

**V/96 (06.05.1996)**  
**V/96 bis (08.01.1998)**  
**V/96 ter (19.11.1998)**  
**V/96 quater (19.12.2005)**  
**V/96 quinquies (01.01.2012)**

**Institut national d'assurance  
maladie-invalidité**

**TEXTE COORDONNE**

Avenue de Tervuren 211  
1150 Bruxelles  
☎ 02/739 78 32

**Service des soins  
de santé**

**CONVENTION NATIONALE  
ENTRE LES ACCOUCHEUSES  
ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente convention définit, en ce qui concerne les honoraires et les modalités de leur paiement, les rapports entre les accoucheuses, les organismes assureurs 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.** Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi susvisée coordonnée le 14 juillet 1994, et à la condition que l'accoucheuse qui l'a pratiquée ait la qualification requise, conformément aux indications de ladite nomenclature.

Aucune modification de la nomenclature n'est opposable aux parties. En l'absence de manifestation contraire de leur volonté dans les trente jours qui suivent la publication d'une telle modification, celle-ci est toutefois considérée comme incluse dans les termes de la présente convention.

**Art. 3.** La valeur du facteur de multiplication V à appliquer aux valeurs relatives des prestations de santé visées par la convention est, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, fixée à 1,447828 EUR. Cette valeur inclut une indexation de 2,26% à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

En exception à la règle générale ci-dessus, pour la prestation 422240 (assistance en cas d'accouchement effectué par un médecin en milieu hospitalier), la valeur du facteur de multiplication V est diminuée de 10% et est ainsi égale à 1,330071 EUR.

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 V peut être adaptée à partir du 1<sup>er</sup> janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé visé à l'article 1<sup>er</sup> 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. 4.** L'accoucheuse s'engage à respecter les taux des honoraires fixés pour les prestations prévues à l'article 9 de la nomenclature des prestations de santé.

Elle peut cependant déroger aux taux desdits honoraires en cas d'exigence particulière de la bénéficiaire à savoir, lorsque à la demande de cette dernière, la prestation est effectuée à son domicile sans nécessité médicale et **en dehors de deux visites à domicile** comprises dans les séances prénatales (prestations n<sup>os</sup> 422030 et 422052).

Elle peut en plus déroger aux taux desdits honoraires pour les prestations se rapportant à la préparation à l'accouchement (prestations n<sup>os</sup> 422096, **428374**, **428396**, 422111, **428411**, 422133 et **428433**).

L'accoucheuse informe préalablement l'intéressée sur le montant des honoraires. En cas de litige la charge de la preuve que l'information a été donnée incombe à l'accoucheuse.

**Art. 5. § 1<sup>er</sup>.** Une intervention est accordée pour les déplacements au domicile de la bénéficiaire dans le cadre des séances prénatales en cas de grossesse à risque (**prestations 422870 et 422892**). Cette intervention est calculée par visite à raison de **0,15 V** au km (pseudo-numéro de code 422973) en fonction de la distance réelle, limitée cependant à deux fois trente km (aller-retour), séparant la résidence effective de l'accoucheuse de celle de la bénéficiaire.

Un relevé des frais de déplacement réclamés doit être certifié conforme par l'accoucheuse et doit être contresigné par la bénéficiaire.

**§ 2.** L'accoucheuse peut réclamer librement des frais de déplacement sauf pour les déplacements dans le cadre des séances prénatales en cas de grossesse à risque et **pour deux visites à domicile** dans les douze séances prénatales (prestations 422030 et 422052) qui ne dépasse pas deux fois 10 km (aller-retour).

La bénéficiaire doit être préalablement informée du montant des frais de déplacement.

**Article 6. § 1<sup>er</sup>** La bénéficiaire paye elle-même les honoraires à l'accoucheuse.

**§ 2.** Toutefois l'accoucheuse peut opter pour l'application du système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur.

Le système du tiers payant est applicable pour toutes les prestations à l'exception des soins prénatals.

**§ 3.** Si l'accoucheuse a opté pour le système du tiers payant, ce mode de paiement est applicable aux bénéficiaires de tous les organismes assureurs.

L'accoucheuse déclare l'option pour le tiers payant au moment de son adhésion ou en avise le Service des soins de santé par lettre recommandée. Elle peut renoncer à l'option pour le tiers payant moyennant avis par lettre recommandée au Service des soins de santé, avec effet au premier jour du trimestre qui suit la date de la lettre recommandée.

**§ 4.** En outre, l'accoucheuse, qu'elle ait ou non opté pour le système du tiers payant comme prévu aux §§ 2 et 3 du présent article, peut recourir à ce système de paiement, pour toutes les prestations, pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur, en faveur des cas sociaux énumérés à l'article 6, 2<sup>e</sup> alinéa, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 5<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup>, 8<sup>o</sup> et 9<sup>o</sup> de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et pour les V.I.P.O. visés à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 8 août 1997 fixant les conditions de revenus et les conditions relatives à l'ouverture, au maintien et au retrait du droit à l'intervention majorée de l'assurance visées à l'article 37, § 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

**Art. 7. § 1<sup>er</sup>.** L'accoucheuse délivre au bénéficiaire l'attestation de soins donnés ou joint l'attestation ou le document en cas d'application du système du tiers payant, à la note d'honoraires adressée à la mutualité ou à l'office régional de l'organisme assureur au plus tard dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies.

