

**Service des soins
de santé**

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

CHAPITRE II

Lors de la réunion de la Commission de convention entre les bandagistes et les organismes assureurs du 4 décembre 2007, sous la présidence de Madame M. Louagie, ingénieur industriel, déléguée à cette fin par Monsieur H. De Ridder, fonctionnaire dirigeant, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les organismes assureurs,

et d'autre part,

les organisations professionnelles des bandagistes.

Article 1^{er}. Le dispensateur agréé pour les prestations figurant au présent chapitre et dont la compétence a été reconnue pour les prestations figurant au Chapitre I, ne peut adhérer à l'un des chapitres de la convention sans adhérer à l'autre.

Le dispensateur agréé comme bandagiste et comme orthopédiste ne peut adhérer à la présente convention sans adhérer à l'autre convention.

Le chef d'entreprise agréé (bandagiste) qui adhère à la convention s'engage à respecter les conditions de celle-ci pour toutes les fournitures faites au sein de son entreprise.

Conformément à l'article 45 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le bandagiste exerçant sa profession au sein d'une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à la convention, y joindre une autorisation du chef de cette entreprise l'autorisant à prendre les engagements prévus dans ladite convention.

Cette autorisation n'est valable que dans la mesure où elle concerne tous les dispensateurs de l'entreprise aptes à adhérer à la convention.

Sous réserve des dispositions du présent article, l'adhésion à la convention est caduque si la personne adhérente, dispensateur agréé travaillant pour une entreprise, quitte cette entreprise.

Le dispensateur qui adhère à la convention est tenu d'informer immédiatement par écrit – et au plus tard endéans un délai de quatorze jours – le Service des Soins de santé de l'Inami de la fin du contrat de travail le liant à une entreprise.

Si ce dispensateur s'établit à son propre compte, l'adhésion à la convention est prolongée s'il en informe le Service des Soins de santé de l'Inami endéans un délai de quatorze jours.

En cas d'entrée en fonction dans une autre entreprise, la personne est soumise au régime du nouvel employeur.

Art. 2. La présente convention se rapporte aux prestations prévues à l'article 28, § 8, de la nomenclature établie par le Roi en application de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 3. Au 1^{er} janvier 2013, les valeurs du facteur de multiplication Y sont fixées à :

Y = 1,158890 EUR pour les prestations de l'article 28, § 8, I à III, à l'exception de la prestation 520472-520483;

Y = 1,065484 EUR pour la prestation 520472-520483;

Y = 0,104712 EUR pour la prestation 522653-522664;

Y = 0,043384 EUR pour la prestation 522675-522686;

Y = 1,302081EUR pour la prestation 522572-522583;

Y = 1,331034 EUR pour la prestation 522594-522605;

Y = 1,185762 EUR pour la prestation 522616-522620;

Y = 1,114882 EUR pour la prestation 522476-522480 (pseudocode);

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, les valeurs du facteur de multiplication Y peuvent être adaptées à partir du 1^{er} 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 convention 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. Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le dispensateur adhérant à la présente convention est tenu d'appliquer le régime du tiers payant pour tous les bénéficiaires de tous les organismes assureurs et à toutes les prestations effectuées.

Le dispensateur peut choisir d'appliquer ou non le régime du tiers payant pour les prestations relatives aux cadres de marche (article 28, § 8, de la nomenclature, partie II, groupe principal 8).

Dans ces circonstances, le dispensateur s'engage à appliquer le régime du tiers payant pour les bénéficiaires appartenant aux catégories sociales reprises à l'article 6, alinéa 2, 5°, 6° et 7°, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi AMI, et ce à leur demande

Cependant, dans tous les cas, l'application du régime du tiers payant par l'organisme assureur ne peut se faire que pour des articles de la nomenclature fournis aux conditions de prix indiquées à l'article 5, 1°.

Art. 5. Le dispensateur adhérant à la présente convention s'engage :

- 1° à délivrer aux bénéficiaires de l'assurance, aux prix fixés dans la présente convention, les articles de la nomenclature des prestations de santé pour la fourniture desquels il a été agréé.
- 2° à ne pas faire pression sur le bénéficiaire pour l'inciter à choisir un article qui, tout en répondant aux critères minimums de fabrication dont question à l'article 28, § 8, I à III, de la nomenclature dépasse lesdits critères, justifiant ainsi une augmentation du prix conventionnel et à s'abstenir de tout excès dans l'appréciation de ladite augmentation.

