

**DIRECTIVES DE FACTURATION DES FOURNITURES PHARMACEUTIQUES REDIGÉES POUR LES OFFICES DE TARIFICATION CONSTITUÉS HORS DU CADRE DE L'HOPITAL**

Instructions élaborées conformément aux dispositions de l'article 9, 1°, 3° et 4° et de l'article 11 de l'arrêté royal du 15 juin 2001 déterminant les critères d'agrément des offices de tarification, fixés par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs.

**1. Abréviations utilisées et définitions**

CCP: commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs

OA: organisme assureur (union nationale)

OT: office de tarification

CB1 et CB2: code bénéficiaire 1 et 2

Catégorie de bénéficiaires: est égale au code bénéficiaire 1,

NISS: numéro d'identification de la Sécurité sociale

Instructions: Instructions pour les offices de tarification relatives à la collecte de données des prestations pharmaceutiques, piste unique facture et statistiques – document OTFS.

Prescriptions papier : prescription présentée sur le modèle réglementaire selon l'AR du 8 juin 1994

Prescription électronique : prescription digitale chargée à partir du serveur Recip-e

**2. Collecte des prescriptions des médicaments**

L'OT collecte les prescriptions (aussi bien papier que électroniques) de médicaments à tarifier de ses affiliés.

Les prescriptions papier sont classées par pharmacien et par numéro d'ordre croissant unique.

**3. Validité de la prescription de médicaments**

3.1. La prescription électronique chargée à partir de Recip-e est considérée comme valide et peut être tarifée.

3.2. La prescription papier peut être tarifée et portée en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (remboursée) si les conditions suivantes sont remplies<sup>1</sup> :

1. Utilisation du modèle réglementaire de document de prescription avec le numéro d'identification INAMI du prescripteur imprimé dessus (A.R. du 2 octobre 2019 modifiant l'arrêté royal du 8 juin 1994).

Pour les médecins de la région frontalière, le modèle réglementaire est fixé par l'A.R. du 24 décembre 1963 coordonné par le règlement du 28 juillet 2003 (annexe 29) et un pseudo-code doit être mentionné pour l'identification : ce code est 10000007999.

2. Mention du :  
a. nom du bénéficiaire  
b. prénom du bénéficiaire

3. Mention de la signature manuscrite du prescripteur.

4. a. Apposition du cachet contenant le nom, prénom et adresse du prescripteur  
Par "adresse", il faut entendre : toute forme d'information actualisée qui permet de localiser et de trouver rapidement et précisément le prescripteur.  
b. Concordance entre le nom du prescripteur (= donnée pré-imprimée) sur le document et les données du cachet.

<sup>1</sup> La prescription papier ne peut pas être exécutée dès qu'une des conditions 2a, 2b, 3, 4a, 5, 6, 7 du point 3.2 n'est pas remplie.

La prescription papier ne peut pas être remboursée dès qu'une des conditions 1, 2a, 2b, 3, 4a, 4b, 5, 8 et 9 du point 3.2 n'est pas remplie

5. Mention de la date de prescription.
6. Mention de la posologie à suivre
7. Mention du numéro d'identification de la pharmacie.
8. Mention du numéro de suite unique.
9. Mention de la date d'exécution.

3.3. Les prescriptions papier peuvent quand même être tarifées dans les cas suivants :

- la date de prescription fait défaut ;
- le prénom du bénéficiaire fait défaut ;
- e cachet du prescripteur fait défaut ;
- absence de mention de la posologie.

Dans ces quatre cas, après s'être assuré de l'authenticité de la prescription, le pharmacien peut délivrer le médicament et facturer la prescription via le système du tiers payant. Il peut s'assurer de l'authenticité de la prescription par exemple par reconnaissance de l'écriture du prescripteur.

Dans les cas qui sont présumés s'inscrire dans le cadre de la déontologie du pharmacien, il prend contact personnellement avec le prescripteur pour l'informer des lacunes et pour s'assurer de l'identité exacte du bénéficiaire, de la date de prescription ou de l'identité du prescripteur.

L'acceptation d'une prescription incomplète ayant fait l'objet des démarches précédentes, implique que le pharmacien inscrit un code convenu (ou "code d'acceptation") sur la prescription. Cette mention est un "M" ou un "D" entouré d'un cercle.

Ces "codes d'acceptation" sont pour le pharmacien durant la période d'observation :

"M" pour toute prescription signée et datée présentant une ou plusieurs des lacunes suivantes :

- "prénom du bénéficiaire manquant",
- "cachet manquant",
- "absence de mention de la posologie"<sup>2</sup>
- pas de correspondance nom du prescripteur et données cachet.

"D" pour la lacune "date de prescription manquante", indépendamment de l'existence d'autres lacunes sur le même document de prescription.

La mention de la lacune "D" rend la mention "M" superflue.

L'acceptation de la prescription par le pharmacien est ensuite encodée M ou D sur la ligne de tarification et envoyée à l'O.A. avec le fichier digital.

Lorsque les procédures d'acceptation par le pharmacien et d'enregistrement de l'acceptation par l'OT sont correctement réalisées, les lacunes administratives relatives aux "conditions de remboursement" ne sont plus opposables aux 2 intervenants (pharmaciens et organismes assureurs) et l'application du tiers-payant ne peut être refusée.

Les codes d'acceptation encodés sont conservés et serviront à des analyses de la qualité de la prescription. La conservation de ces données se fera au niveau de l'OT. Elles seront stockées pendant deux ans conjointement avec le fichier de tarification.

#### **4. Production de la tarification / normes de qualité**

##### **4.1. Règles uniformes**

Les OT agréés sont tenus de disposer de l'appareillage et des données de tarification nécessaires à l'accomplissement correct de leur mission eu égard aux exigences légales.

La facture (support papier et fichier digital) transmise par l'OT aux OA sera établie sur la base des traitements effectués par les OT eux-mêmes.

Les éventuelles données transmises par le pharmacien titulaire au moyen d'un fichier digital ne peuvent servir qu'à l'encodage des données.

Il est absolument exclu que le pharmacien titulaire participe aux procédures de tarification ou de facturation.

Dans le cas où le pharmacien titulaire transmet ses données par voie digitale à l'OT, il fournira de la même manière tous les éléments de détail requis, ainsi que les données relatives aux prescriptions avec des préparations magistrales.

Les données transmises par le pharmacien titulaire servent de base au processus de production (génération de la ligne de tarification).

