

U/2000/Texte coordonné/Octies

Institut national d'assurance
maladie-invalidité

Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles
☎ 02/739 78 33

Service des soins
de santé

CONVENTION NATIONALE ENTRE LES FOURNISSEURS D'IMPLANTS ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Lors de la réunion de la Commission de convention entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs du 3 décembre 1999, sous la présidence de Monsieur André DE SWAEF, Pharmacien en chef-directeur, délégué à cette fin par Monsieur François PRAET, Fonctionnaire dirigeant, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les organismes assureurs,

et d'autre part,

les fournisseurs d'implants.

PREAMBULE

1. La Commission de convention a conclu la présente convention pour toutes les prestations relevant de la compétence des fournisseurs d'implants.
Dès lors, le texte de la convention est scindé en trois parties; le chapitre 1^{er} concerne les prestations visées à l'article 35 de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé; le chapitre 2 vise les prestations prévues à l'article 28, § 1^{er}, du même arrêté; le chapitre 3 vise les prestations prévues à l'article 35*bis* du même arrêté.
2. Pour ce qui est du chapitre 1^{er} de ladite convention (article 35 de la nomenclature) :
 - 2.1 La Commission de convention a conclu cette convention dans le but d'atteindre les objectifs suivants :
 - 1° assurer la sécurité tarifaire du bénéficiaire pour les prestations conventionnées en faisant en sorte qu'il puisse être informé du prix et du remboursement de celles-ci;
 - 2° garantir le prix des prestations conventionnées pendant au moins un an;
 - 3° garantir une marge de délivrance au pharmacien hospitalier.
 - 2.2 Les parties s'engagent à veiller à étendre, de façon continue et régulière, le nombre de prestations en vigueur dans cet article.
3. Pour ce qui est du chapitre 2 de ladite convention (article 28, § 1^{er}, de la nomenclature), la Commission de convention a conclu cette convention dans le but d'atteindre les objectifs suivants :
 - 1° Permettre une information correcte du prix et du remboursement des prestations visées.
 - 2° Garantir une marge de délivrance aux pharmaciens hospitaliers qui sera désormais uniforme pour tous les bénéficiaires.
4. Pour ce qui est du chapitre 3 de ladite convention (article 35*bis* de la nomenclature)
 - 4.1 La Commission de convention a conclu cette convention dans le but d'atteindre les objectifs suivants :
 - 1° assurer la sécurité tarifaire du bénéficiaire pour les prestations conventionnées en faisant en sorte qu'il puisse être informé du prix et du remboursement de celles-ci;
 - 2° garantir le prix des prestations conventionnées pendant au moins un an;
 - 3° garantir une marge de délivrance au pharmacien hospitalier.
 - 4.2 Les parties s'engagent à veiller à étendre, de façon continue et régulière, le nombre de prestations en vigueur dans cet article.

5. Le groupe de travail, créé par la Commission de convention et composé de représentants des fournisseurs d'implants, des organismes assureurs et du service des soins de santé, s'engage à élaborer des instructions relatives à la composition des dossiers individuels introduits auprès du Collège des médecins-directeurs et auprès du médecin-conseil. Ces instructions permettront le contrôle, point par point, des différents éléments devant constituer le dossier et contribueront ainsi à un raccourcissement des procédures de traitement et des délais de remboursement. Ainsi une application uniforme des termes de la nomenclature et de la convention par tous les organismes assureurs et par tous les hôpitaux pourra être réalisée.

De plus, une tâche spécifique de ce groupe sera de résoudre les problèmes d'interprétation de la nomenclature et de la convention qui se posent entre les organismes assureurs et les fournisseurs d'implants.

*
* *

CHAPITRE 1^{er}

Prestations visées à l'article 35

Article 1^{er}. Ce chapitre définit les rapports financiers et administratifs entre les fournisseurs d'implants d'une part et les bénéficiaires de l'assurance et les organismes assureurs d'autre part en ce qui concerne : la fourniture des prestations en vigueur dans l'article 35 de la nomenclature, les modalités de leur paiement, le prix admis par le Comité de l'assurance, le montant de leur remboursement et la marge de délivrance.

