

Question orale n° 21125 transformée en Q.Ecrite de Madame la Députée Valérie WARZEE-CAVERENNE à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales Laurette ONKELINX concernant « la réglementation applicable pour la délivrance d'attestations de soins ».

QUESTION :

Certains prestataires de soins, et je pense en particulier à certains orthodontistes, ont pour habitude de remettre à leurs patients les attestations de soins uniquement après un certain nombre de rendez-vous. Sachant qu'un traitement orthodontique est généralement long et nécessite plusieurs séances, à raison d'une séance tous les deux mois dans un premier temps, et de séances à intervalles plus longs dans un deuxième temps, cela signifie que le patient devra attendre 1 an minimum pour pouvoir introduire sa demande de remboursement auprès de sa Mutuelle alors que le paiement est effectué à chaque prestation.

Quelles sont les règles en la matière, Madame la Ministre ? N'y a-t-il pas une obligation, de la part du prestataire de soins, de remettre au patient l'attestation à l'issue de la consultation ? Cette pratique qui semble courante est justifiée par les prestataires comme permettant d'avoir la garantie que le patient poursuivra le traitement. Faut-il voir, dans cette façon de procéder, un quelconque rôle des mutuelles ?

La Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit en son article 53 que 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 et ce, « dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi ». Plus précisément, l'attestation doit être transmise 1) dans les 2 mois qui suivent la fin du mois au cours duquel la prestation a été effectuée ou 2) dans les 3 mois qui suivent la fin du trimestre si une facturation trimestrielle est autorisée. Il y aurait certaines dérogations prévues.

Madame la Ministre, pouvez-vous me donner des informations complémentaires sur ces possibilités de dérogations ? Ces dérogations visent-elles le délai de

délivrance ? Peuvent-elles concerner les orthodontistes ? La façon de procéder que je viens de décrire est-elle légale ?

REPONSE :

En réponse à votre question, je peux vous faire part du fait que l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit des règles spécifiques relatives aux attestations de soins donnés pour les traitements orthodontiques. Pour ce type de prestations, le Roi a voulu lier l'intervention de l'assurance à la continuité optimale des soins qui sont garantis par la régularité des prestations et l'absence de trop longues interruptions entre ces prestations.

L'article 6, §11, alinéa 2, de l'annexe susmentionnée précise qu'une attestation de soins donnés pour traitements orthodontiques est établie soit au cours du sixième mois civil de traitement, soit après six forfaits de traitement régulier et au plus tard dans le courant du 18e mois civil de traitement. L'article 6, § 14, prévoit qu'une période de trois ou six mois maximum peut exister entre ces prestations.

Pour la kinésithérapie par exemple, la nomenclature prévoit également des règles spécifiques. Si la prescription comporte plus de 10 séances, l'attestation est rédigée et remise au bénéficiaire chaque fois qu'une série de 10 séances est atteinte.

Laurette Onkelinx