ou services, peuvent être appliqués selon que les institutions et services visés par cette disposition répondent ou non à des conditions supplémentaires qu'il fixe, lesquelles concernent les conditions de travail de leur personnel et ont une influence sur la qualité et l'accessibilité des soins.

Art. 37.

§ 12. (k)

Le Ministre fixe, sur proposition du Comité de l'assurance, l'intervention pour les prestations visées à l'article 34, 11°, 12° et 13°, ainsi que les conditions de cette intervention. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer la date à partir de laquelle le coût des accords sociaux conclus entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives des travailleurs et des employeurs, et qui concernent le personnel non repris dans le paquet de soins déterminé en exécution de l'article 35, § 1er, alinéa 5, est ajouté à cette intervention.

Les personnes bénéficiant des prestations fournies par les structures visées à l'article 34, alinéa 1er, 11°, 12° et 13°, ne peuvent prétendre à une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire sur la base de la nomenclature des prestations de santé prévue à l'article 35 de la présente loi, figurant au paquet de soins déterminé par le Roi en exécution de l'article 34, alinéa 1er, 11°, 12° et 13°, sauf exceptions expressément prévues par le Roi.

CHAPITRE V. - Des rapports avec les dispensateurs de soins, les services et les établissements.

Section I. - Des conventions.

A. Généralités.

Art. 42.

Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part, et d'autre part, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les sages-femmes, les praticiens de l'art infirmier et les services de soins infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les fournisseurs de prothèses, d'appareils et d'implants et les services et institutions visés à l'article 34, 11°, 12° et 18°, sont normalement régis par des conventions.

Les conventions mentionnées dans l'alinéa précédent s'appliquent également, en ce qui concerne les dispositions relatives aux tarifs, aux personnes qui bénéficient des soins de santé en vertu d'un Règlement de l'Union européenne ou du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne ou encore d'une convention en matière de sécurité sociale.

Le Roi régit les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins qui dispensent les prestations visées à l'article 34, 13°, 14°, 15° et 16°, d'autre part.

D. Des conventions avec les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°.

Art. 47.

§ 1er. Les conventions visées à l'article 42 fixent, en ce qui concerne les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°, les modalités de l'attribution des interventions visées à l'article 37, § 12.

§ 2. Les conventions sont soumises à l'approbation du Comité de l'assurance. Il peut approuver ces conventions soit pour l'ensemble des bénéficiaires hébergés dans les services et institutions visés à l'article 34, 11° et 12°, soit pour une partie d'entre eux, en tenant compte des limites des crédits budgétaires et en fonction des économies réalisées par la réduction du nombre de lits hospitaliers.

§ 3. La convention peut prévoir que la commission de conventions peut suspendre l'adhésion à la convention d'une institution dans laquelle sont constatés des abus systématiques et importants au détriment de l'assurance soins de santé obligatoire.

La commission décide de la date de prise en cours et de la période de suspension. En aucun cas, la diminution de l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire résultant de cette suspension, ne peut être récupérée par l'institution concernée à charge des bénéficiaires. Le Roi détermine ce que l'on entend par « abus systématiques et importants ».

F. Dispositions communes.

Art. 49.

§ 1er. Abrogé

§ 2. Les conventions peuvent prévoir que la commission au sein de laquelle a été conclue la convention est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des conventions et que la commission peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.

§ 2bis. Le Service des soins de santé communique par voie électronique ou par voie postale, aux personnes visées au titre III, chapitre V, section I, B, C, D et E le texte des conventions approuvées qui les concernent ainsi que les modalités d'adhésion et de non adhésion.

Toutefois, le bandagiste ou l'orthopédiste exerçant sa profession au sein d'une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à la convention et dans la mesure où celle-ci le prévoit expressément, y joindre une autorisation de l'employeur l'autorisant

à prendre les engagements prévus dans ladite convention. Cette autorisation n'est valable que dans la mesure où elle concerne tous les dispensateurs de l'entreprise aptes à adhérer à la convention.

§ 3. Sans préjudice des dispositions de l'article 49, § 3bis, les dispensateurs de soins qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion aux conventions, visées au titre III, chapitre V, section I, B, C, D et E, sont réputés d'office avoir adhéré aux conventions, pour la durée de la convention, sauf s'ils notifient leur refus d'adhésion aux termes desdites conventions à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Ce refus ne produit ses effets que s'il est notifié pendant la période de trente jours calculée à partir de la date de la transmission de la convention par voie électronique ou par la poste. A partir de la date fixée par le Roi, les prestataires de soins notifient électroniquement leur refus d'adhésion aux conventions précitées par une application en ligne sécurisée mise à leur disposition par l'Institut. L'utilisation exclusive de la carte d'identité électronique du prestataire de soins est obligatoire pour effectuer cette notification.

Le refus d'adhésion n'est valablement notifié qu'après la date de communication de la convention par voie électronique ou par la voie postale.

L'adhésion obtenue dans les conditions du paragraphe 2bis, alinéa 2, devient caduque si le dispensateur au service d'une entreprise, la quitte. Elle est reconduite sans condition si ce dispensateur s'installe à son propre compte. Cependant, en cas d'engagement au service d'une autre entreprise, l'adhésion est maintenue automatiquement sauf si, par écrit, l'employeur fait savoir son opposition au Service des soins de santé dans les quinze jours de l'engagement.

§ 3bis. La commission de conventions peut en cas d'abus résilier la convention unilatéralement pour une durée déterminée ou indéterminée. Le Roi détermine ce qu'il y a lieu d'entendre par abus.

La décision de résilier la convention est prise à la majorité simple. Cette décision doit être dûment motivée.

La décision de résiliation de la convention produit ses effets le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel la décision a été notifiée par lettre recommandée à la poste au prestataire de soins, au service ou à l'institution.

La résiliation est effective nonobstant toute reconduction tacite ou toute substitution de conventions nouvelles à la convention résiliée.

En aucun cas, la diminution de l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire prévue en vertu de l'article 37, § 12, résultant de cette résiliation, ne peut être récupérée par le dispensateur concerné à charge des bénéficiaires.

§ 4. Les conventions visées au titre III, chapitre V, section I, B, C, D, E et F, sont conclues pour une période de deux ans au moins et, sauf stipulations contraires, tacitement reconduites d'année en année, sauf préavis donné au plus tard trois mois avant la date d'expiration prévue.

Toutefois, le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver une convention d'une durée inférieure à deux ans.