Art. 2. La valeur du facteur de multiplication U à appliquer aux valeurs relatives des prestations de santé de l'article 35, § 1^{er}, de la nomenclature, est fixée à 1,032826 EUR au 1^{er} juillet 2006.

Pour certaines prestations relatives aux prothèses de hanche, la valeur du facteur de multiplication U est fixée, à partir du 1 août 2009, à :

- 0,930266 EUR pour la prestation 688516-688520
- 0,929544 EUR pour les prestations 688531-688542, 688553-688564 et 689415-689426
- 0,930375 EUR pour la prestation 688575-688586
- 0,932324 EUR pour la prestation 688796-688800
- 0,932445 EUR pour la prestation 688811-688822
- 0,932205 EUR pour la prestation 688870-688881
- 0,931569 EUR pour la prestation 688914-688925

Pour les prestations 682754-682765 et 682776-682780 relatives aux lentilles intra-oculaires, la valeur du facteur de multiplication U est fixée, à partir du 1 août 2009, à 0,798557 EUR.

Pour certaines prestations relatives aux tuteurs périphériques, la valeur du facteur de multiplication U est fixée, à partir du 1 août 2009, à :

- 0,876339 EUR pour les prestations 683616-683620 et 683631-683642
- 0,877900 EUR pour les prestations 683653-683664 et **683675-683686**
- 0,817654 EUR pour les prestations 715595-715606 et 715610-715621
- 0,805077 EUR pour la prestation 715632-715643

Pour la prestation 687875-687886 relative aux tuteurs coronaires, la valeur du facteur de multiplication U est fixée, à partir du 1 août 2009, à 0,929804 EUR.

La marge de délivrance ⁽¹⁾ du pharmacien hospitalier pour les implants des catégories 1 et 2 s'élève à 10 % du prix de vente (à l'hôpital), T.V.A. incluse, conformément au prix de l'implant admis par le Comité de l'assurance, tel que prévu aux listes des tarifs ⁽²⁾, avec un plafond de 148,74 EUR.

La marge de délivrance du pharmacien hospitalier pour les implants des catégories 3, 4 et 5 s'élève à 10 % du prix de vente (à l'hôpital), T.V.A. incluse, avec un plafond de 148,74 EUR.

Pour les prestations dont la valeur représente un montant forfaitaire de remboursement, la marge de délivrance s'élève à 10 % de la valeur, avec un plafond de 148,74 EUR.

Pour les électrodes et les accessoires des implants de la catégorie 1 en des implants actifs de la catégorie 5 le plafond de 148,74 EUR vaut pour l'ensemble des électrodes, accessoires et stimulateur ou pompe.

En ce qui concerne les prestations 687875-687886 et 686453-686464 relatives aux tuteurs coronaires et cathéters de dilatation coronaire et aux drug eluting stents coronaires, le plafond de la marge de délivrance est d'application sur l'ensemble des montants forfaitaires de ces deux prestations.

Le plafond de la marge de délivrance pour l'ensemble des prestations suivantes est calculé comme suit :

- 1. Pour l'ensemble des prestations relatives aux prothèses articulaires, le plafond est fixé par articulation (à l'exception du ciment):

a) prothèse de hanche : 687816-687820, 687234-687245, 688516 - 688520, 688531 - 688542, 688553 - 688564, 688575 - 688586, 688590 - 688601, 688612 - 688623, 688634 - 688645, 688656 - 688660, 688671 - 688682, 688693 - 688704, 688715 - 688726, 688730 - 688741, 688752 - 688763, 688774 - 688785, 688796 - 688800, 688811 - 688822, 688833 - 688844, 688855 - 688866, 688870 - 688881, 688892 - 688903, 688914 - 688925, 688936 - 688940, 688951 - 688962, 688973 - 688984, 688995 - 689006, 689010 - 689021, 689032 - 689043, 689415-689426, 689430-689441, 689452-689463, 689076 – 689080, 689474 – 689485, 715352-715363.

