

II. Obligation d'arrondi au 1^{er} décembre 2019 : Conséquences pour le secteur des soins de santé

En vigueur à partir du 1^{er} décembre 2019

1. Contexte légal

a) Texte et entrée en vigueur

La loi du 2 mai 2019 portant dispositions diverses en matière d'économie modifie le Code de droit économique et rend obligatoire, à partir du 1^{er} décembre 2019, l'arrondi pour les paiements en espèces effectués en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise.

En annexe 1¹, les dispositions du Code de droit économique (art. VI.7/1 à VI.7/3).

b) Application aux dispensateurs de soins

Ces dispositions du Code de droit économique s'appliquent aux entreprises et aucune exception n'est prévue. Les dispensateurs de soins conventionnés ou non seront dès lors tenus d'appliquer l'arrondi pour les paiements en espèces qu'ils reçoivent de leurs patients. Ils auront également la possibilité d'appliquer l'arrondi pour les autres paiements qui se font en présence physique simultanée du patient et du dispensateur des soins.

c) Absence d'application au remboursement effectué par les organismes assureurs

Les paiements effectués par les organismes assureurs dans le cadre du remboursement des soins ne sont pas visés par ces dispositions du Code de droit économique, que le paiement soit fait au patient ou au dispensateur de soins.

d) Obligation, possibilité ou interdiction

Pour rappel, depuis 2015, il était *possible* d'appliquer l'arrondi à tous les paiements effectués en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise, indépendamment du moyen de paiement utilisé.

À partir du 1^{er} décembre 2019, une obligation d'arrondir est introduite pour les paiements en espèces.

La condition selon laquelle l'arrondi ne peut s'appliquer qu'aux paiements qui se font en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise est maintenue. En d'autres termes, l'arrondi est toujours interdit pour les paiements qui ne s'effectuent pas en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise (par ex. un paiement différé par virement).

1. Non publiée ici.

Il importe de relever qu'il s'agit bien d'une présence physique de l'entreprise et que sont donc aussi visés les paiements en présence physique des personnes chargées par le dispensateur de soins de recevoir ces paiements.

Pour ce qui concerne les autres moyens de paiement en présence physique, il est possible pour l'entreprise d'appliquer l'arrondi dans le respect de l'obligation d'information.



À titre d'exemples :

- les paiements effectués par le patient au guichet de l'hôpital ou à l'accueil d'une polyclinique doivent être arrondis s'ils sont effectués en espèces
- les paiements différés par virement effectués sur base d'une facture envoyée au patient ne peuvent pas être arrondis
- les paiements par carte bancaire peuvent être arrondis pour autant que l'entreprise applique l'arrondi à tous les moyens de paiement en présence physique et respecte l'obligation d'information.

Un tableau de synthèse sur l'application de l'arrondi (obligatoire, possible ou interdit) selon le moyen de paiement est repris en annexe 2^e.

e) Obligation d'information

À partir du 1^{er} décembre 2019, l'obligation d'informer le consommateur sur l'arrondi - auparavant obligatoire lorsque l'arrondi était pratiqué - ne s'appliquera que si l'entreprise applique l'arrondi pour les paiements en présence physique qui ne sont pas effectués en espèces (notamment les paiements par carte bancaire).

Ainsi, l'entreprise devra informer le consommateur d'une manière bien visible en apposant, dans l'environnement immédiat de l'endroit où le consommateur paie, la mention "*le montant total à payer est toujours arrondi*".

2. Règles d'application de l'arrondi

Toute entreprise arrondit le montant total que le consommateur paie en espèces au multiple de 5 cents le plus proche. L'application de l'arrondi ne peut donc en aucun cas dépasser 2 cents.

L'arrondi est à appliquer de la manière suivante :

- si le montant total à payer se termine par 1, 2, 6 ou 7 cents, il est arrondi au multiple de 5 cents inférieur le plus proche
- si le montant total à payer se termine par 3, 4, 8 ou 9 cents, il est arrondi au multiple de 5 cents supérieur le plus proche.

Montant total se terminant par :	Arrondi :	Exemples :
0,x1	0,x0	12,91 → 12,90
0,x2	0,x0	12,92 → 12,90
0,x3	0,x5	12,93 → 12,95
0,x4	0,x5	12,94 → 12,95
0,x5	Pas d'arrondi	12,95 → 12,95
0,x6	0,x5	12,96 → 12,95
0,x7	0,x5	12,97 → 12,95
0,x8	0,x0	12,98 → 13,00
0,x9	0,x0	12,99 → 13,00

Sur chaque document qui indique le montant total à payer, l'entreprise mentionne explicitement l'arrondi appliqué.

3. Compatibilité de l'obligation d'arrondi avec les obligations dans le secteur des soins de santé

L'obligation d'arrondi prévue par la réglementation s'applique uniquement sur le montant total que paie le consommateur et ne porte pas sur le prix du produit ou du service lui-même. Il en découle que l'obligation d'arrondi n'affecte en rien les tarifs officiels ou les prix maxima imposés, lesquels doivent être respectés *préalablement à toute forme d'arrondi*.