#### 4.2. Contrôles systématiques

Le processus de production prévoit des contrôles systématiques sur toutes les données transmises de chaque pharmacien, comprenant au minimum les points suivants :

##### Pour chaque prescription papier ou électronique :

- les prescriptions chères
- codes O.A. incorrects (combinaison organisme assureur/catégorie incorrecte). Les données issues de MyCareNet font cependant foi. Il n'appartient pas à l'OT de modifier ces données. L'OA est tenu de les accepter en présence d'un engagement de paiement valable.
- double tarification : nombre de spécialités par prescription
- honoraires de garde portés en compte avec des prescriptions mentionnant uniquement des produits non remboursables
- mention du numéro d'identification du prescripteur et correspondance du numéro d'identification à l'algorithme, sans préjudice des dispositions prises dans le cadre du contrôle du fichier digital de facturation (OTFS).
- contrôle des conditions spécifiques pour certaines spécialités soumises à des conditions de remboursement spécifiques: âge, sexe du bénéficiaire<sup>2</sup>, spécialité du médecin prescripteur
- délivrance d'un médicament « meilleur marché » en cas de prescription DCI ou prescription d'un traitement aigue avec antibiotiques/antimycotiques
- honoraire hebdomadaire en cas de TPU : un par semaine, par patient et par pharmacie
- conformité de la facturation des prestations relatives à l'oxygénothérapie (vérification de la facture)
- présence de l'attestation de l'éducateur en cas de prescription de glucomètre en trajet de soin diabète.
- validité pour le remboursement par rapport à la date de prescription/date de fin pour l'exécution indiquée

##### Pour chaque prescription électronique :

- présence de la prescription électronique
- concordance de l'identité du bénéficiaire au niveau de la prescription avec les données de tarification
- concordance du numéro INAMI du prescripteur au niveau de la prescription avec les données de tarification

##### Par ligne :

- la catégorie de remboursement incorrecte ou non mentionnée
- CNK connu ? Remboursable ? Avec autorisation ?
- maximum autorisé d'unités d'insuline est respecté
- le prix public, la base de remboursement et l'intervention personnelle

Ces éléments de contrôle sont appliqués pour chaque pharmacie et pour chaque période de tarification au niveau des données communiquées digitalement.

Ils font partie intégrante du contrôle de qualité en cours de tarification et avant la facturation. La description des tests exécutés ainsi que les valeurs des paramètres étudiés s'intègrent dans la procédure de tarification. Celle-ci est définie en détail dans un manuel de qualité, rédigé, daté et signé par le pharmacien responsable de l'OT.

Chaque faute au niveau des données communiquées digitalement doit entraîner la correction de la ligne de tarification ou le rejet de la prescription entière par l'OT. Il s'agit par exemple des doubles encodages, des erreurs dans le nombre de récipsés, de l'application d'une base de remboursement incorrecte, d'un cumul d'honoraires de garde.

Les corrections doivent être communiquées de manière explicite au pharmacien titulaire concerné.

Le processus de production prévoira également la sélection des prescriptions destinées à subir le contrôle décrit au point 5 ci-après, à savoir les prescriptions chères et l'échantillon aléatoire.

<sup>2</sup> Pour autant que l'utilisation et/ou le remboursement du médicament en question destiné au bénéficiaire dépendent de l'âge et/ou du sexe, et pour autant que les O.T. disposent des informations requises à ce sujet. Pour les spécialités dont le remboursement du médicament est soumis à une autorisation préalable du médecin-conseil ou à une mention du prescripteur au niveau de la prescription, la responsabilité du pharmacien ne peut être engagée en présence de l'attestation valable ou de la mention adéquate.

## **5. Instructions relatives aux procédures de contrôle sur pièces**

Le but du contrôle est de s'assurer que les offices de tarification livrent à l'INAMI, via les organismes assureurs, des honoraires de prestations pharmaceutiques à rembourser dont la qualité corresponde à une norme convenue et acceptable par toutes les parties.

Les offices de tarification doivent donc veiller à ce que la tarification des prescriptions soit correcte, sous peine d'avoir à supporter les inconvénients et les dépenses liées au refus de remboursement de certains 'lots' de prescriptions.

### **5.1. Principe du contrôle**

La méthode utilisée sera le *contrôle par attributs*. Il consiste à examiner chaque prescription afin de la classer comme 'valide' (et donc remboursable) ou 'non valide' (non remboursable) en effectuant les contrôles décrits au point 5.3.4. des directives, nonobstant d'éventuelles procédures spécifiques déterminées en Commission de convention.

### **5.2. Définition des "lots"**

Deux types de lot sont définis :

- Le « lot OT » correspond à l'ensemble des prescriptions, papier et électroniques, tarifées par l'office de tarification au cours d'un mois.
- Le « lot pharmacien » correspond à l'ensemble des prescriptions papier transmises par une pharmacie et des prescriptions électroniques de cette pharmacie pour la facturation d'un mois (lot mensuel) ou à l'ensemble des prescriptions, papier et électroniques, disponibles à l'OT pour une pharmacie (lot global).

**Le contrôle du « lot OT » doit se passer au plus tard dans les 30 jours calendrier qui suivent l'envoi du bulletin de tarification dont il est question au point 7.**

### **5.3. Exécution des contrôles**

Le contrôle de chaque lot est divisé en deux phases principales:

Phase 1 : Un contrôle exhaustif des prescriptions chères

Phase 2 : Un contrôle par échantillonnage des autres prescriptions

#### **5.3.1. Contrôle des prescriptions chères**

La totalité des contrôles décrits au point 5.3.4. des directives doit être réalisée sur toutes les prescriptions incluses dans les 1,2 % des prescriptions les plus chères. Ce seuil correspond à une valeur pécuniaire de l'intervention OA et doit être défini, pour l'ensemble des OT, chaque année au mois de décembre sur base des statistiques concernant la dernière période révolue de 12 mois (année mobile).

Toutes les erreurs rencontrées doivent donner lieu à une correction de la tarification, un rejet ou une annulation de la prescription.

#### **5.3.2. Contrôle par échantillonnage**

Le « lot OT » est contrôlé chaque mois selon le plan d'échantillonnage décrit au point 5.3.3.

Le « lot pharmacien » est contrôlé au moins une fois par an selon le plan d'échantillonnage décrit au point 5.3.3. Les résultats du contrôle déterminent la fréquence selon laquelle le contrôle du « lot pharmacien » doit être réalisé :

- Contrôle normal : 1 fois par semestre (sur un lot global) . Si un lot est défini comme non conforme, le contrôle suivant doit avoir lieu dans les 3 mois.
- Contrôle réduit : 1 fois par an (sur un lot global) . Si un lot est défini comme non conforme, on passe au contrôle normal et le contrôle suivant doit avoir lieu dans les 3 mois.
- Contrôle renforcé : 1 fois par mois (sur un lot mensuel)
- Exception pour le premier semestre d'application : chaque « lot pharmacien » devra être contrôlé une fois par trimestre (sur un lot global)

#### **5.3.3. Plan d'échantillonnage**

On utilise un plan d'échantillonnage simple, selon la norme ISO-2859-1 (équivalente au Military Standard 105-D) basé sur les paramètres suivants :

Niveau de contrôle II

Niveau de qualité acceptable : 2,5 %. Il s'agit de la proportion moyenne de prescriptions 'non valides' acceptable dans un lot.

Effectif du lot (E) : il s'agit du nombre de prescriptions délivrées par un pharmacien au cours d'une période, diminué du nombre de prescriptions chères faisant l'objet d'un contrôle exhaustif.

On définit une lettre-code pour la catégorie de lot en fonction du nombre de prescriptions incluses selon le tableau suivant:

Lettre-code (Catégorie)	E
H	< 500
J	501 à 1 200
K	1 201 à 3 200
L	3 201 à 10 000
M	10 001 à 35 000
N	> 35 000

Type de contrôle. Il existe 3 types de contrôle : le contrôle normal, renforcé et réduit. Au départ, on utilise le contrôle normal pour chaque lot. Ensuite, en fonction des résultats du contrôle, il pourra être nécessaire de passer à un contrôle renforcé ou de se limiter à un contrôle réduit. Les règles de passage d'un type de contrôle à l'autre sont décrites au point 5.3.3.1.1.