b) prothèse d'épaule : 695273-695284, 695295-695306, 695310-695321, 695332-695343, 695354-695365, 695376-695380, 695413-695424, 683056-683060, 720016-720020, 720031-720042, 720053-720064, 720075-720086, 720090-720101, 720112-720123, 720134-720145, 720156-720160, 720171-720182, 720193-720204, 720215-720226, 70230-720241, 720252-720263, 720274-720285, 720296-720300, 720311-720322, 720333-720344, 720355-720366, 720370-720381, 720392-720403

(1) Les dispositions concernant la marge de délivrance du pharmacien hospitalier sont fixées par l'arrêté ministériel du 18 février 1998 modifiant l'arrêté ministériel du 29 décembre 1989 relatif aux prix des médicaments remboursables et par l'arrêté ministériel du 18 février 1998 fixant les marges des implants.

(2) Sous le terme «listes des tarifs» il faut comprendre : les listes limitatives des produits de la catégorie 1 et les listes nominatives pour les autres implants.

c) prothèse de cheville : 720436 – 720440, 720451 – 720462, 720473 – 720484, 720495 – 720506, 720510 – 720521.

d) prothèse de genou : 734016-734020, 734031-734042, 734053-734064, 734075-734086, 734090-734101, 734112-734123, 734134-734145, 734156-734160, 734171-734182, 734193-734204, 734215-734226, 734230-734241, 734252-734263, 734274-734285, 734296-734300, 734311-734322, 734333-734344, 734355-734366, 734370-734381, 734392-734403, 734414-734425, 734436-734440, 734451-734462, 734473-734484, 734495-734506, 734510-734521, 734532-734543, 734554-734565, 734576-734580, 734591-734602, 734613-734624, 734635-734646, 734650-734661, 734672-734683, 734694-734705, 734716-734720, 734731-734742, 734753-734764, 734775-734786, 734790-734801, 734812-734823, 734834-734845, 734856-734860, 734871-734882, 734893-734904, 734915-734926, 734930-734941, 734952-734963, 734974-734985, 734996-735000, 735011-735022, 735033-735044, 735055-735066, 735070-735081, 735092-735103, 735114-735125, 735136-735140, 735151-735162, 735173-735184, 735195-735206, 735210-735221, 735232-735243, 735254-735265, 735276-735280, 735291-735302, 735313-735324, 735335-735346, 735350-735361, 735372-735383, 735394-735405, 735416-735420, 735431-735442, 735453-735464, 735814-735825.

2. Pour les prestations suivantes relatives aux tuteurs périphériques non vasculaires, le plafond de la marge de délivrance est d'application sur l'ensemble des tuteurs placés au cours d'une même intervention : 699311-699322, 699333-699344, 699355-699366, 699370-699381, 699392-699403, 699414-699425, 699436-699440, 699451-699462, 699252-699263, 699274-699285, 699296-699300.

3. Pour les prestations suivantes relatives aux tuteurs périphériques vasculaires, le plafond de la marge de délivrance est d'application sur l'ensemble des tuteurs placés au cours d'une même intervention : 683616-683620, 683631-683642, 683653-683664, 683675-683686, 683771-683782.

4. Pour les prestations suivantes relatives aux tuteurs couverts périphériques vasculaires, le plafond de la marge de délivrance est d'application sur l'ensemble des tuteurs couverts périphériques vasculaires placés lors d'une même intervention: 715595-715606, 715610-715621, 715632-715643.

5. Pour les prestations suivantes relatives aux endoprothèses, le plafond de la marge de délivrance est d'application sur l'ensemble des endoprothèses placées pendant une même opération: 634012-634023, 634034-634045, 634056-634060, 634071-634082, 634093-634104, 634115-634126, 634130-634141, 634152-634163, 634174-634185, 634196-634200, 634211-634222, 634233-634244, 634255-634266, 634270-634281, 634292-634303, 634314-634325, 715050-715061 et 715072-715083.

Art. 3. 1° La marge de délivrance facturable par les pharmaciens hospitaliers couvre l'information aux implanteurs potentiels telle que prévue à l'article 5, 3°, ainsi que l'achat, la gestion de stock et la stérilité de l'implant, ainsi que, conformément aux exigences de la législation en la matière, la dispensation et la surveillance du tracé parcouru par l'implant.