Les textes de convention établis par le Comité de l'assurance prévoient les conditions dans lesquelles il est mis fin aux effets des adhésions individuelles à ces conventions, au cas où une convention nationale ou régionale vient d'être conclue.

§ 5. Si, à la date d'expiration d'une convention visée au § 4, une nouvelle convention n'a pas été conclue, le Service des soins de santé soumet, dans les trente jours suivant cette date, pour l'ensemble des organismes assureurs, à l'adhésion de chaque praticien de la profession intéressée, de chaque établissement hospitalier, service ou institution tout autre texte de convention établi par le Comité de l'assurance.

§ 6. Les conventions visées aux §§ 4, alinéa premier, et 5, alinéa 1^{er}, entrent en vigueur pour les dispensateurs de soins conventionnés, trente jours après l'envoi du texte par le Comité de l'assurance des conventions approuvées ou établies qui les concernent, comme prévu au § 2bis ou au § 5.

Lorsqu'une nouvelle convention est conclue ou qu'un nouveau document visé à l'article 49 existe, et que cette convention ou ce document couvre la période qui suit immédiatement une convention ou un document venu à expiration ou dénoncé conformément à l'article 51, § 9, les dispensateurs de soins conservent quant à leur adhésion ou à leur refus d'adhésion, la situation qui était la leur au dernier jour de la convention ou du document venu à expiration, soit jusqu'au jour où ils manifestent leur refus d'adhésion à la nouvelle convention ou au nouveau document, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré à la nouvelle convention ou au nouveau document.

§ 7. Le Roi peut, dès le trentième jour suivant soit celui de l'envoi par le Service des soins de santé du texte des conventions visées au titre III, chapitre V, section I, B et E, soit celui de la présentation du texte de convention visé à l'alinéa précédent, sur proposition ou après avis motivé du Comité de l'assurance, pour tout le pays ou pour certaines régions, pour toutes ou pour certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximum d'honoraires et de prix, lorsque le nombre des adhésions individuelles n'atteint pas 60 p.c. du nombre total des praticiens de la profession intéressée.

Dès qu'il est constaté que le quorum visé à l'alinéa précédent est atteint, le Roi peut réduire d'un maximum de 25 p.c. les taux de remboursement prévus à l'article 37 pour les prestations de santé effectuées par les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les

praticiens de l'art infirmier et les auxiliaires paramédicaux, qui n'ont pas adhéré à une des conventions visées par la présente section. Toutefois le Roi peut, pour les personnes qui n'ont pas adhéré à la convention, rendre obligatoire le respect des honoraires conventionnels pour les prestations qu'elles fournissent aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés à l'article 37, §19.

Le nombre d'adhésions individuelles visé aux alinéas 2 et 3 est établi en principe sur le plan national ; dans ce cas, si le quorum fixé à l'alinéa 2 est atteint, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à l'ensemble du pays. Si ce quorum n'est pas atteint, le nombre d'adhésions individuelles est établi par région ; dans ce cas, les dispositions de l'alinéa 3 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum est atteint, et celles de l'alinéa 2 peuvent être applicables à chacune des régions où ce quorum n'est pas atteint.

La notion de région est précisée dans les conditions prévues à l'article 43.

En vue de constater si le quorum visé ci-dessus est ou non atteint, le nombre de praticiens d'une profession déterminée auquel il faut rapporter le nombre de personnes de même profession ayant adhéré à une convention, est établi par le Comité de l'assurance, suivant des modalités définies par la convention.

Section III. - Dispositions communes aux sections I et II.

Art. 51.

§ 1er. Les conventions et accords visés aux sections I et II, doivent être conclus par les commissions compétentes et soumis au Comité de l'assurance, pour approbation, et au Conseil général, pour constater leurs compatibilité budgétaire, avant le 31 décembre, accompagnés de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Ces instances se prononcent au plus tard à cette date. Ces délais peuvent être exceptionnellement dépassés moyennant la motivation expresse de ce caractère exceptionnel. Le total des montants de dépenses résultant des accords et conventions nouvellement conclus et en cours, des dépenses estimées pour les prestations de santé pour lesquelles un accord ou une convention n'est pas conclu ou en cours et des budgets globaux des moyens financiers ne peut dépasser l'objectif budgétaire annuel global. Si celui-ci est dépassé, le Comité de l'assurance propose aux commissions les mesures nécessaires pour respecter l'objectif budgétaire annuel global et leurs objectifs budgétaires partiels.

Les Commissions peuvent ajouter un cadre financier pluriannuel à l'accord ou la convention.

Après l'approbation d'une convention ou d'un accord conformément à la procédure visée à l'article 22, 3°, le ministre communique le texte pour accord au Conseil des ministres et y joint l'estimation de l'incidence financière des mesures prévues. La

décision du Conseil des ministres est publiée avec les conventions et accords au Moniteur belge.

Si à la date précitée, une convention ou un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si la convention ou l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance, ce dernier peut émettre des remarques ou formuler lui-même une proposition dont il fait part au président de la commission dans un délai d'un mois. Le président du Comité de l'assurance fait alors convoquer une réunion de ladite commission que lui-même ou son délégué préside. La commission concernée dispose d'un délai de quinze jours à dater de la communication de la proposition ou des remarques du Comité de l'assurance pour se prononcer sur celles-ci.

Si la commission concernée marque son accord sur la proposition ou les remarques du Comité de l'assurance ou si celui-ci accepte la contre-proposition de la commission, une convention ou un accord est conclu sur cette base.

Si, au contraire, la commission concernée rejette la proposition ou les remarques du Comité de l'assurance ou si le Comité de l'assurance rejette la contre-proposition de la commission ou si la commission ne se prononce pas dans le délai prévu ou si le Conseil général se prononce négativement, en application de l'article 16, § 1er, 7°, sur ces remarques ou propositions :

- 1° les dispositions de l'article 49, § 5, sont applicables en ce qui concerne les conventions. Les dispensateurs de soins concernés qui n'ont pas notifié leur refus selon la procédure prévue à l'article 49, § 3, sont réputés avoir marqué leur adhésion. Le bénéfice du statut social est accordé aux dispensateurs de soins auxquels s'applique la réglementation en matière d'avantages sociaux et qui en font la demande selon la procédure en vigueur ;
- 2° en ce qui concerne les accords, le Ministre peut, après délibération en Conseil des ministres, soumettre un document à l'adhésion des médecins ou des praticiens de l'art dentaire. Ce document fixe les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance, les règles particulières de publicité et les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ces tarifs et règles sont de stricte application ; ces conditions sont celles qui étaient prévues dans le dernier accord conclu. Dans ledit document est fixé également le montant de l'intervention forfaitaire visée à l'article 50, § 6, alinéa 6.