#### 5.3.3.1. Détermination de l'effectif de l'échantillon, critères d'acceptation et passage d'un type de contrôle à l'autre

Pour fixer le nombre de prescriptions à contrôler dans l'échantillon ainsi que le nombre maximum de 'non valides' acceptables, on utilise les tableaux suivants où:

C est la catégorie d'officine

E est l'effectif du lot

N est l'effectif de l'échantillon

A est le nombre maximum de 'non valides' acceptables

R est le nombre minimum de 'non valides' provoquant le rejet du lot

##### 5.3.3.1.1. Contrôle normal

Contrôle normal				
C	E	N	A	R
H	< 500	50	3	4
J	501 à 1 200	80	5	6
K	1 201 à 3 200	125	7	8
L	3 201 à 10 000	200	10	11
M	10 001 à 35 000	315	14	15
N	> 35 000	500	21	22

Si le nombre de 'non valides' est égal ou supérieur à R, le lot est rejeté et doit faire l'objet d'une nouvelle tarification entière. Ceci concerne le contrôle complet de toutes les prescriptions.

Si lors de 5 contrôles successifs deux lots sont déclarés non conformes, il faut passer au contrôle renforcé.

Lorsque 10 contrôles successifs sont conformes (nombre de 'non valides' égal ou inférieur à A), on peut passer au contrôle réduit à condition que le nombre total de 'non valides' ne soit pas supérieur aux valeurs A du tableau suivant, où N<sup>t</sup> est le nombre total de prescriptions contrôlées lors des 10 derniers contrôles:

N <sup>t</sup>	A
500 à 799	7
800 à 1249	14
1250 à 1999	24
2000 à 3149	40
3150 à 4999	67

#### 5.3.3.1.2. Contrôle renforcé

<b>Contrôle renforcé</b>				
<b>C</b>	<b>E</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>R</b>
H	< 500	50	2	3
J	501 à 1 200	80	3	4
K	1 201 à 3 200	125	5	6
L	3 201 à 10 000	200	8	9
M	10 001 à 35 000	315	12	13
N	> 35 000	500	18	19

Si le nombre de 'non valides' est égal ou supérieur à R, le lot est rejeté et doit faire l'objet d'une nouvelle tarification.

Lorsque cinq contrôles successifs sont conformes, on peut repasser au contrôle normal.

#### 5.3.3.1.3. Contrôle réduit

<b>Contrôle réduit</b>				
<b>C</b>	<b>E</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>R</b>
H	< 500	20	1	4
J	501 à 1 200	32	2	5
K	1 201 à 3 200	50	3	6
L	3 201 à 10 000	80	5	8
M	10 001 à 35 000	125	7	10
N	> 35 000	200	10	13

Si le nombre de 'non valides' est égal ou supérieur à R, le lot est rejeté et doit faire l'objet d'une nouvelle tarification entière. Ceci concerne le contrôle complet de toutes les prescriptions.

Lorsque le nombre de 'non valides' dépasse A mais est inférieur à R, le lot est accepté mais il faut repasser en contrôle normal.

#### 5.3.3.2. Détermination de l'échantillon

Pour assurer le déroulement correct et sans biais des procédures de contrôle, il est impératif que l'échantillon soit strictement aléatoire.

L'INAMI fournit trimestriellement par moyen d'un fichier digital une liste des nombres aléatoires qui doivent être utilisés pour sélectionner les prescriptions à contrôler.

Pour utiliser cette liste, il faut, pour chaque lot, numéroter les prescriptions et prélever pour contrôle les prescriptions dont le numéro est repris dans la liste en respectant les principes suivants:

Ne pas partir systématiquement du premier nombre du tableau: il faut, pour chaque lot, partir d'un point au hasard dans le tableau et progresser dans une direction donnée (vers le haut, vers le bas, à gauche ou à droite).

Si l'effectif du lot (le nombre total de prescriptions de la période) est inférieur à 1000, on peut n'utiliser que les 3 premiers chiffres des nombres présentés.

#### 5.3.4. Contrôles à effectuer

Tous les contrôles suivants doivent être effectués sur toutes les prescriptions chères et toutes celles extraites par la procédure d'échantillonnage aléatoire :

- F0 absence de prescription
- F1\* document de prescription non conforme au modèle réglementaire
- F2\* absence du nom du bénéficiaire
- F3\* absence du prénom du bénéficiaire, sans mention du code d'acceptation pour les prescriptions papier (voir point 3.2.)
- F4 non concordance entre l'identité du bénéficiaire (indiquée par le prescripteur via l'ordonnance) et les données issues de MyCareNet, imprimées sur l'ordonnance (pour l'officine non informatisée) ou transmises par fichier digital à l'OT (pour l'officine informatisée)
- F5\* absence du cachet du prescripteur, sans mention du code d'acceptation pour les prescriptions papier (voir point 3.2.)
- F6\* non concordance entre le nom du prescripteur préimprimé sur l'ordonnance et celui indiqué dans le cachet apposé par le prescripteur (différents individus), sans mention du code d'acceptation pour les prescriptions papier (voir point 3.2.)
- F7\* non concordance entre le n° d'identification INAMI du prescripteur préimprimé sur l'ordonnance (en chiffres et code à barres) et celui encodé par l'officine informatisée ou par l'OT (même individu). Le code à barres est la norme
- F8\*\* absence de signature du prescripteur

F9\*\* absence de la date de prescription, sans mention du code d'acceptation pour les prescriptions papier (voir point 3.2.)

Autorisation de remboursement pour les spécialités inscrites au chapitre IV de l'A.R. du 1<sup>er</sup> février 2018.

F10 absence du numéro de l'autorisation

F12 absence de la mention écrite réglementaire du prescripteur

F13\* absence d'une copie de la prescription, certifiée conforme par le pharmacien, dans certaines situations concernant certaines spécialités pharmaceutiques spécifiées dans la législation.

Autorisation de remboursement pour les préparations magistrales inscrites au chap. IV de l'A.R. du 23 novembre 2021 (Partie I – Titre III):

F14 absence du numéro de l'autorisation

F16 vérification de la validité de la prescription pour son exécution au régime du tiers payant: les prescriptions ne peuvent plus être exécutées pour le compte des organismes assureurs après la période telle que prévue à l'article 2/3 de l'arrêté royal du 10 août 2005 fixant des modalités de la prescription à usage humain (cf. art.125 de l'AR du 1<sup>er</sup> février 2018 et art. 101 de l'A.R. du 23 novembre 2021), c.à.d. soit après un délai de trois mois après la date de rédaction et signature de la prescription, soit, si le prescripteur a précisé une date de fin pour l'exécution, après la date, à partir du lendemain de cette date de fin pour l'exécution précisée par le prescripteur.

F17 non concordance de la ligne de tarification avec le récépé

F18\* absence du numéro d'identification de la pharmacie

F19\* absence du numéro de suite unique

F20\*\* absence de la posologie à suivre (voir 3.2.6)

\* Pas d'application pour les prescriptions électroniques

\*\* ne font pas l'objet d'un rejet pour les prescriptions électroniques mais sont incluses dans un rapport de qualité de la prescription électronique

Les erreurs F0, F4, F7 et F16 font partie des contrôles systématiques des prescriptions électroniques (cf. 4.2).

