

I. La disposition *Ostbelgien*

1. Introduction

Cette circulaire a pour objectif de fournir des informations sur les modalités de mise en œuvre de la disposition *Ostbelgien*.

Cette disposition a été approuvée par le Comité de l'assurance à la date du 19 juin 2017 (Annexe 1)¹.

La disposition *Ostbelgien* vise un équilibre entre

- l'assouplissement du droit aux soins de santé transfrontaliers (spécialisés) dans une zone géographique en Allemagne bien définie pour les assurés résidents dans les Cantons de l'Est, et les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt sur la base du droit de l'Union européenne et de la réglementation belge, et
- l'utilisation optimale de l'offre médicale dans la Communauté germanophone, notamment dans les deux hôpitaux généraux y établis.

À partir du 1^{er} juillet 2017, les documents E.112 IZOM EMR+ et la carte IZOM ne peuvent plus être utilisés pour recevoir des soins de santé en Allemagne à charge de l'assurance obligatoire soins de santé.

2. La disposition *Ostbelgien* – Généralités

2.1. Champ d'application personnel

La disposition *Ostbelgien* s'adresse à toutes les personnes pouvant bénéficier des prestations de l'assurance maladie obligatoire qui résident dans les Cantons de l'Est, ou les communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

2.2. Champ d'application géographique

La disposition *Ostbelgien* permet aux personnes qui y sont visées de recevoir, sous certaines conditions, des soins de santé spécialisés dispensés par des prestataires de soins (médecins spécialistes et établissements de soins) actifs dans la région d'Aix-la-Chapelle, et les arrondissements de Bitburg, Daun et Prüm (= ci-après : "la zone frontière allemande").

2.3. Champ d'application matériel

La disposition *Ostbelgien* concerne l'accès et le remboursement des soins de santé spécialisés, dans la zone frontière allemande, à condition que ces soins soient couverts par l'assurance obligatoire soins de santé belge.

1. Non publiée ici.

La disposition *Ostbelgien* ne s'applique pas au régime particulier concernant l'accès aux prestations de rééducation fonctionnelle en Allemagne pour les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui ont leur résidence dans les Cantons de l'Est (voir la Circ. O.A. n° 2017/1 du 04.01.2017 ou la Circ. O.A. qui la remplace).

3. La disposition *Ostbelgien* – Particularités

3.1. Soins de santé spécialisés ambulatoires - Généralités

Le principe général est qu'une autorisation (document S2) n'est pas émise à l'attention de l'assuré pour un traitement ambulatoire par un médecin-spécialiste actif dans la zone frontière allemande. L'assuré doit avancer les frais et peut ensuite demander le remboursement à son organisme assureur belge.

Un régime de remboursement spécial est prévu. Lors de la réception des documents relatifs aux prestations de santé ambulatoires (p.ex. une consultation) dispensées par un médecin spécialiste de la zone frontière allemande, les organismes assureurs peuvent, en vue d'une intervention dans les coûts, agir comme suit :

- (1) Si le montant facturé des frais engagés ne dépasse pas la contre-valeur de 200,- EUR, le remboursement peut être accordé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % :

- (i) les prestations de santé qui n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement

- par l'assurance obligatoire soins de santé (comme l'homéopathie, l'ostéopathie, ...), ou qui
- n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement à raison d'un pourcentage de remboursement moyen (voir prestations mentionnées sous le pt 4)

doivent être déduites du montant des frais consentis auquel le pourcentage de remboursement moyen peut être appliqué, et

- (ii) les organismes assureurs doivent vérifier si les factures présentées concernent bien des prestations de santé et non des dépenses d'ordre privé (p. ex. pour le taxi, un restaurant, etc.).



Dans le cas où le médecin spécialiste dans la zone frontière allemande établit une facture récapitulative par laquelle il regroupe par exemple 5 consultations en une seule facture dont le montant total dépasse de ce fait la contre-valeur de 200,- EUR, les organismes assureurs peuvent considérer chaque consultation séparément et les rembourser chacune à raison du pourcentage de remboursement moyen.