2° Cette marge de délivrance est à charge du bénéficiaire. La prestation « marge de délivrance » mentionnée sur la facture n'est pas considérée comme un supplément.

3° Afin d'accomplir le point 1 de l'action 18 prévu dans le cadre du plan national cancer 2008-2010, en dérogation au point 2°, la marge de délivrance pour les prestations concernant la prothèse de la parole et ses accessoires est prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé. Il s'agit des prestations suivantes : 685554 - 685565, 685591 - 685602, 687735 – 687746, 687750 – 687761, 685613 – 685624, 685635 – 685646, 687772 – 687783, 687794 – 687805.”

Art. 4. La présente convention applique le système du tiers payant pour toutes les prestations facturées conformément à l'article 5 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, huitième alinéa, de la loi concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 5. Conformément aux dispositions légales régissant la dispensation des implants, le fournisseur d'implants adhérant à la convention s'engage :

- 1° à délivrer et/ou attester aux bénéficiaires de l'assurance, conformément aux règles établies par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et aux lois, arrêtés et règlements d'application en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les prestations de la nomenclature des prestations de santé, visées au présent chapitre de la convention, pour la fourniture desquelles il a été agréé;
- 2° à délivrer et/ou attester aux bénéficiaires les prestations couvertes par la convention aux conditions spécifiques formulées dans l'article 35 de la nomenclature pour chaque catégorie d'implants;

Les listes des tarifs des prestations conventionnées sont composées, sur proposition du Conseil technique des implants et de la Commission de convention, de produits pour lesquels les producteurs et/ou distributeurs se sont engagés à maintenir leurs prix constants pendant au moins un an;

- 3° à communiquer par écrit à l'établissement hospitalier et aux implanteurs potentiels, à chaque mise à jour par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les listes conventionnelles des tarifs leur permettant d'informer préalablement le bénéficiaire du montant du remboursement et des suppléments éventuels qui sont à sa charge;
- 4° à mentionner le code et la référence de l'implant utilisé ainsi que le prix facturé au bénéficiaire sur la note d'hospitalisation et sur l'extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire;
- 5° à délivrer et/ou attester lui-même l'implant et à le facturer uniquement s'il est effectivement implanté;
- 6° à facturer, sous les pseudo-codes de nomenclature de la prestation «marge de délivrance», les marges de délivrance conformément aux dispositions de l'article 2 précité.
A facturer sous le pseudo-code, 785352-785363 « remboursement marge de délivrance prothèse de la parole », les marges de délivrance des prestations prévu dans l'article 3, 3°;

- 7° a) pour les implants de la catégorie 3, dont le remboursement n'est pas un montant forfaitaire, à ne pas facturer plus que le prix d'achat réel, T.V.A. incluse, augmenté de la marge de délivrance. La différence entre le prix d'achat réel, T.V.A. incluse, et le montant de remboursement est à charge du bénéficiaire;
- b) pour les implants de la catégorie 3, dont le remboursement est un montant forfaitaire, à ne pas facturer plus que le montant forfaitaire, augmenté de la marge de délivrance.
- 8° à mentionner le numéro d'agrément sous lequel il a été agréé par le Comité de l'assurance soins de santé dans tous les documents destinés tant au bénéficiaire qu'aux organismes assureurs;
- 9° à recevoir à tout moment la visite de personnes revêtues, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, du pouvoir de contrôle, ainsi que des personnes déléguées par la Commission de convention, aux fins d'enquêtes visant le respect des dispositions de ladite convention;
- 10° à ne pas faire pression, ni sur le bénéficiaire, ni sur l'implanteur, pour l'inciter à choisir un produit qui entraîne un dépassement du prix conventionnel.

Art. 6. L'organisme assureur lié par la convention s'engage à rembourser les produits de la nomenclature des prestations de santé à concurrence du taux de remboursement.

Le paiement a lieu au plus tard dans les deux mois qui suivent celui au cours duquel les documents nécessaires à la facturation, à savoir la facture papier et le support magnétique, ont été reçus par l'organisme assureur. Le délai court à partir de la date de réception figurant sur le bordereau transmis aux établissements hospitaliers, pour autant que lesdits documents aient été introduits conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière et qu'ils aient été acceptés par l'organisme assureur.