Les médecins ou praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus par écrit dans les trente jours de la publication de ce document au Moniteur belge, sont réputés avoir marqué leur adhésion. Les dispositions de ce document entrent en vigueur conformément aux dispositions de l'article 50, § 3. Sans préjudice des autres dispositions qui résultent de la constatation que plus de 40 p.c. des médecins ou praticiens de l'art dentaire ont marqué leur refus, le bénéfice du statut social est

accordé aux médecins ou praticiens de l'art dentaire qui en font la demande selon la procédure en vigueur ;

3° si la procédure visée au point 2 n'est pas suivie, il peut être fait application des dispositions prévues à l'article 50, § 11.

Sans préjudice des dispositions précédentes et de celles de l'article 49, si, à la date d'expiration d'une convention, aucune nouvelle convention n'a été conclue, les prix et honoraires fixés dans la convention précédente venue à expiration, continuent à servir de base de calcul de l'intervention de l'assurance jusqu'à ce qu'une nouvelle convention ou tout autre texte qui en tient légalement lieu, entre en vigueur.

§ 2. Toute convention ou accord doit comprendre des engagements en matière d'honoraires et de prix. Ces mêmes conventions ou accords peuvent également comprendre des engagements en matière de gestion du volume, d'utilisation rationnelle et de prescription judicieuse des prestations visées à l'article 34 pour lesquelles les dispensateurs de soins concernés sont mandatés.

Chaque convention ou accord doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé.

Les mécanismes correcteurs peuvent, notamment, consister en adaptations des tarifs d'honoraires, des prix ou autres montants, modifications de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 35, § 1er, et nouvelles techniques de financement des prestations de santé.

En sus de ces mécanismes de correction, chaque convention ou accord doit contenir :

- 1° une clause prévoyant, en cas de non-application des économies structurelles visées au §1^{er} de l'article 40 ou de celles visées à l'article 18, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7 ;
- 2° des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action dès qu'il est constaté que la croissance en volume de certaines prestations ou groupes de prestations dépasse ou risque de dépasser les normes en matière de volume incorporées dans la convention ou dans l'accord.

Le Conseil général constate dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies visées à la non-application de celles-ci. La réduction visée à l'alinéa 4, 1°, est alors appliquée via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies

visées.

Ces réductions automatiques et immédiatement applicables sont également d'application durant une période où aucune convention ou aucun accord n'est en cours et font, à compter du 1^{er} janvier 2001, partie intégrante des dispositions des conventions qui, en application de l'article 49, § 4, sont reconduites tacitement à cette date.

L'application de la réduction visée au 1^o ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention ou l'accord, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention, cet accord ou cette adhésion.

Après approbation des objectifs budgétaires annuels partiels d'une année x par le Conseil général, une commission de convention ou d'accord ne peut constater qu'il y a une marge pour indexer les prestations de santé au 1^{er} janvier de l'année x, conformément aux modalités fixées par le Roi en vertu de l'article 207bis, qu'à une date antérieure au 31 décembre de l'année (x-1) et si le montant de l'indexation est prévu dans l'objectif budgétaire pour l'année x. Passé cette date, il revient au Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de déterminer s'il y a une marge suffisante pour indexer les prestations de santé qui intervient alors le premier jour du mois qui suit la décision du Conseil général.

§ 3. Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel ou des normes en matière de volume.

Il peut dans ces dispositions distinguer entre les deux groupes de dépenses qui sont visées à l'article 51, §7.

§ 4. En vue de mettre en place un audit permanent des dépenses en soins de santé, le service des Soins de santé communique trimestriellement l'évolution des dépenses et des volumes à chaque commission de conventions ou d'accords et à la Commission de contrôle budgétaire.

Le Service susvisé transmet au plus tard le 15 novembre pour les dépenses cumulées relatives au deuxième trimestre et le 15 mai pour les dépenses cumulées relatives au quatrième trimestre au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions de conventions ou d'accords concernées et aux Ministres des Affaires sociales et du Budget, un rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur base d'indicateurs spécifiques, dont l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, §4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel. Ce rapport impliquera les commissions de conventions ou d'accords et sera établi selon un schéma approuvé

par le Conseil général. Ce rapport mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de dépassement de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce dépassement mais aussi d'évolutions de codes de nomenclature non conformes au passé.

§ 5. Les moyens financiers supplémentaires issus des économies réalisées à l'intérieur d'un secteur par rapport à l'objectif budgétaire annuel ou à une partie de celui-ci ne peuvent être affectés qu'à la prise en charge de prestations non ou insuffisamment couvertes à l'intérieur du secteur précité et ce, dans les limites et aux conditions fixées par le Roi.

Les commissions d'accords ou de conventions concernées peuvent formuler, auprès du Conseil général, des propositions d'affectation des moyens visés à l'alinéa précédent.

Le Conseil général se prononce sur les propositions précitées dans le cadre de ses compétences budgétaires et de politique générale.

§ 6. Chaque commission de conventions ou d'accords tient à jour l'inventaire de toutes les modifications ayant une incidence sur les dépenses relatives aux prestations pour lesquelles elle est compétente. Pour les prestations qui ne font pas l'objet d'une convention ou d'un accord, cet inventaire est tenu à jour par le Service des soins de santé. Ces modifications financières sont enregistrées en termes budgétaires et en montants réels calculés sur les deux premières années de leur application.

Après avis de la Commission de contrôle budgétaire, ces inventaires sont soumis à l'approbation du Conseil général.

§ 7. Les procédures et les mécanismes de correction, fixés dans le présent article, s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1^{er}, alinéa 3, d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Roi, en application du même paragraphe de l'article 40, d'autre part, dans la mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine, après l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.

§ 8. Les §§ 1^{er} à 7 ne s'appliquent pas aux conventions conclues avec les fournisseurs d'implants.

§ 9. Les conventions et les accords peuvent être dénoncés entièrement ou partiellement par une partie ou par un dispensateur de soins individuel pendant la durée d'une convention ou d'un accord si le Roi ou le Conseil général prennent des mesures dans l'assurance obligatoire soins de santé qui mènent à une limitation des honoraires ou des montants, fixés conformément aux articles 44, §§ 1^{er} et 2, 46, §§ 1^{er} et 2, 48, §§

1^{er} et 2 et 50, § 6, à l'exception des mesures prises en application des articles 18, 51 et 68.