- (2) Si le montant facturé des frais consentis dépasse la contre-valeur de 200,- EUR, l'organisme assureur doit :

- (i) soit octroyer une intervention dans les frais engagés aux tarifs et selon les modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé (art. 294, § 1^{er}, 13^o, de l'A.R. du 03.07.1996) ;

- (ii) soit envoyer une demande de tarification à l'institution compétente en Allemagne en vue du remboursement des frais au tarif de remboursement de l'assurance maladie obligatoire allemande (attention : cette option n'est possible que dans les situations où une autorisation – document S2 – a été délivrée).



L'assuré doit être informé qu'il a le droit de refuser le remboursement à raison d'un pourcentage de remboursement moyen et peut demander le remboursement sur la base des tarifs et des modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé en vertu de l'article 294, § 1^{er}, 13°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.



Exemple 1

Des soins de santé spécialisés ambulatoires dispensés à un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie actif dans la zone frontière allemande sans renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt

=> remboursement des frais suivant le principe général, voir point 3.1, à savoir

- si les coûts sont inférieurs à 200,- EUR, le remboursement peut être octroyé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %
- si les coûts sont supérieurs à 200,- EUR, le remboursement doit être fixé sur la base des tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale.



Exemple 2

Des prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste actif dans la zone frontière allemande sans renvoi d'un médecin spécialiste, par exemple par un médecin généraliste actif sur le territoire belge

=> remboursement des frais suivant le principe général, voir point 3.1, à savoir

- si les coûts sont inférieurs à 200,- EUR, le remboursement peut être octroyé à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 %
- si les coûts sont supérieurs à 200,- EUR, le remboursement doit être fixé sur la base des tarifs et modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale.

3.2. Soins de santé spécialisés ambulatoires - Exceptions

Dans la situation où un assuré, qui tombe sous l'application de la disposition *Ostbelgien*, **souhaite recevoir des soins de santé spécialisés ambulatoires**, qui sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et pour lesquels les conditions de remboursement sont remplies, **dans la zone frontière allemande**, les organismes assureurs peuvent par dérogation au régime général pour les soins de santé spécialisés ambulatoires - voir point 3.1. - **délivrer une autorisation** (document S2) aux conditions suivantes :

- (i) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en (neuro)psychiatrie ;
- (ii) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en psychiatrie (infantile) ;
- (iii) prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand sur renvoi d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire belge, à l'exception des prestations de santé mentionnées sous le point (iv) ;
- (iv) prestations de santé dispensées à un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans inclus par un médecin allemand spécialiste en pédiatrie sur renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

Dans un but de *continuité des soins* les organismes assureurs peuvent également délivrer une autorisation (document S2) pour l'imagerie médicale – en particulier l'utilisation d'un CT-scanner, IRM, RMN ou PET-scanner pour des affections qui sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé – si celle-ci s'inscrit dans le cadre d'une consultation d'un médecin spécialiste allemand (attention : dans ce cas, un document S2 peut être délivré *a posteriori* pour la régularisation de l'imagerie médicale).

 Un contrôle (médical) interne doit toujours être effectué aux fins de vérifier si les prestations de santé spécialisées ambulatoires pour lesquelles un document S2 est délivré sont remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé fédérale ou si les conditions de remboursement sont remplies.

3.3. Soins de santé spécialisés en milieu hospitalier

Dans le cadre de la disposition *Ostbelgien*, il y a lieu d'entendre par "soins de santé en milieu hospitalier" les soins de santé :

- qui requièrent une hospitalisation d'une nuit au minimum
- dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Dans la situation où un assuré, qui tombe sous l'application de la disposition *Ostbelgien*, **souhaite recevoir des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier**, qui sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et pour lesquels les conditions de remboursement sont remplies, **dans la zone frontalière allemande**, les organismes assureurs peuvent délivrer une autorisation (document S2) en cas d'hospitalisation/hospitalisation de jour consécutive

- (i) à un renvoi – que ce soit ou non par un service des urgences – provenant d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt.