Art. 7. Les listes des tarifs et les modifications ultérieures sont remises sans délai par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité aux dispensateurs visés par la convention. Elles excluent toute rétroactivité sauf dans les cas approuvés par le Conseil technique des implants et la Commission de convention fournisseurs d'implants - organismes assureurs.

Art. 8. § 1^{er}. A titre de clause pénale, le fournisseur adhérent à la présente convention est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, en cas de dépassement des prix ou de la marge de délivrance prévus dans la présente convention, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 125 Euro.

§ 2. En cas d'infraction autre que celle prévue au § 1^{er}, les parties contractantes sont tenues de verser à titre de clause pénale, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité s'il s'agit du fournisseur adhérent à la présente convention, soit à ce fournisseur s'il s'agit d'un organisme assureur, une indemnité forfaitaire de 125 Euro.

CHAPITRE 2

Prestations visées à l'article 28, § 1^{er}

Article 1^{er}. Ce chapitre définit les rapports financiers et administratifs entre les fournisseurs d'implants d'une part et les bénéficiaires de l'assurance et les organismes assureurs d'autre part en ce qui concerne : la fourniture des prestations visées à l'article 28, § 1^{er}, de la nomenclature, les modalités de leur paiement et la marge de délivrance.

Art. 2. La valeur du facteur de multiplication Y à appliquer aux valeurs relatives des prestations de santé de l'article 28, § 1^{er}, de la nomenclature, est fixée à 1,032826 EUR au 1^{er} juillet 2006, sauf pour le shunt pour hémodialyse où elle est de 0,919554 EUR.

La marge de délivrance du pharmacien hospitalier s'élève à 10% du prix de vente (à l'hôpital), T.V.A. incluse, du matériel tel que mentionné sur la facture d'achat de l'hôpital, avec un plafond de 148,74 EUR.

Le plafond de la marge de délivrance pour l'ensemble des prestations suivantes est calculé comme suit :

- Pour l'ensemble des prestations relatives aux prothèse articulaires, le plafond est fixé par articulation (à l'exception du ciment) :
 - prothèse de coude : 638772 - 638783.
 - prothèse de tarse et carpe : 638853 - 638864 et 638875 - 638886.
 - prothèse de doigt : 638956 - 638960.
 - colonne vertébrale : 637910 - 637921, 637932 - 637943, 637954 - 637965, 637976 - 637980, 637991 - 638002, 638013 - 638024, 638116 - 638120, 638131 - 638142, 638153 - 638164, 638175 - 638186 et 638234 - 638245.
- Pour l'ensemble des prestations relatives aux prothèses vasculaires, le plafond est calculé pour le total des prestations suivantes : 613550 - 613561 jusqu'à 613675 - 613686, 613712 - 613723 jusqu'à 613815 - 613826, 614316 - 614320 et 614331 - 614342.

Art. 3. La marge de délivrance facturable par les pharmaciens hospitaliers couvre l'information aux implanteurs potentiels telle que prévue à l'article 5, 2^o, ainsi que l'achat, la gestion de stock et la stérilité du matériel, ainsi que, conformément aux exigences de la législation en la matière, la dispensation et la surveillance du tracé parcouru par ce matériel.

Cette marge de délivrance est à charge du bénéficiaire. La prestation «marge de délivrance» mentionnée sur la facture n'est pas considérée comme un supplément.

Art. 4. La présente convention applique le système du tiers payant pour toutes les prestations facturées conformément à l'article 5 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, huitième alinéa, de la loi concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 5. Conformément aux dispositions légales régissant la dispensation des implants, le fournisseur d'implants adhérant à la convention s'engage :