Les conventions et les accords peuvent fixer les modalités d'application de la dénonciation.

§ 10. Chaque Commission établit un règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi et qui est publié au Moniteur belge.

Art. 52.

§ 1er. Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visé à l'article 50.

Les parties concernées par un accord forfaitaire doivent respecter les dispositions qui régissent leurs rapports dans le cadre de la présente loi coordonnée.

Le Roi fixe, après avis de la commission composée en application des dispositions de l'alinéa 5, et du Comité de l'assurance, les règles en vertu desquelles ces accords sont conclus et détermine les normes selon lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les organismes assureurs.

Les accords concernant le forfait sont conclus au sein d'une commission présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué, et composée par des représentants des organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins visés par l'accord d'autre part. La conclusion finale de l'accord n'est acquise que si le vote réunit les deux tiers des organismes assureurs ; l'accord ainsi conclu engage tous les organismes assureurs. Ils sont soumis à l'avis du Comité de l'assurance et à l'approbation du Ministre.

La composition et les règles de fonctionnement de la commission concernant l'avis visé à l'alinéa 3 et concernant l'application des règles, notamment pour ce qui est du calcul et du paiement des montants forfaitaires, sont fixées par le Roi.

§ 2. En cas de dépassement d'honoraires constaté à plusieurs reprises dans le chef des personnes ayant adhéré ou étant réputées avoir adhéré à une convention ou à un accord, l'organe au sein duquel la convention ou l'accord a été réalisé peut décider à leur égard de supprimer ou de diminuer les avantages octroyés en vertu de l'article 54.

§ 2bis. Les conventions et accords contiennent des clauses relatives à la manière dont est effectué le contrôle du respect des engagements par les dispensateurs de soins qui y ont adhéré. Sans préjudice des missions légales de contrôle des organismes assureurs, les commissions compétentes transmettent au Comité de l'assurance un rapport sur le respect des conventions et accords, notamment sur base de demandes

de renseignements auprès des bénéficiaires.

§ 3. Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des conventions, accords ou documents visés aux articles 42 et 50, entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou une convention ou qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion à ces accords ou documents et les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail.

Elles sont introduites suivant la procédure fixée par l'article 704, alinéa 1er, du Code judiciaire dans les deux ans qui suivent le fait ou la décision contestés.

Par dérogation aux articles 81 et 104 du Code judiciaire, les chambres qui connaissent de ces litiges se composent d'un juge au tribunal du travail ou d'un conseiller à la cour du travail.

Tout débat est précédé d'une tentative de conciliation.

Art. 53.

§ 1^{er}. 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, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations.

Que le dispensateur de soins effectue les prestations pour son propre compte ou pour compte d'autrui, le montant payé par le bénéficiaire au dispensateur de soins pour les prestations effectuées est mentionné sur la partie reçu de l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou sur le document équivalent. Dès qu'une convention ou un accord a fixé des règles en matière de facturation électronique par les dispensateurs de soins, le Roi fixe, sur proposition du Comité de l'assurance et après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, les données complémentaires à transmettre par les dispensateurs de soins aux organismes assureurs.

Sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.

Le Roi fixe la date à partir de laquelle, pour une catégorie de dispensateurs de soins, la transmission aux organismes assureurs de données dans le cadre du régime du tiers payant au moyen d'un réseau électronique est applicable.

A partir de la date fixée en vertu de l'alinéa 3, le dispensateur de soins dispose d'un délai de deux ans pour respecter l'obligation visée à l'alinéa 2.

L'alinéa 1er reste d'application dans le cadre du régime du tiers payant :

1° avant la date fixée en vertu de l'alinéa 3 ;

2° pendant la période visée à l'alinéa 4 tant que le dispensateur de soins n'a pas respecté l'obligation visée à l'alinéa 2.

Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l'obligation visée à l'alinéa 2 naît le 1er juillet 2015 pour les praticiens de l'art infirmier.

Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins donnés ou de fournitures, le document en tenant lieu ou les données visées à l'alinéa 2, ne leur sont pas transmis.

Le dispensateur de soins est tenu de remettre ou transmettre ces documents ou données dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi. Une amende administrative de 1.000 à 10.000 francs est infligée pour chaque infraction commise par le dispensateur de soins.

Lorsque, dans le délai de trois ans à compter de la date à laquelle une amende administrative lui a été infligée, le contrevenant commet une infraction de même nature que celle qui a donné lieu à l'application d'une amende administrative, le montant de l'amende infligée précédemment est chaque fois doublé.

Le Roi fixe le montant de l'amende administrative ainsi que la procédure relative à la constatation des infractions et au prononcé des amendes administratives.

Le produit de ces amendes est versé à l'Institut, secteur des soins de santé

Le Roi peut fixer les conditions et les modalités de paiement de l'intervention de l'assurance au bénéficiaire ou à ses représentants. Il peut également préciser quelles sont les personnes qui ne peuvent agir en qualité de représentant.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'il détermine, le régime du tiers payant est autorisé, interdit ou obligatoire.

Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition. Dans le cadre du régime du tiers payant, le Comité de l'assurance fixe les modalités administratives relatives à la transmission des documents prévus à l'alinéa 1er aux organismes assureurs. Le Roi peut, sous réserve des situations pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire, également préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction d'application du régime du tiers payant est prononcée à l'égard de dispensateurs individuels. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Comité de l'assurance, subordonner, pour les prestations de soins qu'il détermine, le régime du tiers payant à la vérification de l'identité du bénéficiaire.

Le Roi peut prévoir des exceptions à celle-ci.

A partir du 1er juillet 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite vis-à-vis des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, pour les prestations de santé délivrées par le médecin généraliste, telles que déterminées par le Roi, soit :

- 1° sur la base d'une proposition de la Commission nationale médico-mutualiste qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance ;
- 2° sur la base de la proposition formulée par la Commission nationale médico-mutualiste à la demande du ministre ; ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance ;
- 3° sur la base de la proposition du ministre.

La procédure visée à l'alinéa 14, 3°, peut être suivie lorsque les propositions de la commission de conventions ou d'accords compétente ne répondent pas aux objectifs contenus dans la demande visée à l'alinéa 14, 2°. Dans ce cas, le refus de la proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente doit être motivé.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre l'obligation visée à l'alinéa 14 à d'autres catégories de bénéficiaires.

Le Service des soins de santé de l'Institut analyse les éléments qui sont communiqués par les organismes assureurs concernant l'application obligatoire du régime du tiers payant visée à l'alinéa 14 après un an de cette application. Le Service précise les données à communiquer ainsi que les modalités de leur communication.