Dans un but de *continuité des soins* les organismes assureurs peuvent également délivrer une autorisation (document S2) consécutive

- (ii) à une consultation pour laquelle un document S2 a été délivré à l'assuré (voir pt 3.2) ;
- (iii) à une consultation d'un médecin spécialiste dans la zone frontalière allemande, qui a été remboursée à l'assuré à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % (ou, à la demande de l'assuré, au tarif de l'assurance obligatoire soins de santé).

L'autorisation peut être accordée à la condition que les soins de santé soient remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et que les conditions de remboursement soient remplies. Les conditions selon lesquelles

- les soins de santé peuvent être dispensés en Belgique dans un délai médicalement acceptable, ou
- dans un établissement hospitalier similaire situé en Belgique dans un rayon de 25 kilomètres maximum de la résidence principale de l'assuré,

ne sont pas d'application en l'espèce.

3.4. La délivrance d'une autorisation (document S2)

L'autorisation (document S2) qui est délivrée en application de la disposition *Ostbelgien* doit mentionner les éléments suivants :

- les données personnelles de l'assuré
- une description du traitement mentionnant la spécialité. En cas de soins de santé spécialisés ambulatoires, il doit expressément être mentionné que le document S2 ne peut pas être utilisé, par exemple, pour l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux, même si ils sont prescrits par un médecin spécialiste travaillant dans la zone frontière allemande
- le nom de l'hôpital et/ou le nom du médecin spécialiste
- en cas de soins de santé spécialisés ambulatoires (voir pt 3.2) la durée de validité est limitée à six (6) mois
- en cas de soins de santé dans un hôpital (voir pt 3.3) la durée réelle prévue du traitement, indiquant les dates de début et de fin.

Une prolongation du document S2 exige un rapport médical dans lequel la demande de prolongation est bien motivée.

Les organismes assureurs trouveront en annexe 2 une check-list qu'ils doivent utiliser comme outil pour apprécier si un assuré remplit ou non les conditions pour émettre le document S2. Cette check-list, qui peut être utile dans le cadre de l'évaluation de la disposition *Ostbelgien*, doit être conservée dans le dossier de l'assuré.



Dans les situations mentionnées aux points 3.2 et 3.3 ci-dessus, l'assuré devrait – en principe – être en possession d'une autorisation (document S2), avant la délivrance des soins, pour qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge selon les tarifs de la *Gesetzliche Krankenversicherung* allemande, à l'exception de la situation mentionnée au point 3.2.(iv).

4. Soins de santé auxquels la disposition *Ostbelgien* ne s'applique pas

Les réglementations belge et européenne, telles qu'elles s'appliquent aussi aux autres assurés belges, sont d'application pour les soins de santé non concernés par la disposition *Ostbelgien*.

Les soins de santé non concernés par la disposition *Ostbelgien* sont mentionnés sur une liste non exhaustive :

- les prestations de santé dispensées par un prestataire autre qu'un médecin spécialiste
- les examens génétiques visés par l'article 33, § 1^{er}, de la nomenclature qui sont réservés aux laboratoires appartenant à un des *centres de génétique humaine agréés*
- l'achat des médicaments, à l'exception des médicaments administrés dans le cadre des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier pour lesquels un document S2 a été délivré
- l'achat de dispositifs médicaux, à l'exception des dispositifs médicaux administrés dans le cadre des soins de santé spécialisés en milieu hospitalier pour lesquels un document S2 a été délivré

- la chirurgie esthétique
- lorsque l'assuré se rend intentionnellement en Allemagne dans la zone frontière allemande pour des prestations d'imagerie médicale
- les prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste ou un établissement hospitalier, en dehors de la zone frontière allemande, même sur renvoi d'un médecin spécialiste actif sur le territoire belge ou actif dans la zone frontière allemande
- les autres prestations de santé qui ne relèvent pas explicitement du champ d'application de la disposition *Ostbelgien*.

INFORMATIONS RELATIVES AU REMBOURSEMENT

Lorsque les organismes assureurs doivent accorder un remboursement des frais de soins de santé auxquels la disposition *Ostbelgien* ne s'applique pas, et cela, sur la base des tarifs et selon les conditions de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale, ils sont tenus d'appliquer les lignes directrices reprises dans le Titre II, Chapitre IV de la Circulaire O.A. n° 2014/440 – ou la circulaire qui la remplace.