- 1° à délivrer et/ou attester aux bénéficiaires de l'assurance, conformément aux règles établies par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et aux lois, arrêtés et règlements d'application en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les prestations de la nomenclature des prestations de santé, visées au présent chapitre de la convention, pour la fourniture desquelles il a été agréé;
- 2° à communiquer à l'établissement hospitalier et aux implanteurs potentiels le prix du matériel, leur permettant d'informer, si possible préalablement, le bénéficiaire du montant du remboursement et les suppléments éventuels qui sont à sa charge;
- 3° à mentionner le code nomenclature du matériel utilisé ainsi que le prix facturé au bénéficiaire sur la note d'hospitalisation et sur l'extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire;
- 4° à délivrer et/ou attester lui-même le matériel et à le facturer uniquement s'il est effectivement utilisé;
- 5° à facturer, sous le pseudo-code de nomenclature de la prestation «marge de délivrance», les marges de délivrance, conformément aux dispositions de l'article 2 précité;
- 6° à mentionner le numéro d'agrément sous lequel il a été agréé par le Comité de l'assurance soins de santé dans tous les documents destinés tant au bénéficiaire qu'aux organismes assureurs;
- 7° à recevoir à tout moment la visite de personnes revêtues, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, du pouvoir de contrôle, ainsi que des personnes déléguées par la Commission de convention, aux fins d'enquêtes visant le respect des dispositions de ladite convention;
- 8° pour le matériel, dont le remboursement n'est pas un montant forfaitaire, à ne pas facturer plus que le prix d'achat réel, T.V.A. incluse, augmenté de la marge de délivrance. La différence entre le prix d'achat réel, T.V.A. incluse, et le montant de remboursement est à charge du bénéficiaire.
- 9° à ne pas faire pression ni sur le bénéficiaire, ni sur l'implanteur, pour l'inciter à choisir un article qui entraîne la facturation de suppléments à charge du bénéficiaire.

Art. 6. L'organisme assureur lié par la convention s'engage à rembourser les produits de la nomenclature des prestations de santé à concurrence du taux de remboursement.

Le paiement a lieu au plus tard dans les deux mois qui suivent celui au cours duquel les documents nécessaires à la facturation, à savoir la facture papier et le support magnétique, ont été reçus par l'organisme assureur. Le délai court à partir de la date de réception figurant sur le bordereau transmis aux établissements hospitaliers, pour autant que lesdits documents aient été introduits conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière et qu'ils aient été acceptés par l'organisme assureur.

Art. 7. § 1^{er}. A titre de clause pénale, le fournisseur adhérent à la présente convention est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, en cas de dépassement de la marge de délivrance prévue dans la présente convention, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 125 Euro.

§ 2. En cas d'infraction autre que celle prévue au § 1^{er}, les parties contractantes sont tenues de verser à titre de clause pénale, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité s'il s'agit du fournisseur adhérent à la présente convention, soit à ce fournisseur s'il s'agit d'un organisme assureur, une indemnité forfaitaire de 125 Euro.

CHAPITRE 3

Prestations visées à l'article 35bis

Article 1^{er}. Ce chapitre définit les rapports financiers et administratifs entre les fournisseurs d'implants d'une part et les bénéficiaires de l'assurance et les organismes assureurs d'autre part en ce qui concerne : la fourniture des prestations en vigueur dans l'article 35bis de la nomenclature, les modalités de leur paiement, le prix admis par le Comité de l'assurance, le montant de leur remboursement et la marge de délivrance.

Art. 2. La valeur du facteur de multiplication U à appliquer aux valeurs relatives des prestations de santé de l'article 35bis, § 1, de la nomenclature est fixée à 1,056168 Euro au premier juillet 2006.

Pour certaines prestations relatives aux produits visco-élastiques, la valeur du facteur de multiplication U est fixée, à partir du 1 août 2009, à :

- 0,931961 EUR pour la prestation 682430-682441
- 1,033261 EUR pour la prestation 682452-682463
- 0,779180 EUR pour la prestation 682474-682485
- 0,905286 EUR pour la prestation 682496-682500
- 0,772805 EUR pour la prestation 682511-682522

Pour les prestations relatives aux cathéters d'ablation, la valeur du facteur de multiplication U est fixée, à partir du 1 août 2009, à :

- 0,804785 EUR pour la prestation 697572-697583
- 0,804483 EUR pour la prestation 697594-697605
- 0,804563 EUR pour la prestation 697616-697620
- 0,804490 EUR pour la prestation 697653-697664.