**§ 2.** L'accoucheuse ayant opté pour le système du tiers payant envoie à chaque mutualité ou office régional de l'organisme assureur, mensuellement et avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, sa note d'honoraires comprenant les attestations de soins et un état récapitulatif en double exemplaire; celle-ci mentionne le nom des bénéficiaires, le montant des interventions par bénéficiaire et le montant global dû par l'organisme assureur.

L'organisme assureur règle le montant de la note d'honoraires, compte tenu des rectifications apportées, dans un délai de six semaines à dater de l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, pour autant que l'accoucheuse ait introduit sa note d'honoraires dans ce délai, le cachet de la poste faisant foi. Dans la mesure où les délais de paiement ne sont pas respectés par l'organisme assureur, l'accoucheuse en avise la Commission de convention. La Commission de convention veillera au respect par les organismes assureurs des susdits délais de paiement.

**§ 3.** Dans la mesure où les attestations ont été transmises dans les délais prévus au § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, le non paiement dans le délai prévu au § 2, alinéa 2, donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au **taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque Centrale Européenne** à la date d'expiration du délai de paiement.

Ces intérêts moratoires sont calculés à partir du premier jour du troisième mois suivant celui de l'introduction de la note d'honoraires mensuelle précitée.

La charge de ces intérêts moratoires est imputée aux frais d'administration du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité si le retard est dû à la transmission tardive ou insuffisante des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi susvisée coordonnée le 14 juillet 1994.

**§ 4.** En cas d'application du système du tiers payant, pour toute prestation effectuée, l'accoucheuse adhérant à la convention remet à la bénéficiaire une quittance mentionnant les dates de prestation, les honoraires demandés, l'intervention de l'assurance soins de santé et le montant à charge de la bénéficiaire.

**Art. 8. § 1<sup>er</sup>.** En cas de dépassement des honoraires fixés par la présente convention, l'accoucheuse est tenue, sur décision de la Commission de convention, de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 123,95 €

**§ 2.** En cas d'infraction autre que celle prévue au § 1<sup>er</sup>, les parties contractantes à la présente convention sont tenues de verser, à titre de clause pénale, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité s'il s'agit de la personne adhérant à la présente convention, soit à cette personne s'il s'agit d'un organisme assureur, et sur décision de la Commission de convention, une indemnité forfaitaire de 123,95 €

**§ 3.** De plus, la Commission de convention peut, à titre de sanction, exclure une accoucheuse du régime du tiers payant, pendant une période allant d'un mois à un an. En cas de récidive dans un délai de 5 ans, cette exclusion peut être définitive.

**§ 4.** En cas de présomption d'irrégularités ou d'abus dans l'utilisation du système du tiers payant par une accoucheuse, les organismes assureurs peuvent, à titre conservatoire, surseoir à tout paiement à cette accoucheuse, pendant une période de trois mois maximum à condition d'en aviser simultanément la Commission de convention et l'accoucheuse.

La Commission de convention se réunit dans les 30 jours de la réception de l'avis pour examiner les griefs formulés à l'égard de l'accoucheuse. Elle se prononce sur le maintien ou la levée de la suspension des paiements. De plus, elle peut prendre, le cas échéant, les mesures prévues aux paragraphes 1<sup>er</sup> à 3 ci-dessus.

**Art. 9.** L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 9 de la nomenclature des prestations de santé est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

En application de l'article 51, § 2, de la loi précitée, relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dès qu'un dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel est constaté, les parties s'engagent à appliquer les mesures de corrections suivantes :

- révision du remboursement de la préparation à l'accouchement (prestations n<sup>os</sup> 422096, 428374, 428396, 422111, 428411, 422133 et 428433).
- révision du tarif pour la surveillance et l'assistance pendant la phase de travail.

Ces révisions sont appliquées sauf si le dépassement budgétaire est dû à une augmentation significative du nombre d'accouchements effectués par les accoucheuses.

Est prévue, en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction automatique et applicable immédiatement des honoraires, prix ou autres montants et des tarifs de remboursement pour les prestations ou groupes de prestations qui sont à l'origine du dépassement ou du risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel; cette réduction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement.

**Art. 10.** La présente convention porte ses effets au plus tôt le 1<sup>er</sup> juillet 1996. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 1997.

Elle est tacitement reconduite d'année en année, sauf dénonciation avant le 1<sup>er</sup> octobre par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Cette dénonciation peut être faite :

- 1) soit par les trois quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de convention et dans ce cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1<sup>er</sup> janvier qui suit la dénonciation;
- 2) soit par toute personne ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de cette seule personne à partir du 1<sup>er</sup> janvier qui suit la dénonciation.

**Art. 11.** Il est attribué à chaque accoucheuse un numéro d'inscription. Elle est tenue de reproduire ce numéro sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs. L'accoucheuse qui adhère à la convention fait précéder son numéro du chiffre 1.

Fait à Bruxelles, le

Pour les organismes assureurs,

Pour les organisations professionnelles  
d'accoucheuses,