

I. Règlement du 16 juin 2014 modifiant le Règlement du 22 mai 2006 du Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI portant exécution de l'article 22, § 2, a) de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "Charte" de l'assuré social Renonciation à la récupération d'un indu en matière de soins de santé Procédure et pièces justificatives

Cette circulaire remplace la circulaire O.A. n° 2012/428 - 3999/3 du 30 octobre 2012¹.

1. Cas de renonciation à la récupération de l'indu en soins de santé : principe

Dans le cadre du Règlement mentionné ci-dessus, lorsque l'assuré est de bonne foi, il peut être renoncé à la récupération de l'indu dans les cas suivants :

- 1) De manière générale en matière de soins de santé, lorsque l'assuré social se trouve dans un cas digne d'intérêt (art. 2 du règlement).

Pour déterminer un cas digne d'intérêt, il est tenu compte des revenus du ménage au moment de la demande de renonciation à la récupération de l'indu, introduite par l'assuré social (art. 4 du règlement).

Le ménage et les revenus pris en compte sont ceux de l'intervention majorée (indiqués aux art. 25 à 27 de l'A.R. du 15.01.2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'art. 37, § 19, de la loi SSI).

1. Publiée dans le B.I. n° 2012/3, p. 391.

Si les revenus sont inférieurs au montant de l'article 21 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014, il est toujours renoncé à la récupération de l'indu. S'ils sont inférieurs à 150 % de ce même montant, la renonciation est toujours accordée pour la partie de l'indu qui dépasse la moitié du montant des revenus du ménage qui est supérieur au montant visé ci-avant.

- 2) Dans le cadre du maximum à facturer ou de l'intervention majorée, outre la procédure générale décrite ci-dessus, il est possible de renoncer à la récupération de l'indu lorsque, suite à une révision à la hausse du montant imposable des revenus du ménage due à une taxation rétroactive par l'Administration générale de la fiscalité, il n'est plus répondu à la condition de revenu (art. 6 du règlement).

Les procédures de renonciation décrites sous les 1) et 2) ne sont toutefois pas applicables aux indus dont le montant est inférieur ou égal à 125 EUR².

2. Renonciations visées à l'article 4 du règlement

2.1. Principe

L'assuré doit introduire sa demande de renonciation auprès de son organisme assureur au moyen du formulaire "demande de renonciation". Le modèle de ce formulaire est joint en annexe 1 (non publiée dans le B.I.).

Si l'assuré a envoyé lui-même sa demande directement au Service du contrôle administratif de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ou à un autre service de l'INAMI, ce service transmettra sans délai cette demande à l'organisme assureur concerné et en avisera l'assuré.

Lorsque le dossier est incomplet ou n'est pas correctement rempli, le Service du contrôle administratif en informe l'organisme assureur. Celui-ci dispose ensuite de 4 mois pour compléter le dossier. En l'absence de réaction endéans les quatre mois, le dossier est transmis au Service des soins de santé.

L'organisme assureur qui reçoit une demande envoie ou remet à l'assuré social un accusé de réception. Une copie de cet accusé de réception est conservée dans le dossier.

La date d'introduction de la demande prise en compte est la date à laquelle la demande est parvenue à l'organisme assureur.

2.2. Composition du dossier administratif

L'organisme assureur établit un dossier administratif relatif à la demande de renonciation à la récupération.

2. Sur base de l'art. 326, § 3, de l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, les O.A. sont dispensés de récupérer les prestations inférieures à 27,34 EUR payées indûment à un assuré social. Ces montants ne doivent donc pas être récupérés. Les sommes inférieures ou égales à 125 EUR ne peuvent pas faire l'objet d'une procédure de renonciation (art. 1 du règlement) ; ces sommes doivent donc effectivement être récupérées. Pour les sommes entre 27,34 EUR et 125 EUR, il n'y a ni procédure de renonciation ni dispense de récupération ; ces montants doivent donc être récupérés. Montants indexés au 01.01.2015.

Le dossier administratif doit comporter :

1. Demande de renonciation (annexe 1)

Une copie de la demande doit être conservée dans le dossier de la mutualité.

2. Une note de synthèse (annexe 2)

Cette note de synthèse doit toujours être complétée par l'organisme assureur.

3. Pièces à joindre

Toutes les pièces justificatives relatives aux revenus du ménage qui ont été transmises à l'organisme assureur (donc également le dernier avertissement - extrait de rôle de l'impôt des personnes physiques).

Une copie de la reconnaissance de dettes (dans laquelle une dette déterminée est explicitement reconnue et dans laquelle les prestations indues sont décrites le plus précisément possible ; la reconnaissance de dette est signée et datée) ou, à défaut, la décision de récupération contre laquelle aucun recours n'a été introduit, ou une copie du jugement ou de l'arrêt (le montant dû doit être définitif) (voir art. 8 du règlement).

Une copie de l'accusé de réception qui a été envoyée à l'assuré.

Avant de transmettre la demande au Service du contrôle administratif, l'organisme assureur doit vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des pièces justificatives.

Les pièces justificatives que l'intéressé a jointes à sa demande et qui ne sont pas spécifiquement mentionnées ci-avant, ne seront en principe pas transmises au Service du contrôle administratif, à moins qu'elles ne soient pertinentes.

