

JUSTEL - Législation consolidée

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&la=F&nm=2022032359

Dossier numéro : 2022-06-10/02

Titre

10 JUIN 2022. - Convention R/22 adoptée par le Comité de l'assurance pour les logopèdes Notification point 10

Source : SECURITE SOCIALE

Publication : Moniteur belge du 15-06-2022 page : 50851

Entrée en vigueur : 01-01-2022

Table des matières

Art. 1-12

Texte

Article [1er](#). La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre le logopède et les bénéficiaires de l'assurance, tels qu'ils sont définis par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

[Art. 2.](#) § 1er. Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 36 de la loi susvisée et à la condition que le logopède soit agréé conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en Belgique pour l'exercice de cette profession.

§ 2. Les valeurs du facteur de multiplication R sont fixées comme suit

A partir du 1er juin 2022 :

- R = 1,920406 pour les séances de bilan initial

- R = 1,368738 pour les bilans d'évolution

- R = 1,640431 pour les séances individuelles de traitement de 30 minutes hors école, et les séances collectives de guidance parentale

- R = 1,647249 pour les séances individuelles de traitement de 60 minutes et les séances individuelles de guidance parentale

- R = 1,584523 pour les séances individuelles de traitement de 30 minutes à l'école

- R = 1,642591 pour les séances collectives de traitement

Les valeurs de la lettre-clé sont augmentées de 1,35% à partir du 1er juin 2022. Cela correspond pour l'année 2022 à 1,502 million d'euros, soit la masse d'index disponible (0,79% sur une base annuelle). Si ce pourcentage plus élevé est appliqué structurellement à partir de 2023, cela signifie un coût supplémentaire de 1,073 million d'euros, qui devrait être compensé par une réduction de la masse d'index de 2023.

§ 3. Conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, la valeur du facteur de multiplication R peut être adaptée à partir du 1er janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé visé à l'article 1er dudit arrêté royal, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente.

Pour ce faire, la Commission de conventions constate qu'il existe une marge budgétaire suffisante par le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

[Art. 3.](#) § 1er. Sans préjudice des dispositions de l'article 5 pour toute prestation dispensée au domicile d'un bénéficiaire, dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle ou à l'hôpital, les honoraires sont les mêmes que ceux d'une prestation identique dispensée au cabinet du logopède.

Le cas échéant, pour des prestations dispensées à la demande du bénéficiaire en dehors du cabinet du logopède, le logopède peut convenir avec le bénéficiaire d'un montant supplémentaire raisonnable de frais de

déplacement. En cas de litige la charge de la preuve incombe au logopède.

§ 2. Les frais de déplacement susvisés ne sont pas remboursés au bénéficiaire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 3. En cas d'application du § 1er, deuxième alinéa, le logopède informe le bénéficiaire ou son représentant légal avant le début du traitement des dispositions de ce paragraphe ainsi que de celles du § 2. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information a été fournie avant le début du traitement incombe au logopède.

Art. 4. § 1er. Le logopède s'engage à respecter les taux d'honoraires fixés à l'article 2 pour les prestations prévues au " Chapitre X - Logopédie " de la nomenclature des prestations de santé.

Le logopède, le médecin prescripteur et l'organisme assureur, s'engagent à aider le bénéficiaire dans les démarches pour qu'en application du Chapitre X précité, le médecin-conseil de son organisme assureur puisse prendre une décision au sujet de l'intervention ou non de l'assurance dans ces honoraires.

§ 2. Le logopède peut déroger aux taux desdits honoraires fixés à l'article 2 en cas d'exigences particulières du bénéficiaire non hospitalisé, à savoir :

- lorsque, à la demande du bénéficiaire, la prestation doit être effectuée avant 8 heures;
- lorsque le traitement est effectué le week-end ou un jour férié légal, sauf en cas de prescription expresse du médecin précisant que le traitement doit être effectué un des jours précisés ci-dessus;
- lorsque, à la demande du bénéficiaire ou de son représentant légal, la prestation n'est pas effectuée au cabinet du logopède, mais, sans nécessité médicale, au domicile du bénéficiaire.

Cependant, les honoraires fixés à l'article 2 ne peuvent être majorés pour des prestations si le logopède fixe des heures de consultation à son cabinet ou, de sa propre initiative, donne des soins au bénéficiaire en tout autre lieu :

- soit après 19 heures et avant 8 heures;
- soit durant le week-end ou un jour férié légal;

Le week-end commence le vendredi à 19 heures et se termine le lundi à 8 heures.

§ 3. Le logopède informe le bénéficiaire avant le commencement du traitement du montant des honoraires et des dispositions du § 2. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information était affichée et a été donnée incombe au logopède.

Art. 5. § 1er. Lorsque le logopède perçoit lui-même les honoraires auprès du bénéficiaire, il lui remet, au plus tard à la dernière séance du sixième mois d'un traitement de logopédie, l'attestation de soins donnés.

Le logopède s'engage à informer le patient sur le contenu et le coût du traitement avant que le container de prestations remboursables soit dépassé, et ce selon la méthode du consentement éclairé.

Avant le début du traitement, l'organisme assureur et le logopède attireront l'attention du bénéficiaire sur les conséquences éventuelles des limitations en matière de la durée de validité possible pour un accord et en matière de nombre de prestations remboursables prévues en son cas au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé.

Un formulaire concernant le consentement éclairé du patient sera élaboré dans le cadre légal.

§ 2. En vertu de l'article 53, § 1er / 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu :

1° dans le cas où le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire des montants pour des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire;

2° dans le cas où l'attestation de soins donnés est remplacée par une transmission électronique de données par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire.

Le montant total à payer par le bénéficiaire pour les prestations visées, en ce compris les acomptes payés, figurent sur le document justificatif.

Lorsqu'une attestation de soins donnés détaillant l'ensemble des prestations remboursables est remise au bénéficiaire, le document justificatif comprend :

- pour l'ensemble des prestations remboursables, le total à payer en ce compris les suppléments éventuels;
- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

Lorsqu'une attestation de soins donnés détaillant l'ensemble des prestations remboursables n'est pas remise au bénéficiaire, le document justificatif comprend:

- de manière distincte, en regard de chaque prestation remboursable reprise comme sur une attestation de soins donnés, sauf si les prestations sont regroupées conformément aux décisions prises par le Comité de l'assurance soins de santé, le montant payé par le bénéficiaire en vertu des tarifs, le montant payé par le bénéficiaire à titre de supplément et, le cas échéant, l'intervention facturée directement à l'organisme assureur;
- en regard de chaque prestation non remboursable, reprise sous la forme d'un libellé, son montant.

La Commission de conventions s'engage à l'élaboration d'un formulaire standard de document justificatif.

Art. 6. § 1er. Lorsque le logopède a recours au système du tiers payant (cf. arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 11 de la loi coordonnée le 14-7-1994, relatif au régime du tiers payant), il envoie les attestations de soins donnés se rapportant au bilan logopédique et à des séances faisant partie d'un traitement chaque mois à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur. L'envoi des attestations se fait au plus tard dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies (le cachet de la poste faisant foi).