### 5.3.5. Résultats des contrôles de la tarification

Les fautes constatées entraînent des mesures différentes selon le type de contrôle. Elles sont définies dans le tableau ci-dessous:

Définition et procédures à suivre pour les mentions utilisées :

"correction" : en principe tout ce que l'OT peut corriger à condition qu'il dispose des éléments justifiant cette correction

"rejet" : une anomalie corrigible, en principe par le pharmacien concerné

"annulation" : une anomalie non corrigible.

« QC » : pas de rejet s'il s'agit d'une prescription électronique, mais inclusion dans un rapport de contrôle de qualité des prescriptions électroniques

Type de faute	Mesures à exécuter	Relation avec le code d'acceptation
F0	Rejet	
F1	Annulation	
F2	Rejet	
F3	Rejet (*)	M
F4	Rejet	
F5	Rejet (*)	M
F6	Rejet	
F7	Correction ou Rejet	
F8	Rejet - QC	
F9	Rejet (*) - QC	D
F10	Rejet ou correction	
F12	Rejet	
F13	Rejet	
F14	Rejet ou correction	

F16	Annulation	
F17	Correction	
F18	Rejet ou correction	
F19	Rejet ou correction	
F20	Rejet (voir 3.1.6.)* - QC	

(\*) : Règles d'acceptation (voir 3.3.) : ces contrôles doivent être effectués et comptabilisés mais ne donnent pas lieu à un rejet et ne sont pas compris dans le nombre d'anomalies déterminant l'acceptation d'un lot

### 5.3.6. Rapport des procédures de contrôle et conservation des prescriptions

Toutes les fautes de tarification constatées dans les deux procédures de contrôle précitées sont enregistrées par récépé correspondant à un numéro de suite de l'ordonnance, par pharmacie et par mois de facturation. Le nombre total de récépés contrôlés sur pièce, le nombre de prescriptions chères et le montant total facturé sont également enregistrés.

Les fautes de type 'QC' pour les prescriptions électroniques sont enregistrées séparément, par pharmacie et par mois de tarification.

Les offices de tarifications sont tenus de rédiger un registre des contrôles par échantillonnage effectués mentionnant au moins, pour chaque officine:

- la période principal de délivrance
- l'effectif total du lot ( E )
- l'effectif de l'échantillon et les critères d'acceptation et de rejet utilisés (N, A et R)
- le résultat du contrôle (nombre de 'non valides')
- la décision et l'éventuel passage à un autre type de contrôle

Un exemple est donné dans le tableau suivant :

Période	E	N	A	R	Résultat	Décision	Suite	Fréquence
1/01	1043	80	5	6	4	Accepté	Normal	trimestriel
4/01	956	80	5	6	6	Rejeté	Normal	trimestriel
7/01	1205	125	7	8	4	Accepté	Normal	semestriel
1/02	1125	80	5	6	5	Accepté	Normal	semestriel
6/02	1098	80	5	6	7	Rejeté	Renforcé	mensuel
7/02	1024	80	3	4	5	Rejeté	Renforcé	mensuel
8/02	1012	80	3	4	3	Accepté	Renforcé	mensuel
9/02	1145	80	3	4	2	Accepté	Renforcé	mensuel
10/02	1243	125	5	6	4	Accepté	Renforcé	mensuel
11/02	1154	80	3	4	2	Accepté	Renforcé	mensuel
12/02	994	80	3	4	3	Accepté	Normal	semestriel
6/03	1011	80	5	6	2	Accepté	Normal	semestriel
12/03	997	80	5	6	5	Accepté	Normal	semestriel
6/04	1087	80	5	6	3	Accepté	Normal	semestriel
12/04	1134	80	5	6	2	Accepté	Normal	semestriel
6/05	1206	80	5	6	2	Accepté	Normal	semestriel
12/05	1036	80	5	6	1	Accepté	Normal	semestriel
6/06	1123	80	5	6	2	Accepté	Normal	semestriel
12/06	968	80	5	6	2	Accepté	Normal	semestriel
6/07	1005	80	5	6	1	Accepté	Normal	semestriel
12/07	1165	80	5	6	0	Accepté	Normal	semestriel
6/08	1124	80	5	6	1	Accepté	Normal	semestriel
12/08	1098	80	5	6	2	Accepté	Normal	semestriel
6/09	1103	80	5	6	0	Accepté	Réduit	annuel
12/10	1089	50	2	5	2	Accepté	Réduit	annuel
6/11	1143	50	2	5	1	Accepté	Réduit	annuel
12/11	1187	50	2	5	3	Accepté	Normal	semestriel
3/12	1069	80	5	6	2	Accepté	Normal	semestriel

Ces listes sont tenues à la disposition des services de contrôle de l'INAMI et des OA pendant les deux années qui suivent la date de facturation.

5.3.7. Après vérification, toutes les ordonnances sont conservées par ordre de numéro de suite, par pharmacie et par mois de facturation et ce, à l'intention des services de contrôle de l'INAMI et des OA jusqu'à la fin du mois qui suit le mois de l'introduction des factures par l'OT auprès des OA. Le contrôle se fait sans déplacement de pièces selon les dispositions du point 5.5., sauf si les dispositions de la loi du 16 novembre 1972 sur l'inspection sociale sont applicables (les pièces peuvent être saisies dans le cadre d'une enquête).



A la demande des OA, des paquets de prescriptions choisis peuvent être redemandés auprès des pharmaciens.

#### 5.4. Base de données nécessaires au contrôle

Chaque prestation pharmaceutique génère une ligne de tarification contenant au moins les données suivantes :

- Année et mois de tarification
- Numéro de l'officine en 6 chiffres
- Numéro du pharmacien titulaire en 11 chiffres
- Numéro de suite de l'ordonnance
- Numéro de la mutualité, du service régional de la Caisse auxiliaire ou de la Caisse des Soins de Santé de la Société Nationale des Chemins de fer Belges
- Numéro d'identification de l'assuré ou le NISS
- Catégorie de bénéficiaire (CB1 et CB2)
- CNK et catégorie de remboursement du médicament
- Code d'honoraire hebdomadaire pour la TPU
- Code d'honoraire de soins pharmaceutiques
- Code d'honoraires de garde
- Code de préparation magistrale
- Nombre de conditionnements ou nombre d'unités (en cas de TPU)
- Prix de vente au public (montant brut)
- Intervention OA (montant net)
- Date d'exécution de la prescription
- Numéro INAMI du prescripteur
- Lors de l'affichage des données, la description du conditionnement (libellé du médicament) délivré sera également affichée (via base de données relationnelles).
- Code d'engagement de paiement MyCareNet, si le pharmacien se réfère à la garantie de paiement.<sup>3</sup>
- Indicateur d'application du maximum à facturer

Toutes ces données de tarification doivent être conservées pendant au moins 2 ans.

Une procédure de sélection doit permettre l'établissement d'une liste détaillée par pharmacie sur la base d'un ou de plusieurs champs prévus dans le fichier de données (informatisées) nécessaire au contrôle. Il doit par exemple être possible de faire une sélection sur base d'un prescripteur et/ou d'un bénéficiaire.