Conformément au droit de l'Union européenne, un assuré peut utiliser en Belgique une prescription étrangère pour l'achat de médicaments ou de dispositifs médicaux. Par conséquent, une demande de remboursement ne peut pas être refusée au seul motif que le prescripteur étranger n'a pas utilisé le formulaire approprié (belge). Si la prescription étrangère (le cas échéant, en combinaison avec un rapport médical) contient suffisamment d'informations claires, qui permettent de déterminer si les conditions de remboursement belges sont remplies, ces informations peuvent être prises en compte pour déterminer le montant de remboursement.

Récemment, des mesures ont été prises en vue d'une utilisation généralisée de la prescription électronique en Belgique. Toutefois, il faut constater qu'actuellement l'utilisation de la prescription électronique, dans un contexte transfrontalier, n'est pas encore une réalité. En l'absence de mesures en faveur d'une utilisation transfrontalière de la prescription électronique, un assuré a toujours la possibilité d'utiliser une prescription sur papier.

Certains médicaments ne sont remboursés qu'avec l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur. Cet accord peut, et parfois doit, être demandé par voie électronique. Cependant, de même que pour la prescription électronique de médicaments, force est de constater que l'utilisation des demandes électroniques, dans une situation transfrontalière, n'est pas encore une réalité à l'heure actuelle. En l'absence de mesures en faveur d'une utilisation transfrontalière des demandes électroniques, une demande peut encore être introduite avec un document papier.

En cas de doutes sur le médicament ou le dispositif médical prescrit, il est toujours possible de contacter le prescripteur étranger.

Si un médicament ou un dispositif médical prescrit n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé ou si les conditions de remboursement ne sont pas remplies, les coûts supportés restent à la charge de l'assuré, sous réserve des dérogations qui peuvent, le cas échéant, s'appliquer.

5. Période de prolongation pour des situations particulières

Pendant la période de préavis de l'Accord de coopération IZOM, les organismes assureurs peuvent continuer à délivrer une autorisation préalable E.112 IZOM EMR+, selon les modalités de l'Accord de coopération IZOM, mais à condition que la date de fin du formulaire ne soit pas postérieure au 30 juin 2017.

Dans un but de *continuité des soins*, une période de prolongation s'avère cependant nécessaire, après la fin de la période préavis de l'Accord de coopération IZOM, pour des situations particulières. En effet, il pourrait arriver qu'un traitement entamé avant le 30 juin 2017 doive être poursuivi au-delà de cette date, ou qu'un assuré ait besoin d'un certain délai pour prendre les mesures nécessaires en vue de la poursuite du traitement en Belgique plutôt qu'en Allemagne.

La période de prolongation pour les situations particulières :

- est limitée dans le temps, en particulier pour la période du 1^{er} juillet 2017 jusqu'à la fin du traitement et au plus tard au 31 décembre 2017 inclus
- la décision selon laquelle un assuré peut bénéficier du régime transitoire (= remise d'un document S2) pour la poursuite d'un traitement entamé avant le 30 juin 2017 est confiée à un Collège de médecins-conseils des mutualités locales où tous les organismes assureurs sont représentés.

Il y a d'ores et déjà un accord qui détermine la décision à prendre dans un certain nombre de situations sans que le Collège *ad hoc* des médecins-conseils des mutualités locales doive se prononcer à ce sujet :

- pour une hospitalisation déjà commencée qui dépasse la date du 30 juin 2017, un document S2 peut être délivré pour la durée restante du séjour hospitalier
- un traitement prescrit par un médecin spécialiste actif dans la zone frontière allemande, mais où le traitement n'est entamé qu'après le 1^{er} juillet 2017 => remise d'un document S2 à condition que les prestations de santé soient remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé et/ou pour lesquelles les conditions de remboursement sont remplies.

Le Collège des médecins-conseils des mutualités locales *ad hoc*

Le Collège des médecins-conseils des mutualités *ad hoc* est composé d'un médecin-conseil, ayant une connaissance des enjeux locaux, par organisme assureur (un par union nationale, un pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et un pour la Caisse soins de santé de HR Rail).