L'obligation d'arrondi s'avère dès lors compatible avec les obligations suivantes :

- respect des tarifs maxima de la nomenclature des prestations de santé.
La situation visée est celle où le dispensateur de soins conventionné ou non-conventionné s'engage à ou est tenu de respecter les tarifs officiels maxima fixés dans la nomenclature des prestations de santé (interdiction de suppléments d'honoraires)
→ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut.
- perception obligatoire du montant officiel de l'intervention personnelle.
Rendue obligatoire pour certaines prestations (prestations pharmaceutiques qui sont délivrées dans une officine ouverte au public, dans une pharmacie hospitalière aux bénéficiaires ambulatoires ou par des médecins autorisés à tenir un dépôt de médicaments, prestations de biologie clinique), la perception de l'intervention personnelle doit être intégrale
→ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le bas.
→ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut.

- application du maximum à facturer (MAF).
Pour l'application du MAF, en principe on entend par "intervention personnelle" la quote-part personnelle du bénéficiaire dans le coût d'une prestation de santé, visée à l'article 34, telle qu'elle ressort de la réglementation et tenant compte des conventions, accords et documents en tenant lieu ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier (art. 37^{sexies} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.07.1994)
➔ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut ou vers le bas.
- respect des prix maxima imposés.
Dans certains secteurs, des prix maxima sont imposés au dispensateur de soins (spécialités pharmaceutiques, dispositifs médicaux).
➔ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut.



En conclusion, le principe est que l'obligation d'arrondi s'avère compatible avec les obligations dans le secteur des soins de santé et s'applique sans exception à l'ensemble des catégories de dispensateurs de soins.

4. Modalités concrètes de mise en œuvre dans les documents

Le dispensateur de soins qui fait application de l'arrondi procédera comme suit :

a) Situation où seule une attestation de soins donnés (ASD) est remise

- partie "Reçu" de l'ASD
 - tant la réglementation relative à l'assurance obligatoire que la réglementation fiscale imposent de compléter la partie "Reçu" de l'ASD
 - la partie "Reçu" constitue le seul document où le montant total perçu doit être mentionné
 - conformément à la réglementation du SPF Économie et en accord avec le SPF Finances, tant le montant perçu après arrondi que le montant avant arrondi y seront mentionnés
 - **mentions à reprendre sur l'attestation de soins donnés, partie "Reçu" :**
 - **montant après arrondi effectivement perçu par le dispensateur de soins**
 - **montant avant arrondi entre parenthèses.**
- case MAF
 - afin que les organismes assureurs puissent comptabiliser l'intervention personnelle dans le compteur MAF, les dispensateurs de soins doivent, conformément à l'article 3 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002, lors de la délivrance des attestations de soins donnés et attestations de fournitures, mentionner dans la case MAF "A.R. 15.07.2002" :
 - soit le montant des honoraires payés par le bénéficiaire
 - soit le mot "oui", si le bénéficiaire a payé le montant total de l'intervention personnelle réglementaire, soit le mot "non", si le bénéficiaire n'a pas payé d'intervention personnelle
 - lorsque le montant est mentionné dans la case MAF, il s'agira toujours du montant *avant arrondi*.

b) Situation où il y a remise obligatoire d'un document justificatif (avec ou sans remise d'une ASD)

- dans cette hypothèse, le document justificatif doit mentionner le montant total payé/à payer
- outre le document justificatif, il est possible qu'une ou plusieurs parties "Reçu" de l'ASD doivent être remise(s)
- conformément à la réglementation du SPF Économie et en accord avec le SPF Finances, tant le montant perçu avant arrondi que le montant après arrondi seront mentionnés sur le document justificatif et pas sur les parties "Reçu" des ASD
- **mentions à reprendre sur le document justificatif :**
 - **montant à payer = montant avant arrondi**
 - **montant payé = montant après arrondi effectivement perçu par le dispensateur de soins.**

c) Cas particulier

Il convient encore de régler la situation où pour un même paiement le dispensateur de soins est tenu de remettre au patient plusieurs parties "Reçu" de l'ASD sans que la remise d'un document justificatif soit obligatoire (ex. : acte technique en tiers payant + consultation hors tiers payant relativement à des prestations remboursables).

En effet, arrondir les montants sur chaque document et les additionner pourrait conduire à une somme différente de l'arrondi du montant total à payer. Or, seul le montant total doit être arrondi.

Dans ces hypothèses, aucun des documents n'indique le montant total à payer de sorte que l'obligation de mentionner le montant arrondi sur un document remis au patient, prévue par l'article VI. 7/2, § 2, du Code de droit économique, ne doit pas être appliquée.

Toutefois, les montants réellement perçus devront pouvoir être fiscalement établis.

En l'état actuel de la réglementation, la remise d'un document justificatif sur base volontaire ne dispense pas d'établir des reçus fiscaux.

Dans l'attente d'une solution pérenne, il est recommandé au dispensateur de soins d'être attentif à l'application de l'arrondi pour la rédaction des documents comptables (par ex. : Livre Journal) et d'y mentionner l'application de l'arrondi.



Circulaire O.A. n° 2019/307 - 397/3 du 22 novembre 2019.