Pour les données "on-line", c'est-à-dire les données de tarification des prescriptions qui sont encore physiquement présentes à l'O.T., cette liste par moyen d'un fichier digital doit être fournie dans les 15 jours calendrier suivant la réception de la demande des services de contrôle de l'INAMI ou de l'O.A. pour autant que ce dernier ne dispose pas encore des données.

Pour les données "off-line", c'est-à-dire les données de tarification des prescriptions qui ne sont plus présentes à l'O.T. et qui doivent être conservées pendant 2 ans, cette liste doit être fournie dans les 30 jours calendrier suivant la réception de la demande des services de contrôle de l'INAMI.

#### 5.5. Contrôle des offices de tarification

Les services de contrôles de l'INAMI peuvent vérifier le bon fonctionnement d'un office de tarification. Ces contrôles doivent se faire par prise d'échantillon. Le fait d'imposer un contrôle par échantillon postule un contrôle axé sur la vérification de la méthode utilisée. Les mêmes règles du contrôle par échantillonnage des officines sont appliquées au contrôle des offices de tarification.

##### 5.5.1. Détermination du lot à vérifier

Le lot peut être à limité à toutes les prescriptions d'une officine pour un OA, ou peut comporter toutes les prescriptions d'une ou plusieurs officines et à la limite, l'ensemble de toutes les prescriptions d'un office de tarification. Le lot choisi ne sera pas plus petit que l'ensemble des prescriptions rentrées par une officine au cours d'un mois. Il est préférable qu'il soit supérieur à 1000 prescriptions.

Il est à noter que le contrôle se fera plus facilement sur l'ensemble des prescriptions, prescriptions coûteuses tarifées de manière exhaustive et prescriptions contrôlées par échantillon confondues. Les conclusions tirées du contrôle seront d'autant plus correctes.

---

<sup>3</sup> Applicable au cas où la consultation de MyCareNet a été effectuée.

### 5.5.2. Détermination de l'échantillon

La taille de l'échantillon est définie comme pour le contrôle normal.

Lot	Echantillon
< 500	50
501 à 1.200	80
1.201 à 3.200	125
3.201 à 10.000	200
> 10.000	315

Pour assurer le déroulement correct et sans biais des procédures de contrôle, il est impératif que l'échantillon soit strictement aléatoire, suivant une procédure pareille à celle des pharmaciens

### 5.5.3. Détermination du seuil d'erreur admis

La marge d'erreur admise pour le contrôle sur la tarification doit être plus grande que la marge d'erreur admise pour le contrôle par échantillon que doivent appliquer les offices de tarification. En effet le contrôle doit pouvoir affirmer avec une grande certitude que l'office de tarification n'a pas suivi les instructions.

Pour une affirmation avec 95 % de certitude les seuils d'erreur sont les suivants :

Lot	Echant.	Erreur Admise	Dépassement de l'erreur à 95 %	Arrondi
< 500	<b>50</b>	3	8.76	<b>9</b>
501 à 1.200	<b>80</b>	5	11.67	<b>12</b>
1.201 à 3.200	<b>125</b>	7	14.46	<b>15</b>
3.201 à 10.000	<b>200</b>	10	18.4	<b>19</b>
> 10.000	<b>315</b>	14	23.6	<b>24</b>

## **6. Etablissement de la facture**

Après la fin de la procédure de tarification auprès des OT et des contrôles y afférents, comme décrit au point 4.2. de ces directives, la facture est établie.

### 6.1. La facture

Cette facture est exclusivement constituée du fichier digital établi selon les instructions relatives à la collecte des données des prestations pharmaceutiques (piste unique: facture et statistique), comme fixées par le Comité de l'assurance des soins de santé sur proposition de la CCP.

### 6.2. Les statistiques

Les OT transmettront mensuellement les données à l'INAMI, au moyen d'un fichier digital comme prévu dans l'annexe 13 des « Instructions aux offices de tarification relatives à la collecte de données des prestations pharmaceutiques (piste unique: facture et statistique) ».

## **7. Envoi de la facture**

La facture est envoyée aux organismes assureurs via MyCareNet (message 520000).

Elle est considérée comme immédiatement reçue par l'OA.

L'ensemble du processus d'échange de fichiers de facturation et de décompte est exécuté par les OT et les OA en conformité avec la documentation MyCareNet

[Webservices Invoicing Pharmanet - All Documents \(intermut.be\)](#)

## **8. Paiement de la facture, paiement de l'acompte, contrôles par les OA et corrections**

### 8.1 Paiement

Les organismes assureurs s'engagent à effectuer le paiement dès que possible après réception d'une facture valide (non bloquant et avec un pourcentage d'erreurs inférieur à 5%). Le délai de paiement ne pourra en aucun cas être supérieur à celui que les OA ont appliqué dans le système d'échange antérieur à celui via MyCareNet.

Ce paiement peut être :

- soit un acompte (100% de la facture). Dans ce cas le paiement définitif doit être régularisé selon le point 8.4 ci-après.
- soit un paiement définitif, pour autant qu'un fichier de décompte valide (non bloquant et avec un pourcentage d'erreurs injustifiées inférieur à 5%) ait été transmis à l'OT au moins 5 jours avant l'expiration du délai de paiement.

### 8.2 Réception de la facture

Dès réception du fichier, les OA effectuent les contrôles de base de l'envoi et renvoient

- soit l'accusé de réception (message 531000),
- soit le refus de la facture pour erreur bloquante (message 520999). Dans ce cas, l'OT corrige le fichier et effectue un nouvel envoi le plus vite possible.

### 8.3. Contrôle de la facture

Objet du contrôle :

- Les erreurs bloquantes de l'annexe 5.3 des instruction OTFS
- Les erreurs de type F et de type R de l'annexe 5.4 des instructions OTFS
- Les erreurs de type E de l'annexe 5.2 des instructions OTFS

#### 8.3.A. Précontrôle au sein de l'OA

##### *8.3.A.1. Résultat du précontrôle OK*

Aucune erreur n'est constatée et l'OA envoie le message 520098 correspondant.

##### *8.3.A.2. Résultat du précontrôle non OK*

Des erreurs sont détectées.

- a) L'OA constate que les erreurs sont la conséquence d'imperfections dans son propre traitement et adapte alors son propre système afin d'éviter que ces mentions d'erreurs ne figurent plus sur le fichier de décompte. Le délai de paiement doit être respecté.
- b) Après avoir le cas échéant corrigé son propre traitement, 3 situations peuvent se présenter :
  1. Plus aucune erreur : l'OA envoie à l'OT le message 520098 correspondant.
  2. Des erreurs bloquantes ou un pourcentage d'erreurs non bloquantes trop élevé (>5%) : voir 8.3.B
  3. Des erreurs non bloquantes (<5%) : voir 8.3.C

#### 8.3.B. Envoi du refus de la facture (message 520099)

Un 520099 n'est envoyé qu'en cas d'erreurs bloquante ou de pourcentage d'erreur > 5% et le processus de facturation s'arrête.

Certains OAs envoient immédiatement un 520099.

Si l'OT accepte le refus de l'OA, il fournira un nouveau fichier de facturation dans les meilleurs délais (message 520000).