Il est interdit aux mutualités, unions nationales et organismes assureurs de faire fonctionner dans des établissements de soins de santé des guichets auxquels le paiement de l'intervention de l'assurance soins de santé peut être obtenu, de quelque manière que ce soit.

Le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les conditions et les cas dans lesquels une obligation de paiement de l'intervention de l'assurance par l'organisme assureur s'applique vis-à-vis de certaines catégories de dispensateurs de soins, qui apportent la preuve qu'ils ont consulté les données d'identité et d'assurabilité des assurés sociaux, précisées par Lui, et qui ont appliqué le régime du tiers payant conformément aux données d'identité et d'assurabilité précitées.

Cette obligation de paiement ne vaut que vis-à-vis des dispensateurs de soins qui ont observé les dispositions légales ou réglementaires ; l'obligation de paiement susmentionnée vis-à-vis des dispensateurs de soins n'enlève en outre rien à la possibilité de réclamer à l'assuré les interventions qui auraient été octroyées indûment, conformément aux dispositions de l'article 164.

Le Roi précise les modalités d'application de l'obligation de paiement visée à l'alinéa 19 par la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins et par l'Office de Sécurité sociale d'Outre-mer.

§ 1er/1. Des acomptes peuvent être perçus pour les prestations de santé à effectuer ou à fournir dans les limites fixées par les conventions et accords ou par décision séparée adoptée par les commissions de conventions et d'accords.

La date d'entrée en vigueur des décisions visées à l'alinéa 1er est déterminée par la commission concernée. Ces décisions sont publiées sous forme d'avis au Moniteur belge et restent d'application jusqu'à ce qu'une décision modificative ait été adoptée.

Les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un reçu en cas de perception d'acompte.

§ 1er/2. Les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu :

- 1° dans le cas où le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire des montants pour des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire ;
- 2° dans le cas où l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent visé au § 1er, alinéa 1er, est remplacé par une transmission électronique de données par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le montant total à payer par le bénéficiaire pour les prestations visées à l'alinéa 1er, en

ce compris les acomptes payés, figurent sur le document justificatif.

Lorsqu'une attestation de soins donnés ou de fournitures ou un document équivalent visé au § 1er, alinéa 1er détaillant l'ensemble des prestations remboursables est remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

- pour l'ensemble des prestations remboursables, le total à payer en ce compris les suppléments éventuels ;
- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

Lorsqu'une attestation de soins donnés ou de fournitures ou un document équivalent visé au § 1er, alinéa 1er détaillant l'ensemble des prestations remboursables n'est pas remis au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

- de manière distincte, en regard de chaque prestation remboursable reprise sous la forme visée au § 1er, alinéa 1er, sauf si les prestations sont regroupées conformément aux décisions prises en vertu de l'alinéa 6, 4°, le montant payé par le bénéficiaire en vertu des tarifs, le montant payé par le bénéficiaire à titre de supplément et, le cas échéant, l'intervention facturée directement à l'organisme assureur ;
- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

A la demande du bénéficiaire, le document justificatif contient, pour les prestations de santé et les dispositifs visés à l'article 33, § 1er, alinéa 1er, 11°, de la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux déterminés par la commission de conventions ou d'accords compétente, le montant d'achat des dispositifs fournis par le dispensateur lorsque ceux-ci font l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire ou font partie d'une prestation de santé donnant lieu à une pareille intervention.

Le Comité de l'assurance, sur proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente ou, à défaut de proposition si la commission n'a pas répondu dans le mois à une demande de proposition du Comité de l'assurance, après avis de cette commission, réputé favorable s'il n'a pas été émis dans le mois, peut fixer, par voie de règlement visé à l'article 22, 11°, pour chaque catégorie de dispensateurs de soins :

- 1° les autres mentions qui figurent sur le document justificatif ;
- 2° les modalités suivant lesquelles le document justificatif est remis au bénéficiaire ;

- 3° le moment où le document justificatif est remis au bénéficiaire s'il ne s'agit pas du moment où la prestation est effectuée ;
- 4° des modalités de regroupement de prestations similaires sur le document justificatif ;
- 5° un modèle de document justificatif ainsi que les cas dans lesquels ce modèle doit être utilisé.

L'obligation de délivrer un document justificatif est levée lorsqu'une facture est délivrée conformément aux alinéas 2 à 6, 1° à 4°.

§ 1er/3. Pour les personnes qui, sans être dispensateurs de soins, effectuent des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire, ou effectuent des prestations ne donnant pas lieu à intervention de l'assurance obligatoire lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu, ainsi que pour les dispensateurs de soins qui effectuent des prestations précitées et pour lesquels il n'existe pas de commission visée à l'article 26, le Roi peut prendre les mesures visant à la transparence du coût des soins de santé vis-à-vis du bénéficiaire.

§ 2. L'Institut a la responsabilité exclusive de l'impression et de la distribution des attestations de soins visées au §1^{er} et des vignettes de concordance, établies en vertu des articles 320 et 321 du Code des impôts sur les revenus 1992. Les attestations et vignettes sont fournies sur commande des dispensateurs de soins et contre paiement préalable.

§ 3. L'Institut peut octroyer une concession pour la gestion des commandes, l'impression et la distribution des attestations de soins et des vignettes de concordance, ainsi que pour la réception du paiement.

§ 4. L'Institut communique au service comptent du SPF Finances les éléments que le concessionnaire est tenu de lui transmettre, relatifs aux commandes et fournitures des attestations de soins et vignettes de concordance visées au § 2. En cas de transmission des données de facturation au moyen d'un réseau électronique, l'Institut communique au service compétent du SPF Finances, conformément aux modalités d'exécution fixées par ou en vertu du Code des impôts sur les revenus 1992, les données relatives aux montants communiqués aux organismes assureurs par les dispensateurs de soins ainsi que les données relatives aux montants que les organismes assureurs ont, le cas échéant, payés à ces derniers.

Tant l'Institut que le concessionnaire sont tenus au respect de la législation relative à la protection de la vie privée au sujet des données à caractère personnel dont ils ont connaissance en raison de l'exercice des missions décrites au présent article.

Section VI. - De l'intervention de l'assurance soins de santé pour des modèles spéciaux de dispensation ou de paiement de soins de santé.

Art. 56.