Le montant de l'augmentation réclamée et sa justification sont mentionnés sur l'attestation de fournitures visée au 3° ci-après.

Cependant, si le bénéficiaire choisit un produit dont le prix est supérieur à celui fixé par la convention, le bandagiste doit en informer clairement le bénéficiaire. En cas de différend, la preuve que l'information a été donnée par le bandagiste doit être fournie.

3° pour les prestations reprises à l'article 28, § 8, I à III :

à remettre au bénéficiaire une attestation de fournitures conforme aux dispositions réglementaires en vigueur.

En cas d'application du régime du tiers payant, les attestations de fournitures sur lesquelles figure la déclaration selon laquelle le bénéficiaire a reçu l'article, sont envoyées, accompagnées d'un état récapitulatif, à l'organisme assureur.

En cas de décès du bénéficiaire ou de force majeure ayant empêché la fourniture, la prestation en cause est fournie à l'organisme assureur qui en doit le paiement. Cependant, le dispensateur ayant adhéré à la convention accepte de reprendre l'article à 75 % de son prix; pour les prestations sur mesure cette reprise est effectuée à 60 % de son prix.

En cas de désaccord entre les parties sur la situation de force majeure invoquée dans le cadre du précédent alinéa, le dossier est soumis à l'arbitrage d'un fonctionnaire désigné par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

3°bis pour les prestations reprises à l'article 28, § 8, IV :

A remettre au bénéficiaire un exemplaire du contrat de location conforme aux dispositions réglementaires en vigueur.

Pour la facturation, le dispensateur joint un exemplaire du contrat de location à l'état récapitulatif :

- lors de la première facturation du forfait de location mensuel

- lors de la première facturation d'un forfait de location dans le cadre d'un contrat qui remplace un contrat précédent, soit pour la délivrance d'un autre exemplaire du même type d'aide à la mobilité, soit pour la délivrance d'un autre type d'aide à la mobilité en remplacement d'une aide à la mobilité pour laquelle le dispensateur de soins et le bénéficiaire avaient conclu un contrat de location

Si le bénéficiaire décède entre la demande et la délivrance de l'aide à la mobilité visée à l'article 28, § 8, IV de la nomenclature, l'organisme assureur paie au prestataire, à la demande de celui-ci, une somme de Y 25 pour le remboursement des frais engagés (via le pseudocode 522476-522480).

4° en cas de non-conformité de l'article fourni à la prescription médicale ou aux critères de fabrication, à y remédier sans augmentation de prix.

Toutefois, cette clause n'est pas d'application lorsqu'il est établi qu'une modification anatomique importante est intervenue entre le moment de la commande et celui de la fourniture.

5° à mentionner le numéro sous lequel il a été agréé lorsqu'elle se prévaut de cet agrément dans sa publicité ou ses documents commerciaux ;

6° à n'accorder aucun avantage aux bénéficiaires, aux organismes assureurs ou à leurs préposés, aux hôpitaux ou à leurs préposés, aux institutions ou à leurs préposés ou à toute autre personne intervenant dans la prescription, dans le conseil ou dans la fourniture des articles qu'il livre ;

7° à recevoir, à tout moment la visite des personnes revêtues dans le cadre de l'assurance, 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. S'il s'agit d'une enquête menée par des délégués de la Commission de convention, cette visite doit être annoncée.

Art. 6. L'organisme assureur adhérent à la convention s'engage :

1° à rembourser aux bénéficiaires les articles de la nomenclature des prestations de santé, à concurrence du prix fixé par la présente convention, à condition qu'ils répondent aux critères minimums de fabrication définis dans la nomenclature des prestations de santé, sur lequel a été retenue l'intervention personnelle fixée pour certaines prestations en exécution de l'article 37, § 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

2° à accorder son intervention à concurrence des prix prévus à l'article 5, 1°, 1^{er} alinéa, pour les articles visés à l'article 5, 1°, deuxième alinéa, et à l'art. 5, 2° ;

2°bis à payer au dispensateur de soins le forfait mensuel de location visé à l'article 28, § 8, IV de la nomenclature, pour la location d'une aide à la mobilité aux bénéficiaires admis dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins, via le système de tiers payant :

- à partir du mois de la délivrance si la délivrance a lieu du 1^{er} au 15^{ème} jour calendrier du mois ;
- à partir du mois suivant le mois de la délivrance si la délivrance a lieu à partir du 16^{ème} jour calendrier du mois ;
- jusqu'au mois au cours duquel le bénéficiaire décède ou au cours duquel il a été mis fin de manière définitive au contrat de location.