Si l'OT n'accepte pas le refus, il contacte l'OA pour consultation (d'abord formellement par e-mail, puis par téléphone si nécessaire).

Certains OAs contactent eux-mêmes l'OT de manière proactive (d'abord formellement par e-mail, puis par téléphone si nécessaire) avant d'envoyer un 520099.

La consultation, qu'elle soit initiée par l'OA ou par l'OT, peut déboucher sur les 2 situations suivantes :

##### a. La consultation se termine par un accord mutuel : 3 situations sont possibles :

- a) Toutes les erreurs sont le résultat de problèmes à l'OA qui effectue les ajustements nécessaires dans son propre système pour éviter ces messages d'erreur sur le fichier de facturation.
  - Dans le cas où le message 520099 n'a pas encore été envoyé, l'OT n'est pas obligé d'envoyer un nouveau fichier et l'OA peut envoyer un support de décompte (message 520098) à l'OT. Le délai de paiement doit être respecté

- Dans le cas où le message 520099 a déjà été envoyé, l'OT renverra le même fichier avec le numéro d'envoi d'origine. Le délai de paiement doit être respecté.
  - b) Les deux parties sont responsables de certaines des erreurs. L'OA et l'OT procèdent aux ajustements nécessaires en ce qui concerne leur propre contribution. L'OT doit fournir dans les plus brefs délais un nouveau fichier de facturation (message 520000) sur lequel ses propres erreurs ont été corrigées avec le numéro d'envoi d'origine. L'OA envoie alors un fichier de règlement modifié (message 520098). L'OA paiera dans les plus brefs délais dès réception d'un fichier de facturation valide.
  - c) Tous les messages d'erreur se trouvent dans les programmes de facturation de l'OT qui fournit un nouveau fichier de facturation dès que possible (message 520000) sur lequel ses propres erreurs ont été corrigées avec le numéro d'envoi d'origine. L'OA envoie alors un fichier de règlement modifié (message 520098). L'OA paiera dans les plus brefs délais dès réception d'un dossier de facturation valide.
- b. La concertation se termine par un désaccord  
 Il est fait appel à l'arbitrage.  
 Le paiement de l'avance est dû à la date initialement prévue.  
 Soit l'OA attend le jugement de l'arbitrage pour poursuivre son processus de traitement ; soit, l'OA décide de poursuivre sous sa propre responsabilité le processus de traitement avec réalisation du fichier de décompte sur lequel sont repris les rejets qui sont soumis à l'arbitrage.  
 Le fichier de décompte peut être bloqué dans le courant de la procédure. La décision de l'arbitrage est finalement déterminante pour la suite du déroulement.

### 8.3.C. Envoi du support de décompte provisoire (message 520098)

L'OT envoie dans les 5 jours ouvrables à l'OA par mail un avis d'acceptation ou de refus du message 520098.

L'OT dispose donc de 5 jours ouvrables pour refuser le message 520098, faute de quoi le message 520098 est considéré comme accepté.

2 situations peuvent se présenter :

1. Le fichier de décompte de l'OA est refusé par l'OT parce qu'il ne répond pas aux exigences de l'Annexe 7.6 des instructions OTFS
  - a. L'OA est d'accord avec le rejet
    - Pour les OA qui versent un acompte  
 Suite au blocage du fichier de décompte, la compensation relative à l'acompte versé est également bloquée lors du paiement de l'acompte de la prochaine facture. L'OA doit fournir le plus rapidement possible un nouveau fichier de décompte valide.
    - Pour les OA qui ne versent pas d'acompte
      - L'OA parvient à fournir à temps un nouveau fichier de décompte (c.-à-d. que ce support arrive auprès de l'OT au minimum dans les 5 jours calendrier précédant l'expiration du délai de paiement), et ce nouveau fichier de décompte est accepté. Le premier fichier de décompte est dès lors considéré comme non existant.
      - L'OA ne parvient pas à fournir à temps un nouveau fichier de décompte. L'OA paie le montant calculé (par l'OA)<sup>4</sup> sur base de la facture du fichier de décompte rejeté à la date de paiement initialement prévue.  
 L'OA doit fournir le plus vite possible un nouveau fichier de décompte et paie le plus rapidement possible, lors d'un deuxième versement, la différence entre le montant payé de la facture du fichier de décompte initial et le montant accepté de la facture du nouveau fichier de décompte accepté.
  - b. L'OA n'est pas d'accord avec le rejet  
 Le dossier est renvoyé à l'arbitrage. Le jugement rendu par l'arbitrage est déterminant pour le déroulement ultérieur.
    - Pour les OA qui versent des acomptes  
 La compensation de l'acompte versé est bloquée.
    - Pour les OA qui ne versent pas d'acomptes  
 L'OA paie le montant calculé (par l'OA) de la facture du fichier de décompte rejeté à la date de paiement initiale.

<sup>4</sup> Les OA concernés (200 et 500) sont ouverts à éventuellement revoir cette logique après la période de monitoring

(car ils attendent de l'OT de signaler un refus le plus vite possible (pas attendre 5 jours ouvrables))

2. Le fichier de décompte de l'OA est accepté par l'OT parce qu'il répond aux exigences de l'Annexe 7.6 des instructions OTFS

L'OT avertit dès que possible l'OA par mail de l'acceptation du fichier de décompte et l'OA envoie immédiatement le fichier de décompte définitif (message 520900) : voir 8.3D.

Le dernier message 520098 doit toujours être identique au message 520900.

#### 8.3.D Envoi du support de décompte définitif (message 520900)

Le fichier de décompte valide doit être délivré dans la période maximale de 2 mois après la date de réception de la facture valide (non bloquant et avec un pourcentage d'erreurs inférieur à 5%), pour les organismes assureurs qui versent des acomptes comme prévu au point 8.4 de ces directives.

La facture peut être payée sans acompte à condition qu'un fichier de décompte valide (non bloquant et avec un pourcentage d'erreurs injustifiées inférieur à 5%) ait été reçu au plus tard 5 jours calendrier avant le jour du paiement.

L'OT assure le suivi du traitement du support de décompte accepté :

- 1) *Décompte de l'OT avec les pharmaciens*  
L'OT traite le fichier de décompte afin de ventiler les refus et les corrections auprès des pharmaciens.
- 2) *Décompte de l'OA avec l'OT*  
Les OA qui ont versé des acomptes procèdent à la compensation du montant accepté de la facture sur l'acompte versé au moment du paiement de l'acompte de la facture suivante.
- 3) *Réintroduction des lignes de facture corrigées ou rejetées de manière injustifiée*  
Se fait selon les instructions OTFS. Des intérêts de retard peuvent être portés en compte selon des modalités qui doivent encore être définies par l'instance compétente.
- 4) *Annulation ou correction de la facture par l'OT*  
L'OT peut, après envoi du fichier de décompte de l'OA, découvrir des fautes propres à son système qui ne figurent sur le fichier de décompte de l'OA.  
L'OT corrigera donc de sa propre initiative les fautes en question dans un fichier de facturation suivant.  
L'annulation ou la correction d'une facture introduite initialement s'opère à l'aide d'une note de crédit selon les modalités reprises dans les instructions OTFS.  
La procédure complète de facturation, de contrôle et de correction est ainsi conclue.