§ 1er. Le Comité de l'assurance peut conclure des conventions pour des enquêtes et des études comparatives de certains modèles de dispensation et de financement des soins de santé. Les dépenses y afférentes sont imputées au budget des frais d'administration de l'Institut et sont prises en charge intégralement par le secteur des soins de santé.

§ 2. Dans les conditions à fixer par le Roi et par dérogation aux dispositions générales de la présente loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions qui sont limitées dans le temps et/ou dans leur champ d'application et qui ont pour but :

- 1° d'accorder un remboursement pour des modèles spéciaux de dispensation et de paiement de soins de santé à caractère expérimental ;
- 2° d'octroyer une intervention à des centres spécialisés pour le financement de traitements pharmaceutiques qui ne sont pas remboursables en application de la liste visée à l'article 35bis, mais qui présentent un caractère innovateur, qui répondent à une nécessité sociale et qui possèdent une valeur et une efficacité cliniques. Cette intervention est liée à un rapport ainsi qu'à une évaluation scientifiques ;
- 3° d'accorder une intervention aux dispensateurs de soins ou aux personnes morales qui développent des projets en matière de coordination des soins dispensés en vue de détecter de manière précoce, d'éviter ou de retarder toute complication et de traiter les affections chroniques qui requièrent une approche pluridisciplinaire ;
- 4° d'octroyer une intervention pour le paiement de vaccins dans le cadre de programmes de prévention à caractère national.
- 5° d'octroyer une intervention dans le coût des prestations de santé, visé à l'article 34, délivrées dans le cadre de programmes de vaccination et de dépistage développés par les Autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution. Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les règles visant à déterminer le budget et le paiement de l'intervention selon les modalités qu'il fixe. Le Roi fixe également les données relatives à cette intervention que les Autorités susvisées doivent communiquer ainsi à l'Institut que les modalités de cette communication.

Les dépenses qui accompagnent les conventions en question sont imputées au budget prévu pour les frais d'administration de l'Institut et sont intégralement prises en charge par le secteur des soins de santé.

Le Roi peut également fixer les règles pour la fixation du budget, sa répartition entre les Autorités visées dans l'article 128, 130 et 135 de la Constitution et le paiement de l'intervention sous la forme d'avances et d'un solde.

Section XII. - Des prestations d'imagerie médicale et autres prestations visées à l'article 34.

Art. 69.

§ 4. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Conseil général et du Comité de l'assurance, fixer le budget global annuel des moyens financiers pour les prestations visées à l'article 34, premier alinéa, 11°, en ce qui concerne les maisons de repos et de soins et/ou les centres de soins de jour, et/ou 12°.

Le Roi peut, sur la proposition ou après avis de la commission de convention compétente, formulé dans les trente jours suivants la demande du ministre, fixer les modalités et les critères du calcul d'un budget des moyens financiers et d'une intervention par journée pour une institution visée à l'article 34, alinéa premier, 11°, en ce qui concerne les maisons de repos et de soins et/ou les centres de soins de jour, et/ou pour une institution visée à l'article 34, alinéa 1er, 12°. Si une institution est agréée à la fois comme maison de repos et de soins et/ou comme centre de soins de jour et/ou en tant qu'institution visée à l'article 34, alinéa 1er, 12°, le Roi peut fixer les modalités et les critères du calcul d'un budget des moyens financiers et d'une intervention par journée pour l'ensemble de l'institution. Afin d'éviter que ce budget des moyens financiers ne soit dépassé, le Roi peut fixer des modalités et des critères supplémentaires qui peuvent tenir compte du nombre de lits pour lequel l'institution est agréée, de son taux d'occupation, d'un quota de journées et/ou du budget global visé à l'alinéa précédent.

TITRE VI. - Des conditions d'octroi des prestations.

CHAPITRE II. - Dispositions particulières à l'assurance soins de santé.

Art. 127.

§ 1er. Les bénéficiaires s'adressent librement, pour obtenir les prestations de santé visées à l'article 34 :

- a) à toute personne autorisée légalement à exercer l'une des branches de l'art de guérir ;
- b) à tout dispensateur de soins habilité à fournir les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 1°, 6), inscrit sur la liste établie par le service des soins de santé de l'institut, ou à l'article 34, alinéa 1er, 1°, c), 4° et 7° bis, inscrit sur la liste visée à l'article 215, § 2 ;
- c) à tout établissement hospitalier, institution ou service vise à l'article 34, alinéa 1er, 11°, 12° et 18°, agréés par l'autorité compétente.

§ 2. Est interdite, dans tous les cas, la publicité qui mentionne la gratuité des prestations de santé visées à l'article 34 ou qui fait référence à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de ces prestations.

§ 4. Abrogé

§ 5. Abrogé

§ 6. Abrogé

§ 7. Abrogé

§ 8. Abrogé

§ 9. Abrogé

TITRE VII. - Du contrôle et du contentieux.

CHAPITRE II. - Du contrôle médical.

Section V. - Des décisions du fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et des décisions de juridictions administratives auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Art. 156.

§ 1^{er}. Les décisions du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, visées à l'article 143, les décisions des Chambre de première instance visées à l'article 142, et les décisions des Chambres de recours, visées aux articles 142 et 155, sont exécutoires de plein droit par provision, nonobstant tout recours. Des délais de paiement peuvent être accordés uniquement sur la base d'une demande motivée et appuyée par toute pièce utile permettant d'en apprécier le bien-fondé.

Les sommes dues sont payées dans les trente jours de la notification des décisions visées à l'alinéa 1er. A défaut de paiement dans ce délai, les sommes restant dues produisent, de plein droit, des intérêts au taux d'intérêt légal en matière sociale, tel que prévu à l'article 2, § 3, de la loi du 5 mai 1865 relative au prêt à intérêt, à compter de l'expiration de ce délai.

Dans le cas où le débiteur reste en défaut, les organismes assureurs en application de l'article 206bis, § 1er, ou l'Administration générale de la perception et du recouvrement en application de l'article 206bis, § 2, peuvent être chargés du recouvrement des montants dus

§ 2. Dans la notification de la décision des Chambres de première instance, il est mentionné qu'à peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant les Chambres de recours dans le mois, à compter de la notification de la décision. Le recours ne suspend pas l'exécution de la décision. Le délai prend cours le premier jour ouvrable qui suit celui où le pli recommandé, avec accusé de réception, a été présenté au domicile du destinataire ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu. Le recours ne suspend pas l'exécution de la décision. La notification reprend les dispositions utiles du règlement de procédure.