2.3. Introduction du dossier auprès du Service du contrôle administratif

Le dossier administratif, composé par l'organisme assureur, doit être adressé à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données du Service du contrôle administratif, Avenue de Tervuren, 211, 1150 Bruxelles.

L'organisme assureur s'en charge aussi vite que possible après l'introduction de la demande de renonciation par le bénéficiaire, et au plus tard deux mois après cette introduction.

Le Service du contrôle administratif avise l'intéressé par simple lettre de la réception de son dossier, et au plus tard dans les 14 jours qui suivent cette réception.

Une copie de cette lettre est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

2.4 Traitement du dossier et décision

Le Service du contrôle administratif rédige une note dans laquelle il formule ses remarques ainsi que les motifs du refus de la renonciation ou de l'octroi d'une renonciation (partielle) (parmi lesquelles la bonne ou mauvaise foi du bénéficiaire).

Les dossiers (annexe 1 et annexe 2, accompagnées de la note du Service du contrôle administratif) et les pièces jointes sont transmis au Service des soins de santé. Ce service soumet les demandes au Groupe de travail assurabilité.

Le Groupe de travail assurabilité formule un avis. Les dossiers ainsi que l'avis du Groupe de travail assurabilité sont soumis au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

S'il ne peut être accédé ou s'il ne peut être complètement accédé à la demande de renonciation à la récupération : Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide de rejeter la demande ou de n'y accéder que partiellement, cette décision est communiquée par lettre recommandée à l'intéressé, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

S'il peut être accédé à la demande de renonciation à la récupération :

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide d'accéder à la demande, cette décision est communiquée à l'intéressé par simple courrier, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14, 5^o et 6^o de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

3. Renonciation visée à l'article 6 du Règlement (annexe 3)

3.1 Principe

Par dérogation à l'article 4, il est toujours possible de renoncer à la récupération lorsque les prestations ont été payées dans le cadre de l'intervention majorée et/ou du maximum à facturer, à condition toutefois que le montant payé indûment résulte du fait que l'Administration générale de la fiscalité a rétroactivement modifié les revenus du ménage pour l'année en question (c.à.d. l'année de référence) au point que les revenus du ménage dépassent le plafond autorisé.

La bonne foi du bénéficiaire doit être établie (art. 2 du Règlement).

Les articles 1, alinéa 1^{er}, 4, 5 et 8 du Règlement ne sont pas d'application dans cette procédure.

La demande doit être introduite par l'organisme assureur. L'organisme assureur avertit l'assuré de l'introduction de la demande.

3.2. Composition du dossier administratif

L'organisme assureur constitue un dossier administratif relatif à la demande de renonciation à la récupération.

Ce dossier doit contenir :

1. La demande de renonciation (annexe 3)

3.3. Introduction du dossier auprès du Service du contrôle administratif

Le dossier, qui contient la demande complétée par l'organisme assureur, doit être introduit auprès du Service du contrôle administratif.

Le dossier doit être adressé à la Direction contrôle et gestion des données d'accessibilité et archivage des données du Service du contrôle administratif, Avenue de Tervuren, 211, 1150 Bruxelles.

La date à laquelle la demande est arrivée au Service du contrôle administratif correspond à la date d'introduction de la demande.

La demande doit être introduite dans un délai de trois mois après que l'organisme assureur a été informé de la taxation rétroactive.

Le Service du contrôle administratif envoie un accusé de réception à l'organisme assureur concerné, au plus tard 14 jours après la réception du dossier.

Lorsque le dossier est incomplet ou n'est pas correctement rempli, le Service du contrôle administratif en informe l'organisme assureur. Celui-ci dispose ensuite de 4 mois pour compléter le dossier. En l'absence de réaction au cours de ces 4 mois, le dossier est transmis au Service des soins de santé.

3.4. Traitement du dossier et décision

Le Service du contrôle administratif rédige une note dans laquelle il formule ses remarques et les motifs de refus de la renonciation ou d'octroi d'une renonciation (parmi lesquelles la bonne ou mauvaise foi de l'intéressé).

Les dossiers sont envoyés au Service des soins de santé. Ce service soumet la demande au Groupe de travail assurabilité.

Le Groupe de travail assurabilité formule un avis. Les demandes ainsi que l'avis du Groupe de travail assurabilité sont soumis au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

S'il ne peut être accédé à la demande de renonciation à la récupération :

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide de rejeter la demande, cette décision est communiquée par lettre recommandée à l'intéressé, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

S'il peut être accédé à la demande de renonciation à la récupération :

Lorsque le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, sur base de l'avis émis par le Groupe de travail assurabilité, décide d'accorder la demande, cette décision est communiquée à l'intéressé par simple courrier, en y mentionnant les motifs. Les mentions décrites à l'article 14, 5^o et 6^o de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social seront reprises dans la décision.

Une copie de la décision est également envoyée à l'organisme assureur concerné.

4. Suspension de la récupération

Conformément à l'article 326, § 2, g) de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, le délai dans lequel l'indu doit être récupéré par l'organisme assureur est suspendu à partir de la date à laquelle la demande de renonciation a été introduite jusqu'à la date de la décision du Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