#### 8.4 Paiement définitif en cas d'acompte

Dans le cas du versement d'un acompte, la différence entre l'acompte payé et le montant effectivement dû de la facture sera compensé lors du paiement de la facture suivante, à la condition qu'au moins 5 jours calendrier soient écoulés entre la réception du fichier de décompte valide (non bloquant et avec un pourcentage d'erreurs injustifiées inférieur à 5%) et la date d'échéance du paiement suivant.

Lorsque l'OA, dans les deux mois qui suivent la présentation de la facture valide (non bloquant et avec un pourcentage d'erreurs inférieur à 5%) (date du message 520000), n'a pas envoyé de fichier de décompte valide (non bloquant et avec un pourcentage d'erreurs injustifiées inférieur à 5%) à l'OT, la facture dans son ensemble est considérée comme acceptée et le paiement de l'acompte est acquis définitivement.

#### 8.5 Corrections et réintroductions

L'organisme assureur est libre – dans les limites des spécifications du point 5.3.7. – de faire un contrôle des prescriptions.

Dans ce cas, l'OT à la demande du service de contrôle de l'OA est tenu de fournir les documents suivants:

- le rapport de la procédure de contrôle dont il est question au point 5.3.6.
- le résultat d'une sélection demandée par le service de contrôle de l'OA sur les données de tarification dont il est question dans le point 5.4.

S'il s'avère que, suite à des contrôles effectués par les OA ou par les services de contrôle de l'INAMI en dehors du processus de contrôle automatisé dans le cadre de la facture Pharmanet, des montants ont été indûment portés en compte, la régularisation doit s'effectuer comme suit :

les récupérations des montants injustement payés (art. 164 de la loi) sont réglées soit par l'OT par une note de crédit ou par une facture de correction dans une prochaine facture Pharmanet, soit par l'OA par une compensation sur la prochaine facture à condition que cette régularisation soit spécifiée dans un état de paiement complémentaire.

Après confrontation des résultats du contrôle sur pièces à l'OT (voir point 5 des directives) avec les résultats du fichier de décompte de l'OA et après compensation par l'OA du montant de la facture non acceptée sur le paiement de l'acompte de la première facture suivante, l'OT peut réintroduire les corrections restantes ou les rejets indus sur un support de facturation ultérieur suivant la procédure reprise dans les instructions OTFS .

## **9. Mise en œuvre et monitoring**

La présente mise à jour est d'application à partir du mois facturé de avril 2022 (traité en mai 2022 par les OT et les OA). (date d'application sous réserve, dépendant de la réussite des tests)

Un monitoring de la période entre l'envoi du fichier de facturation et le paiement effectif des OA sera organisé à partir du mois facturé de janvier 2022.

Durant ce monitoring, les dates suivantes seront rassemblées mensuellement pour chaque OT et chaque OA :

- Date d'envoi du message 520000 (transmis par le CIN)
- Date d'envoi du message 531000(transmis par le CIN)
- Date d'envoi du message 520098(transmis par le CIN)
- Date d'envoi du message 520099(transmis par le CIN)
- Date d'envoi du message 520900(transmis par le CIN)
- Date de réception du paiement par l'OT (transmis par les OT)

A partir de 3 mois de monitoring, une demande de correction des délais pourra être introduite par l'une des parties (OT-OA) au groupe de travail OT-OA.

## **10. Annexes**

1. Liste des arrêtés royaux mentionnés dans le texte.
2. Composition et fonctionnement de l'organe d'arbitrage.
3. Utilisation des fichiers de référence.
4. Procédure pour l'imputation et le paiement des intérêts moratoires.

**LISTE DES ARRETES ROYAUX**

**Arrêté royal du 24 décembre 1963**

Arrêté royal portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**Coordonné par le Règlement du 28 juillet 2003**

Règlement 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

**Arrêté royal du 2 octobre 2019**

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitaliers.

**Arrêté royal du 15 juin 2001**

Arrêté royal déterminant les critères d'agrément des offices de tarification.

**Arrêté royal du 1<sup>er</sup> décembre 2018**

Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

**Arrêté royal du 29 mars 2002**

Arrêté royal portant application de l'article 37, § 17, et de l'article 165, dernier alinéa, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

**Arrêté royal du 23 novembre 2021**

Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

**COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DE L'ORGANE D'ARBITRAGE.**

En sa réunion du 3 novembre 2003, le Comité de l'assurance du Service des Soins de santé a décidé de créer un organe d'arbitrage dont la mission est de trancher les litiges dans le cadre de la piste unique Pharmanet.

(voir note CSS n° 2003/321)

Durant les discussions qui ont conduit à la mise en production de la piste unique Pharmanet le 1er janvier 2004, les deux parties (offices de tarification et organismes assureurs) se sont prononcés unanimement pour faire appel à un organe d'arbitrage qui doit trancher les litiges dans le cadre de la Piste Unique Pharmanet.

Dans le cas de litiges entre les OT et les OA, en ce qui concerne le caractère justifié ou non des rejets, les parties se doivent en premier lieu de résoudre ensemble le différend. S'il n'y a pas d'entente, le litige peut alors être présenté à l'organe d'arbitrage (OAr).

Dans la mesure où les deux parties acceptent la procédure d'arbitrage, la décision de l'OAr est obligatoire pour celles-ci et est déterminante pour l'évolution future de la procédure de traitement. Les parties s'engagent à ne pas contester la décision de l'arbitrage en aucune manière.

Composition

L'organe d'arbitrage se compose de quatre membres :

- 2 fonctionnaires du Service du Contrôle Administratif (SCA) désignés par le fonctionnaire dirigeant de ce service;
- 2 fonctionnaires du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux (SECM) désignés par le fonctionnaire dirigeant de ce service.

Les quatre membres de l'OAr désignent entre eux un président et un secrétaire. Les membres de l'OAr peuvent se faire aider par des experts de leur choix.

Mission

Trancher les litiges entre les offices de tarification et les organismes assureurs en ce qui concerne le caractère justifié ou non des rejets dans le cadre du transfert de données de la piste unique Pharmanet.

Fonctionnement

1. Le fonctionnement de l'organe d'arbitrage (OAr) va de pair avec la mise en production de la piste unique Pharmanet, en matière de factures des délivrances du mois de janvier 2004. La première séance est prévue durant le mois de mars 2004.
2. Un secrétariat "arbitrage" est constitué au sein de la Commission de convention "Organismes assureurs – Pharmaciens" du Service des Soins de santé (SA-SSS).
3. Un litige ne peut être transmis à l'OAr qu'après une concertation préalable entre les parties concernées qui ne peuvent parvenir à un accord mutuel.
4. Le litige est transmis, par écrit (lettre, fax ou e-mail), au SA-SSS par l'une des deux parties concernées (office de tarification ou organisme assureur), avec copie à la partie adverse. Le SA-SSS se charge de l'inscription de la date de réception et en informe les deux parties. La partie adverse a la possibilité de refuser l'inscription au rôle endéans les cinq jours ouvrables. L'inscription au rôle engage les deux parties à accepter et à exécuter la décision de l'arbitrage. Cette décision est déterminante pour l'évolution future de la procédure de traitement.
5. Le SA-SSS est chargé de réceptionner les litiges et de préparer les dossiers et peut dès lors demander toutes les informations utiles aux parties concernées. Ces parties doivent lui garantir leur totale collaboration. Le dossier est préparé et rédigé dans la langue du litige comme mentionné sous 3. Chaque dossier contient un avis d'expert technique formulé par le SA-SSS.
6. L'OAr est convoqué en principe une fois par mois à une journée fixe du mois. L'OAr peut décider de fixer des séances complémentaires. L'OAr statue au moyen d'une décision collégiale sur tous les litiges qui ont été présentés au cours du mois précédent. Cette décision est prise sur base des pièces versées au dossier préparé et transmis à l'OAr par le SA-SSS. La décision et le jugement peuvent être reportés à une séance suivante.
7. L'OAr peut se prononcer valablement si au moins 1 membre des 2 services de contrôle est présent.