Dans la notification de la décision des Chambres de recours, il est mentionné qu'à peine d'irrecevabilité, un recours en cassation administrative peut être introduit devant le Conseil d'Etat, section du contentieux administratif, dans le délai prévu par l'article 3, § 1er, de l'arrêté royal du 30 novembre 2006 déterminant la procédure en cassation devant le Conseil d'Etat. Le recours ne suspend pas l'exécution de la décision. La notification mentionne également que le référé administratif devant le Conseil d'Etat, comme vise aux articles 17 et suivants des lois coordonnées du 12 janvier 1973 sur le Conseil d'Etat, n'est pas recevable pour les décisions dans les affaires contentieuses visées à l'article 14, § 2, des mêmes lois.

§ 3. Dans la notification de la décision du fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du fonctionnaire désigné par lui, il est mentionné qu'à peine d'irrecevabilité, un recours peut être introduit devant les Chambres de première instance dans le mois à compter de la notification de la décision. Le délai prend cours le premier jour ouvrable qui suit celui où le pli recommandé, avec accusé de réception, a été présenté au domicile du destinataire ou, le cas échéant, à sa résidence ou à son domicile élu. Le recours ne suspend pas l'exécution de la décision. La notification reprend les dispositions utiles du règlement de procédure.

Art. 157.

§ 1^{er}. Le fonctionnaire-dirigeant ou le fonctionnaire désigné par lui, la Chambre de première instance ou la Chambre de recours peut décider qu'il sera sursis, en tout ou en partie, à l'exécution des décisions infligeant les amendes visées à l'article 142.

Le sursis, d'une durée de un à trois ans, peut être accordé lorsque dans les trois précédant le prononcé, aucune amende administrative n'a été infligée ni aucun remboursement de prestations indues n'a été imposé à l'intéressé par une instance administrative ou juridictionnelle instituée au sein ou auprès de l'Institut.

Le sursis est révoqué de plein droit lorsque le dispensateur est condamné du chef d'une nouvelle infraction visée à l'article 73bis, commise pendant le délai d'épreuve.

§ 2. Le maître de stage est responsable des manquements commis par le stagiaire dans le cadre de son plan de stage, dans la mesure où ces manquements lui sont imputables.

Le dispensateur de soins qui initie des prestations superflues ou inutilement onéreuses au sens de l'article 73, §2 ou §4, est responsable au même titre que le dispensateur de soins qui a continué à les prescrire ou les exécuter. Il est passible, selon le cas, des sanctions prévues à l'article 142.

§ 3. Les décisions définitives du fonctionnaire-dirigeant ou du fonctionnaire désigné par lui, des Chambres de première instance et des Chambres de recours, sauf les mesures disciplinaires visées à l'article 155, sont publiées de manière anonyme à l'adresse internet de l'INAMI.

§ 4. Le total des amendes et des montants à rembourser est versé sur le compte de l'Institut et constitue une recette de l'assurance soins de santé. Les amendes et montants à rembourser bénéficient du privilège visé à l'article 19, alinéa 1^{er}, 4^o, de la loi hypothécaire du 16 décembre 1851.

CHAPITRE III. - Du contrôle administratif.

Section II. - De la récupération des prestations payées indûment.

Art. 164.

Sous réserve de l'application des articles 142, §1^{er}, et 146, celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées. Toutefois, la valeur des prestations octroyées indûment à un bénéficiaire est remboursée par le dispensateur qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Si, toutefois, les honoraires relatifs aux prestations octroyées indûment n'ont pas été payés, le dispensateur de soins et le bénéficiaire qui a reçu les soins sont solidairement responsables du remboursement des prestations octroyées indûment. Les prestations mentionnées sur les attestations, les factures ou les supports

magnétiques, qui ne sont pas introduites ou corrigées selon les modalités fixées en cette matière par le Roi ou par règlement, sont considérées comme des prestations octroyées indûment et doivent dès lors être remboursées par le dispensateur de soins, le service ou l'établissement concerné.

En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins. Le Roi fixe les règles selon lesquelles les prestations indûment payées, qui ont trait au budget des moyens financiers attribué aux hôpitaux, défini dans l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, et qui sont comprises dans les montants qui sont payés en douzièmes par les organismes assureurs, sont fixées, portées en compte, récupérées et comptabilisées.

Toutes les récupérations de paiements indus découlant du présent article peuvent être introduites selon la procédure prévue à l'article 704, §2, du Code judiciaire. Elles bénéficient du privilège visé à l'article 19, 4^o, alinéa 1^{er}, de la loi hypothécaire du 16 décembre 1851.

Sous réserve de l'application des articles 142, §1^{er}, et 146, toutes les prestations payées indûment sont inscrites à un compte spécial. Ces prestations sont récupérées par l'organisme assureur qui les a accordées dans les délais fixés par le Roi et par toutes voies de droit y compris la voie judiciaire.

La récupération des prestations indûment payées peut être effectuée conformément aux dispositions de l'article 206bis, § 1^{er}, ou conformément à l'article 206bis, § 2, pour ce qui concerne les prestations dont la non-récupération peut être admise comme justifiée comme visé à l'article 194, § 1^{er}, b).

Toutefois, le Roi peut dispenser l'organisme assureur de récupérer certains montants de minime importance selon les modalités et dans les limites qu'il détermine.

Le Roi détermine aussi les règles selon lesquelles les organismes assureurs sont autorisés, sur proposition du médecin-directeur, à renoncer à la récupération des prestations indues dans des cas dignes d'intérêt. Ces cas doivent être notifiés au Service d'évaluation et de contrôle médicaux par les médecins-directeurs concernés.

S'il est constaté par le Service du contrôle administratif soit qu'un paiement indu a été effectué, soit qu'une prestation doit être payée ou complétée, l'organisme assureur peut, dans les deux mois qui suivent la notification prévue à l'article 162, porter le litige éventuel devant le tribunal du travail.

Le Roi peut, dans certains cas d'affiliation ou d'inscription en une qualité erronée, dispenser le bénéficiaire des prestations indues d'en rembourser la valeur. Dans ce cas, Il peut également prévoir le non-remboursement des cotisations perçues indûment.

Si l'affiliation ou l'inscription en une qualité erronée résulte de manoeuvres frauduleuses, la valeur des prestations accordées au bénéficiaire qui a effectué ces manoeuvres est toujours à récupérer, que l'affiliation ou l'inscription puisse, ou non, être régularisée par la prise en considération d'une autre qualité valable.

Le Roi détermine les modalités de récupération des prestations dont le caractère indu est la conséquence du décès de l'assuré social, auprès de l'institution financière au sein de laquelle est ouvert le compte bancaire sur lequel sont payées lesdites prestations.