Les organismes assureurs transmettent, au plus tard le 30 juin 2017, aux autres organismes assureurs et à l'INAMI (rir@inami.fgov.be), les noms et les coordonnées de leur médecin-conseil, ainsi que de son/sa remplaçant(e) dans ce Collège *ad hoc*.

Les organismes assureurs qui souhaitent soumettre un dossier au Collège *ad hoc*, transmettent ce dossier par voie électronique aux membres effectifs et à leurs députés, y compris une proposition de décision. Les membres du Collège *ad hoc* sont tenus d'envoyer leur avis aux autres membres du Collège *ad hoc* dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande. Seuls les membres actifs, ou leur substitut, peuvent émettre un avis. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote ; l'avis de l'organisme assureur du bénéficiaire n'est pas pris en compte.

Le Collège *ad hoc* est convoqué en cas de partage égal des voix, ou si un ou plusieurs organismes assureurs n'ont pas répondu dans le délai.

6. Problèmes d'application ou d'interprétation de la disposition *Ostbelgien*

La mise en œuvre des dispositions fera apparaître un ensemble de questions ou de situations, auxquelles les organismes assureurs devront apporter une réponse.

Les difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de la disposition *Ostbelgien* sont réglées par les organismes assureurs en concertation avec l'INAMI.

 Les organismes assureurs transmettent, tous les deux mois, les difficultés à l'INAMI (à envoyer à rir@inami.fgov.be) en vue d'une concertation qui doit veiller à une mise en œuvre concertée par tous les organismes assureurs.

7. Dispositions financières

Des informations doivent être mises à disposition sur les obligations financières de l'assurance obligatoire soins de santé découlant de l'application de la disposition *Ostbelgien*. Il est dès lors recommandé d'adapter le "Plan comptable dans la pratique".

Cette adaptation consiste en l'ajout de plusieurs nouveaux codes CT2 en vue de la transparence des dimensions financières de la mobilité des patients, d'une part, et de l'enregistrement des frais d'une façon uniforme par les organismes assureurs, d'autre part :

Situation	CT2
les frais induits par le remboursement sur la base du pourcentage de remboursement moyen de 75%	838
les frais relatifs au remboursement de soins de santé dans un autre État membre – pour lesquels une autorisation préalable (formulaire S2) a été octroyée – à la suite d'une demande de tarification (formulaire E.126)	836
les frais relatifs au remboursement aux tarifs et aux modalités de remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé	853

Un organisme assureur qui est obligé de faire appel à l'octroi d'un remboursement aux tarifs et selon les conditions de l'assurance obligatoire soins de santé, en raison de l'absence de réponse à une demande de tarification, reprend ces dépenses sous le CT2 853.

Les remboursements relatifs aux frais de soins de santé non visés par la disposition *Ostbelgien*, doivent être repris conformément aux instructions comptables en vigueur.

Les créances allemandes seront reprises à l'annexe T3.

De plus, les organismes assureurs doivent rassembler toutes les données nécessaires sur les obligations financières liées à la délivrance d'une autorisation (document S2) sur la base des éléments suivants, à savoir la personne assurée, le lieu de résidence de l'assuré, le document S2 et sa durée de validité et le lieu de traitement en Allemagne.

Les organismes assureurs doivent mentionner les interventions dans les coûts des soins de santé délivrés jusqu'au 30 juin 2017 et qui découlent de l'application de l'Accord de coopération IZOM sous les codes respectifs CT2.