La marge de délivrance du pharmacien hospitalier pour les dispositifs médicaux invasifs s'élève à 10 % du prix de vente (à l'hôpital), T.V.A. incluse, avec un plafond de 148,74 Euro.

Pour les prestations dont la valeur représente un montant forfaitaire de remboursement, la marge de délivrance s'élève à 10 % de la valeur, avec un plafond de 148,74 Euro.

Pour l'ensemble des prestations relatives au matériel utilisé pour la chirurgie cardiaque à invasion minimale, le plafond de la marge de délivrance est calculé sur le total des prestations suivantes :689754-689765 et 689776-689780.

Art. 3. La marge de délivrance facturable par les pharmaciens hospitaliers couvre l'information aux implanteurs potentiels telle que prévue à l'article 5, 3°, ainsi que l'achat, la gestion de stock et la stérilité du dispositif médical invasif, ainsi que, conformément aux exigences de la législation en la matière, la dispensation et la surveillance du tracé parcouru par le dispositif médical invasif.

Cette marge de délivrance est à charge du bénéficiaire. La prestation «marge de délivrance» mentionnée sur la facture n'est pas considérée comme un supplément.

Art. 4. La présente convention applique le système du tiers payant pour toutes les prestations facturées conformément à l'article 5 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, huitième alinéa, de la loi concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 5. Conformément aux dispositions légales régissant la dispensation des dispositifs médicaux invasifs, le fournisseur d'implants adhérant à la convention s'engage :

1° à délivrer et/ou attester aux bénéficiaires de l'assurance, conformément aux règles établies par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et aux lois, arrêtés et règlements d'application en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les prestations de la nomenclature des prestations de santé, visées au présent chapitre de la convention, pour la fourniture desquelles il a été agréé;

2° à délivrer et/ou attester aux bénéficiaires les prestations couvertes par la convention aux conditions spécifiques formulées dans l'article 35*bis* de la nomenclature pour chaque catégorie de dispositifs médicaux invasifs;

Les listes des tarifs des prestations conventionnées sont composées, sur proposition du Conseil technique des implants et de la Commission de convention, de produits pour lesquels les producteurs et/ou distributeurs se sont engagés à maintenir leurs prix constants pendant au moins un an;

3° à communiquer par écrit à l'établissement hospitalier et aux implanteurs potentiels, à chaque mise à jour par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les listes conventionnelles des tarifs leur permettant d'informer préalablement le bénéficiaire du montant du remboursement et des suppléments éventuels qui sont à sa charge;

4° à mentionner le code et la référence du dispositif médical invasif utilisé ainsi que le prix facturé au bénéficiaire sur la note d'hospitalisation et sur l'extrait de la note d'hospitalisation destiné au bénéficiaire;

5° à délivrer et/ou attester lui-même le dispositif médical invasif et à le facturer uniquement s'il est effectivement utilisé;

6° à facturer, sous les pseudo-codes de nomenclature de la prestation «marge de délivrance», les marges de délivrance conformément aux dispositions de l'article 2 précité;

7° a) pour les dispositifs médicaux invasifs, dont le remboursement n'est pas un montant forfaitaire, à ne pas facturer plus que le prix d'achat réel, T.V.A. incluse, augmenté de la marge de délivrance. La différence entre le prix d'achat réel, T.V.A. incluse, et le montant de remboursement est à charge du bénéficiaire;

b) pour les dispositifs médicaux invasifs, dont le remboursement est un montant forfaitaire, à ne pas facturer plus que le montant forfaitaire, augmenté de la marge de délivrance.

8° à mentionner le numéro d'agrément sous lequel il a été agréé par le Comité de l'assurance soins de santé dans tous les documents destinés tant au bénéficiaire qu'aux organismes assureurs;

- 9° à recevoir à tout moment la visite de personnes revêtues, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, du pouvoir de contrôle, ainsi que des personnes déléguées par la Commission de convention, aux fins d'enquêtes visant le respect des dispositions de ladite convention;
- 10° à ne pas faire pression ni sur le bénéficiaire ni sur le médecin pour l'inciter à choisir un produit qui entraîne un dépassement du prix conventionnel.

