

I. Renonciation à la récupération des montants indus en soins de santé. Application du Règlement du 6 mars 2023 portant exécution de l'article 22, alinéa 2, a) de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social. Procédure et pièces justificatives.

Le Règlement du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 6 mars 2023 portant exécution de l'article 22, alinéa 2, a) de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la Charte" de l'assuré social décrit la procédure sur la base de laquelle les assurés sociaux peuvent introduire une demande de renonciation à la récupération des montants indus, et sur la base de quels paramètres cette demande est traitée.

En vertu de ce Règlement, il peut être renoncé à la récupération d'un montant indu si l'assuré est de bonne foi et se trouve dans une situation digne d'intérêt.

La présente circulaire précise la procédure administrative à suivre pour introduire un dossier auprès du Service des soins de santé, en exécution des articles 1 à 9 du Règlement du 6 mars 2023, et n'est donc pas applicable aux situations décrites à l'article 10 du Règlement.

1. Conditions

Pour pouvoir bénéficier d'une renonciation à la récupération de l'indu, l'assuré doit être de bonne foi et se trouver dans une situation digne d'intérêt (art. 22, § 2, a) de la Charte).

En ce qui concerne les paiements indus en matière de soins de santé, un assuré est considéré comme étant dans une situation digne d'intérêt si :

- au moment de la demande, il bénéficie du droit à l'intervention majorée de l'assurance
- les revenus de son ménage sont inférieurs au plafond prévu par la réglementation relative à l'intervention majorée
- les revenus de son ménage sont inférieurs à 150 % du plafond prévu par la réglementation relative à l'intervention majorée.

Le calcul du revenu du ménage se fait conformément à la réglementation relative à l'intervention majorée¹. Sont pris en compte les revenus du mois précédant la demande.

2. Procédure

2.1. Délai d'introduction d'une demande de renonciation (par l'assuré)

L'assuré dispose d'un délai de 3 mois après que le montant à récupérer est devenu définitif pour introduire une demande de renonciation auprès de sa mutualité. Une trace écrite et datée de cette demande doit être conservée.

Si la demande est introduite avant l'expiration du délai de recours de 3 mois devant les tribunaux, l'assuré doit signer une reconnaissance de dette.

Si la demande est introduite après l'expiration de ce délai de recours, une reconnaissance de dette n'est pas nécessaire, la créance étant définitivement établie.

Si une procédure a été initiée contre la décision de récupération, le dossier ne peut être introduit que lorsque la décision de justice est définitive ; l'assuré dispose alors d'un délai de 3 mois à compter de la date du jugement.

Nous rappelons que, en vertu de l'article 15 de la Charte, une décision de récupération d'un montant indu doit préciser, entre autres, *la possibilité pour l'institution de sécurité sociale de renoncer à la répétition de l'indu et la procédure à suivre afin d'obtenir cette renonciation.*

2.2. Dépôt du dossier auprès de l'INAMI et délai de traitement

C'est l'organisme assureur (Union nationale) qui contrôle le dossier administratif (voir ci-dessous) et le transmet à l'INAMI.



Le dossier est introduit auprès du Service des soins de santé, Direction Juridique et Accessibilité, par email à : Jur_Reg@riziv-inami.fgov.be.

A) INTRODUCTION DU DOSSIER

Le dossier doit être introduit dans un délai de 3 mois après l'introduction de la demande de renonciation par l'assuré (l'assuré dispose d'un délai de 2 mois à compter de l'introduction de sa demande pour remettre les pièces nécessaires auprès de la mutualité, la mutualité et l'organisme assureur disposent alors d'un délai d'1 mois pour compléter l'annexe et introduire le dossier auprès du Service des soins de santé de l'INAMI). Le Service des soins de santé envoie un accusé de réception à l'organisme assureur et à l'assuré (par e-mail ; si l'adresse e-mail n'est pas connue, par lettre simple).

Si ce délai de 3 mois n'est pas suffisant, il peut être prolongé à 5 mois. L'organisme assureur doit indiquer les motifs de cette prolongation lors de l'introduction du dossier (complet).

Si le dossier administratif ne contient pas toutes les données nécessaires (documents nécessaires ou une description complète du contexte), il est retourné à l'organisme assureur avec une demande de le compléter (ou de le faire compléter) (pour ajouter des pièces ou pour clarifier le contenu). Trois mois après cette demande de complément ou de précision, l'introduction du dossier sera clôturée. Les documents ou informations reçus après ce délai de 3 mois ne seront plus pris en compte.

¹. Cf. art. 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994.

B) TRAITEMENT

Après réception du dossier complet ou clôturé, celui-ci est traité :

S'il manque des documents nécessaires, le dossier est déclaré irrecevable par le Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé et cette décision est communiquée à l'organisme assureur et à l'assuré.

Si le dossier est complet, il est présenté par la Direction juridique lors de la première ou deuxième réunion suivante du Groupe de travail Assurabilité.²

L'avis du Groupe de travail Assurabilité est communiqué au Fonctionnaire dirigeant qui traite la demande.

La décision du Fonctionnaire dirigeant est notifiée par courrier ordinaire à l'organisme assureur et à l'assuré social.

3. Dossier administratif

L'organisme assureur constitue un dossier administratif relatif à la demande de renonciation de l'assuré à l'aide du formulaire joint à la présente circulaire. Les pièces justificatives mentionnées dans ce formulaire doivent être jointes à la demande.

Les différentes parties doivent être complétées lisiblement et de manière adéquate. L'organisme assureur décrit de manière suffisamment détaillée le contexte dans lequel le paiement indu a été effectué et donne un aperçu détaillé des prestations. Nous rappelons que, si les conditions sont remplies, l'organisme assureur doit appliquer l'article 17 de la Charte.

Si le dossier est introduit avant l'expiration du délai de recours contre la décision de récupération (cf. art. 23 de la Charte : 3 mois), une copie de la reconnaissance de dette (datée et signée) doit être jointe au dossier.

Si une procédure a été introduite contre la décision de récupération, la décision de justice définitive doit être transmise à l'INAMI.

4. Prescription et suspension

Conformément à l'article 174, alinéa 1^{er}, 6^o, de la loi coordonnée, l'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées à 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. Ce délai est porté à 5 ans lorsque l'octroi indu de prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses.

Une lettre recommandée à la poste suffit pour interrompre cette prescription (art. 174, al. 4) et un nouveau délai de prescription de 2 ans commence à courir.

Un délai de prescription doit être distingué du délai de récupération.

2. Si les informations complémentaires demandées ne sont pas suffisantes, cela peut avoir des conséquences sur le traitement du dossier : s'il ne peut pas être établi que toutes les conditions sont remplies, il ne peut pas être renoncé à la récupération de l'indu.

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

La procédure de demande de renonciation introduite auprès de l'INAMI n'interrompt pas la prescription au sens de l'article 174, alinéa 1^{er}, 6^o, la mutualité doit le cas échéant continuer à interrompre la prescription (par ex. par lettre recommandée) jusqu'à ce qu'elle soit avisée de la décision du Fonctionnaire dirigeant.

5. Entrée en vigueur

Cette circulaire s'applique aux récupérations de prestations indûment octroyées qui sont notifiées à l'assuré après le 1^{er} juillet 2023. Les dossiers pour lesquels une lettre recommandée a déjà été envoyée à l'assuré avant le 1^{er} juillet 2023 ne relèvent pas de la procédure décrite dans la présente circulaire.

La présente circulaire remplace la circulaire n° 2015/133 du 11 mai 2015.



Circulaire O.A. n° 2023/168 – 406/22 du 6 juillet 2023.