8. L'OAr peut convoquer les parties concernées pour audience.  
L'organisme assureur est représenté par le responsable de la facturation Pharmanet (ou son délégué).  
L'office de tarification est représenté par son pharmacien mandaté (ou son délégué).
9. Le secrétariat de l'OAr transmet le résultat du jugement rendu au SA-SSS, qui signifie la décision par écrit en deux langues aux parties concernées.
10. Une jurisprudence des décisions prises est établie.  
Cette jurisprudence est diffusée par la Commission de Convention "Pharmaciens – Organismes assureurs" après chaque séance de l'OAr.
11. Les parties s'engagent à consulter et à appliquer cette jurisprudence dans la concertation réciproque en vue de résoudre les différends et litiges avant de solliciter une procédure d'arbitrage.  
Les parties s'engagent à accepter le fait que cette jurisprudence est utilisée par le SA-SSS pour résoudre les litiges de même nature pour lesquels une décision a déjà été prise par l'OAr. De tels dossiers ne sont donc pas présentés à l'OAr.
12. Les litiges relatifs à l'utilisation de fichiers de référence sont réglés par le SA-SSS lui-même. Ils ne sont donc pas présentés à l'OAr.
13. La décision de l'arbitrage ne se rapporte qu'aux litiges relatifs aux données Pharmanet. Par définition, la décision de l'arbitrage n'interfère jamais avec les éventuelles constatations formelles des SECM et SCA dans le cadre de leurs missions légales et compétences.  
Les dossiers présentés à l'OAr peuvent être communiqués par les fonctionnaires de l'arbitrage à leur fonctionnaire dirigeant pour examen dans le cadre de leurs missions légales et compétences.
14. Au cas où aucun prononcé n'existe quatre mois après l'introduction du dossier, l'imputation est déclarée payable, avec possibilité de récupération ultérieure par les OA.
15. Une première évaluation du fonctionnement de l'OAr est prévue après trois séances.

## UTILISATION DES FICHIERS DE REFERENCE

### **1. Prescripteur**

La question d'un fichier de référence des médecins prescripteurs tombe.

#### Accord:

Le numéro d'identification du prescripteur est capté au moyen du code à barres sur le formulaire de prescription papier.

Le numéro d'identification du prescripteur est capté au moyen des données de la prescription électronique.

Les erreurs relatives au prescripteur ne sont pas rejetées. Elles sont transmises par les OA via Pharmanet, en signalant l'erreur.

La cellule Pharmanet détecte l'erreur, la signale aux services de contrôle qui entament les démarches nécessaires pour éviter la poursuite de l'utilisation de ce code à barres fautif.

### **2. Pharmacien titulaire**

Les offices de tarification pourront disposer du fichier des pharmaciens qui est transféré une fois par semaine aux OA par l'INAMI. Les données qui doivent au minimum être fournies aux OT sont les suivantes: nom, prénom, numéro d'identification, date de début et date de fin.

La correspondance entre le pharmacien titulaire et l'officine est disponible dans le fichier de base, mais ne fera pas l'objet de contrôle.

### **3. Prestations pharmaceutiques.**

- Spécialités pharmaceutiques, alimentation médicale, dispositifs médicaux: les fichiers (access/excel/word/pdf) sont déjà disponibles sur le site.  
Le problème est que l'historique n'est pas disponible.
- C'est ce fichier INAMI qui est utilisé comme fichier de référence. Ce qui signifie qu'en cas de contestation, c'est l'INAMI (SA-SSS) qui se prononce sur le tarif correct.

#### Situation actuelle:

L'APB propose (contre paiement) de mettre à disposition un fichier ASCII contenant le prix public et les modalités de remboursement. Ce fichier est mis à jour 2 fois par mois (vers le 6 et le 20 du mois) sur la base de la publication au Moniteur Belge.

Ce fichier concorde avec les données des publications de l'INAMI et est de bonne qualité.

**PROCEDURE POUR L'ACCOMPTE ET LE PAYEMENT DES INTERETS MORATOIRES.****1. Principe**

Si l'organisme assureur ne parvient pas à honorer la facture de l'office de tarification dans les temps impartis, des intérêts moratoires peuvent être introduits par l'office de tarification. Les intérêts moratoires sont dûs à partir de la date d'échéance du support de facturation initial jusqu'à la date effective de paiement.

En pratique deux situations sont possibles :

1. La facture n'est pas honorée dans son intégralité ;
2. La facture est honorée, mais les rejets sont contestés par l'office de tarification.
  - 2.1. Ces rejets sont considérés comme injustifiés par l'O.T. Après concertation, il apparaît que l'O.T est dans son droit. Ces lignes sont réintroduites sur le prochain support de facturation. Des intérêts peuvent être portés en compte.
  - 2.2. Ces rejets sont considérés comme injustifiés par l'O.T. Après concertation, il apparaît que l'O.T. est dans son droit. L'organisme assureur est dans la capacité de corriger ces lignes et d'envoyer un nouveau support de décompte. La différence entre les 2 supports décomptes est payée par l'organisme assureur. Des intérêts peuvent être portés en compte.

**2. Problématique**

- Les intérêts moratoires peuvent être portés en compte dans des situations fort différentes. Les points 1 et 2.2. ne donnent pas lieu à une introduction d'intérêts sur le support de facturation suivant, mais à une facture séparée des intérêts.  
Le point 2.1. pourrait quant à lui donner lieu à une réintroduction sur la facture suivante.
- Les intérêts moratoires doivent être pris en compte dans les frais d'administration de l'organisme assureur et ne peuvent, par conséquent, suivre la même procédure de comptabilisation que la facture mensuelle des frais pharmaceutiques.  
L'introduction de ces intérêts sur le support de facturation est donc problématique pour l'organisme assureur.

**3. Procédure**

- Les intérêts moratoires font toujours l'objet d'une facture séparée. Ils sont à charge des frais d'administrations de l'OA. Ils ne peuvent être comptabilisés dans les dépenses du système et ne peuvent être intégrés dans les modèles C.
- Le bordereau d'envoi du support de décompte ne doit pas mentionner les intérêts.
- Facturation sur le document comptable du montant dû par l'assurance, soit le total des zones 80/48 par mutuelle, sans mention des intérêts.
- Facturation séparée des intérêts en une facture centralisée à l'union nationale. Cette facture est accompagnée d'une ventilation par mutuelle.
- La facturation des intérêts ne doit pas se faire mensuellement mais peut être cumulée en une facture par trimestre, ou par semestre ou au minimum par an.