8. Évaluation de la disposition *Ostbelgien*

Les organismes assureurs rassemblent toutes les données et les enregistrent systématiquement en vue d'une évaluation coordonnée. L'analyse concerne :

(1) les données statistiques relatives

- (i) au nombre de demandes de remboursement, au montant payé par l'assuré, au montant total des remboursements accordés en application du pourcentage de remboursement moyen de 75 % (= CT2 838), et à la nature des soins de santé ;
- (ii) au nombre de demandes de remboursement, au montant payé par l'assuré, au montant total des remboursements accordés en application de l'article 294, § 1^{er}, 13°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (= CT2 853), et à la nature des soins de santé ;
- (iii) au nombre de demandes et aux frais relatifs au remboursement des soins de santé délivrés dans la zone frontière allemande – pour lesquels une autorisation préalable (formulaire S2) a été octroyée – à la suite d'une demande de tarification (formulaire E.126) (= CT2 836) ;
- (iv) au nombre de créances E.125/S080, au nombre de patients concernés, ainsi qu'au montant total des remboursements suite à l'utilisation d'un document S2 scindé dans les cinq rubriques repris sur les formulaires E.125/S080, c'est-à-dire
 - (a) soins médicaux ;
 - (b) soins dentaires ;
 - (c) médicaments ;
 - (d) hospitalisation ;
 - (e) autres prestations.

(2) la délivrance d'un document S2

- (i) le nombre de documents S2 émis, ainsi que le nombre de patients concernés ;
- (ii) le nombre de documents S2 émis pour des soins de santé spécialisés ambulatoires ainsi que pour des soins de santé spécialisés en milieu hospitaliers ;
- (iii) si cela concerne une première demande ou une demande de prolongation ;
- (iv) la nature des soins de santé spécialisés (p. ex. la spécialité) / le service dans l'hôpital, ainsi que l'hôpital où les soins de santé sont dispensés ;
- (v) en ce qui concerne les soins de santé spécialisés ambulatoires :
 - (a) pour des prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en (neuro) psychiatrie ;
 - (b) pour prestations de santé dispensées par un médecin spécialiste allemand en psychiatrie (infantile) ;
 - (c) sur renvoi d'un médecin spécialiste qui est actif sur le territoire belge, à l'exception des prestations de santé mentionnées sous le point (d) ;
 - (d) sur renvoi d'un médecin spécialiste en pédiatrie actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt ;
 - (e) pour l'imagerie médicale ;

(vi) en ce qui concerne les soins de santé spécialisés en milieu hospitalier :

- (a) sur renvoi d'un médecin spécialiste actif sur le territoire des Cantons de l'Est, et des communes de Baelen, Bleyberg (Plombières) et Welkenraedt ;
- (b) à la suite d'une consultation pour laquelle un document S2 a été délivré à l'assuré ;
- (c) à la suite d'une consultation d'un médecin spécialiste dans la zone frontière allemande, qui a été remboursée à l'assuré à raison d'un pourcentage de remboursement moyen de 75 % (ou, à la demande de l'assuré, au tarif de l'assurance obligatoire soins de santé).

@ Les organismes assureurs fournissent pour le 31 mars 2018, à l'INAMI (à envoyer à rir@inami.fgov.be), un rapport d'évaluation de l'exécution de la disposition Ostbelgien au cours de l'année calendrier précédente. Les données statistiques doivent être transmises au moyen du fichier template *.xlsx en annexe 3.

@ Le Collège des médecins-conseils des mutualités locales *ad hoc* – mentionné dans le point 5 – doit fournir un rapport détaillé, pour le 31 mars 2018, à l'INAMI (à envoyer à rir@inami.fgov.be) sur les dossiers qui lui ont été soumis (au moins le nombre de demandes ; le nombre de refus/autorisations ; la nature de la demande/du traitement).

Les informations récoltées doivent contribuer à

- une meilleure connaissance de l'ampleur de la mobilité des patients dans cette région frontalière et la nature des soins de santé spécialisés pour lesquels on se dirige vers la zone frontière allemande
- cartographier l'offre médicale, tant ambulatoire que dans les hôpitaux dans l'Est de la Belgique
- cartographier les besoins médicaux dans l'Est de la Belgique.

9. Durée de la disposition *Ostbelgien*

La disposition *Ostbelgien* entre en vigueur le 1^{er} juillet 2017 et est d'application jusqu'au 30 juin 2018. Elle peut être prolongée sur la base d'une évaluation approfondie (voir rubrique 8).

En vigueur à partir du 1^{er} juillet 2017.

i Circulaire O.A. n° 2017/222 – 392/78, 80/113, 825/5 et 83/473 du 17 juillet 2017.