Art. 6. L'organisme assureur lié par la convention s'engage à rembourser les produits de la nomenclature des prestations de santé à concurrence du taux de remboursement.

Le paiement a lieu au plus tard dans les deux mois qui suivent celui au cours duquel les documents nécessaires à la facturation, à savoir la facture papier et le support magnétique, ont été reçus par l'organisme assureur. Le délai court à partir de la date de réception figurant sur le bordereau transmis aux établissements hospitaliers, pour autant que lesdits documents aient été introduits conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière et qu'ils aient été acceptés par l'organisme assureur.

Art. 7. Les listes des tarifs et les modifications ultérieures sont remises sans délai par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité aux dispensateurs visés par la convention. Elles excluent toute rétroactivité.

Art. 8. § 1^{er}. A titre de clause pénale, le fournisseur adhérant à la présente convention est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, en cas de dépassement des prix ou de la marge de délivrance prévus dans la présente convention, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement, avec un minimum de 125 Euro.

§ 2. En cas d'infraction autre que celle prévue au § 1^{er}, les parties contractantes sont tenues de verser à titre de clause pénale, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité s'il s'agit du fournisseur adhérant à la présente convention, soit à ce fournisseur s'il s'agit d'un organisme assureur, une indemnité forfaitaire de 125 Euro.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CHAPITRES 1^{er}, 2 ET 3 DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 1^{er}. La présente convention s'adresse d'une part aux organismes assureurs, et d'autre part aux pharmaciens hospitaliers et aux autres fournisseurs d'implants.

Art. 2. Cette convention doit être considérée comme une unité, ceci implique que les parties concernées ne peuvent s'engager que pour l'ensemble des dispositions.

Art. 3. Les parties collaborent afin de préserver l'intérêt de la santé du bénéficiaire et d'empêcher toute violation du secret professionnel.

Art. 4. L'objectif budgétaire pour les prestations visées à la présente convention est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Dès qu'un dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel est constaté, les parties s'engagent, en application de l'arrêté royal du 10 juin 1991 portant exécution de l'article 51, § 2, de la loi précitée, coordonnée le 14 juillet 1994, à appliquer les mesures de correction suivantes :

- diminution des prix et des remboursements sur base de la comparaison internationale des prix;
- instauration d'un «peer review».

Les mesures de corrections précitées ne peuvent être appliquées qu'aux prestations visées dans la présente convention pour lesquelles se présente le dépassement significatif ou le risque de dépassement significatif et compte tenu des obligations résultant de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Est prévue, en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction automatique et immédiate 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. 5.

La convention peut être dénoncée :

- soit en cas de modification de la valeur des facteurs de multiplication U et Y, qui ne rencontrerait pas l'approbation de la Commission de convention;

Cette dénonciation doit intervenir dans les 30 jours qui suivent celui de la modification et prend cours le 1^{er} jour du troisième mois suivant la dénonciation;

- soit avant le 1^{er} octobre de chaque année.

Cette dénonciation a pour effet d'annuler la convention à partir du 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation.

Ces dénonciations doivent être faites, par lettre recommandée à la poste, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, par les trois quarts au moins des membres d'une des deux parties représentées à la Commission de convention

U/2000

FORMULAIRE D'ADHESION

Le(la) soussigné(e),
..... (nom, prénoms)
ayant sa résidence principale à (rue, n°, boîte)
..... (code postal, localité)
..... (province ou Région de Bruxelles-Capitale)
technicien ou pharmacien hospitalier au service d'une entreprise ou d'un établissement
hospitalier, agréé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sous le n°.⁽¹⁾
exerçant son activité dans la firme ou l'établissement hospitalier
.....
..... (raison sociale)
à (aux) l'adresse(s) suivante(s) :
.....
.....
.....
(adresse(s) de l'entreprise ou de l'établissement hospitalier où le signataire exerce son activité)
déclare avoir pris connaissance de la présente convention et y adhérer sans restriction.

Fait à, le
en deux exemplaires

..... (date)
Le fournisseur d'implants,
(signature)

⁽¹⁾ Biffer la mention inutile.