CHAPITRE IV. - Des juridictions et des sanctions.

Section I. - Des juridictions.

Art. 167.

Sans porter préjudice aux dispositions de l'article 52, § 3, les contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités relèvent de la compétence du tribunal du travail.

Les actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumis au tribunal du travail compétent dans le mois de leur notification.

L'action introduite devant le tribunal du travail n'est pas suspensive.

Dans les affaires pour lesquelles un expert médical est désigné, les provisions, les honoraires et les frais de cet expert, contenus dans le relevé qu'il établit conformément aux dispositions du Code judiciaire, sont indiqués en appliquant le tarif fixé par le Roi.

L'administrateur général peut transiger et compromettre dans les affaires où les intérêts de l'Institut sont engagés.

La transaction ou le compromis est soumis à l'approbation du comité de gestion du service compétent lorsque son objet dépasse un montant de 250 000 euros.

Un inventaire des transactions et compromis est communiqué chaque semestre au Comité général de gestion.

Section II. - Des sanctions administratives et des sanctions pénales.

Art. 168.

Le Roi détermine, sur proposition ou après avis du Service du contrôle administratif, les sanctions administratives applicables en cas d'infraction aux dispositions de la présente loi coordonnée ou de ses arrêtés et règlements d'exécution.

Le Roi fixe également les modalités d'application de ces sanctions.

Sans préjudice des dispositions de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier, des amendes administratives sont infligées aux médecins et aux praticiens de l'art dentaire qui ne respectent pas les honoraires et les autres montants résultant des dispositions de l'article 50, § 11, ainsi qu'aux sages-femmes, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier, auxiliaires paramédicaux et gestionnaires des établissements de soins qui ne respectent pas les honoraires et les prix résultant des dispositions de l'article 49, § 5.

La même amende administrative est infligée au dispensateur de soins qui a adhéré à l'accord ou à la convention et qui ne respecte pas les honoraires et prix qui y sont fixés.

Le montant de l'amende administrative est égal à trois fois le montant du dépassement, avec un minimum de 125 euros. Une amende administrative de 125 euros est également infligée au dispensateur de soins qui ne respecte pas l'obligation d'information visée à l'article 73, §1^{er}, alinéas 4 et suivants.

Les responsables de maisons de repos pour personnes âgées et de maisons de repos et de soins agréées, signataires des demandes d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, qui ne respectent pas les normes de présence du personnel et/ou les normes en matière de conditions de rémunération de ce personnel, fixées en vertu des dispositions de l'article 37, § 12, sont punis d'une amende administrative.

La personne civilement responsable aux termes de l'article 1384 du Code civil est cependant tenue au paiement de l'amende infligée à son préposé.

Le Roi détermine le taux des amendes dont le maximum ne peut dépasser 50 % de l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour la période litigieuse, les modalités et la procédure relatives à la constatation de ces infractions et au prononcé des amendes.

Les décisions définitives prononcées en exécution des dispositions visées aux alinéas précédents, sont exécutoires de plein droit. En cas de défaillance du débiteur, l'Administration de la taxe sur la valeur ajoutée, de l'enregistrement et des domaines peut être chargée de recouvrer l'amende administrative conformément aux dispositions

de l'article 94 des lois sur la comptabilité de l'Etat, coordonnée le 17 juillet 1991.

Les inspecteurs sociaux du Service du contrôle administratif sont habilités à constater qu'une attestation de soins ou une facture n'a pas été établie conformément à la réglementation en vigueur.

Ces constatations valent jusqu'à preuve du contraire.

Le Service du contrôle administratif inflige - à charge du dispensateur de soins et aux conditions à définir par le Roi - une sanction de 125 euros par attestation ou facture établie erronément.

Art. 170. ABROGE

Art. 171. ABROGE

Art. 172. ABROGE

Art. 173. ABROGE

CHAPITRE V. - De la prescription.

Art. 174.

- 1° L'action en paiement de prestations de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois auquel se rapportent ces indemnités ;
- 2° L'action de celui qui a bénéficié de prestations de l'assurance indemnités en vue du paiement des sommes qui porteraient ces prestations à un montant supérieur, se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel les prestations ont été payées ;
- 3° L'action relative au paiement des prestations de santé se prescrit par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis, que ces prestations aient été payées ou non selon le régime du tiers payant ;
- 4° L'action relative au paiement de sommes qui porteraient à un montant supérieur le paiement des prestations de santé qui a été accordé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ce paiement a été effectué ;
- 5° L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à charge de l'assurance indemnités se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel le paiement de ces prestations a été effectué ;

- 6°** L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées a charge de l'assurance soins de santé se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été remboursées ;
- 7°** Après un délai de deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel une prestation a été indûment payée par un organisme assureur, cette prestation ne doit pas être inscrite dans le compte spécial visé à l'article 164 ;
- 8°** Les infractions visées à l'article 166 se prescrivent par deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel elles ont été commises ;
- 9°** L'action en remboursement des cotisations personnelles fondées sur les mesures d'exécution prévues par les articles 123 et 125, payées indûment, se prescrit par deux ans, à compter de la fin du mois auquel elles se rapportent. Cependant, pour les cotisations dues par les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 15°, l'action en remboursement des cotisations personnelles payées indûment se prescrit par cinq ans à compter de la fin du mois auquel elles se rapportent.
- 10°** Il ne peut être renoncé au bénéfice des prescriptions prévues aux 1°, 2°, 3° et 4°.

Les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7° sont fixées à un an, en cas de paiement indu résultant d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle de l'organisme assureur et lorsque l'assuré erronément crédité ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou pas droit, en tout ou en partie, à la prestation versée.

Les prescriptions prévues aux 5°, 6° et 7°, ne sont pas applicables dans le cas où l'octroi indu de prestations aurait été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité. Dans ce cas, le délai de prescription est de 5 ans. La prescription prévue au 6° ne s'applique pas aux faits soumis au Fonctionnaire-dirigeant ou au fonctionnaire désigné par lui visé à l'article 143, aux chambres de première instance et aux chambres de recours visées à l'article 144.

Pour interrompre une prescription prévue au présent article, une lettre recommandée à la poste suffit. L'interruption peut être renouvelée.

Les prescriptions visées aux 1°, 2°, 3° et 4°, sont suspendues pour cause de force majeure.

Le Roi détermine selon quelles modalités et dans quelles conditions la force majeure peut être invoquée.