Ce forfait de location est dû à partir :

- du mois de la délivrance si la délivrance a lieu à partir du 1^{er} au 15^{ème} jour calendrier du mois ;
- du mois suivant le mois de la délivrance si la délivrance a lieu à partir du 16^{ème} jour calendrier du mois ;

Il est dû jusque y compris :

- le mois au cours duquel le bénéficiaire décède ou au cours duquel il a été mis fin de manière définitive au contrat de location ;
- le mois qui précède le mois pour lequel un forfait de location est dû, sur base d'un nouveau contrat de location entre les mêmes parties, en application des dispositions de l'alinéa précédent.

La date de la délivrance est déterminée par la date de signature du contrat de location.

- 3° à remettre au bénéficiaire et à la demande du dispensateur adhérant à la présente convention, dans le délai le plus bref, la décision du médecin-conseil ou du Collège des médecins-directeurs, et à remettre en même temps au dispensateur adhérant à la présente convention, au cas où la décision autorise l'intervention et que la fourniture se fait dans le cadre du régime du tiers payant aux conditions prévues à l'article 4, un engagement de paiement, établi en double exemplaire et indiquant notamment de façon précise le type de fourniture en cause ; un exemplaire sera annexé à la facture du dispensateur.

L'engagement de paiement porte sur l'assurabilité du bénéficiaire et, le cas échéant, garantit que le délai de renouvellement par rapport à la fourniture précédente est écoulé.

L'engagement de paiement du forfait mensuel de location vaut pour la durée du contrat de location et pour autant que le bénéficiaire soit en règle avec son assurance obligatoire.

- 4° à payer dans un délai de six semaines à partir de la date à laquelle il a reçu la facture, pour autant que le dispensateur ait facturé, conformément aux dispositions du quatrième alinéa, avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, le montant mentionné sous la rubrique "total" de l'état récapitulatif. L'organisme assureur est – sauf preuve du contraire – censé avoir reçu la facture le jour suivant son envoi par le dispensateur, le cachet de la poste faisant foi de la date à laquelle le dispensateur a envoyé la facture.

A l'intervention de la partie la plus diligente, les retards d'introduction ou de paiement des factures sont portés à la connaissance de la commission de convention qui, au cours de sa séance la plus rapprochée, envisage les moyens pour remédier à cette situation.

En cas de retard de paiement, le dispensateur peut – moyennant une mise en demeure écrite – porter en compte des intérêts moratoires, à partir de l'échéance de la facture, à un taux correspondant au taux légal fixé en exécution de la loi du 30 juin 1970 modifiant le taux des intérêts légaux. Ces intérêts moratoires ne sont pas dus si le retard de paiement est imputable au transfert tardif des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994. Une contestation motivée de la facturation, conformément aux dispositions du cinquième alinéa de ce point, suspend le délai de paiement des prestations contestées à partir de la date de la contestation écrite émanant de l'organisme assureur, jusqu'à la date à laquelle le dispensateur réagit par écrit. Le cachet de la poste fait foi aussi bien de la date de la contestation émanant de l'organisme assureur que de la date de la réaction émanant du dispensateur.

Pour l'application du présent article, par « facturation » il faut entendre la confirmation écrite d'une créance en argent, qui, dans le cadre de l'application du régime du tiers payant par l'organisme assureur, résulte d'une prestation de soins avec l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire accordée au bénéficiaire affilié ou inscrit auprès de celui-ci. Sous réserve des dispositions du point 4°bis du présent article, une telle facturation doit, sous peine de nullité, comporter :

- un état récapitulatif, établi en deux exemplaires conformément au modèle repris en annexe 1 de cette convention ;
- les attestations de fourniture pour chacun des montants mentionnés sur l'état récapitulatif ;
- le cas échéant et pour toutes les prestations facturées au moyen de cet état récapitulatif, les doubles des engagements de paiement transmis par l'organisme assureur en application des dispositions du point 3° du présent article.

L'organisme assureur a le droit de contester, dans le délai déterminé par l'article 174 de la loi du 14 juillet 1994 précitée, la totalité ou une partie de la facturation. La contestation d'une facturation doit toujours se faire par écrit, en mentionnant sur le double de l'état récapitulatif toutes les prestations contestées et en mentionnant la raison pour laquelle l'organisme assureur n'accepte pas cette facturation.

Le dispensateur dispose de soixante jours pour réagir à une telle contestation. Si le dispensateur ne réagit pas dans ce délai ou si son motif ne convainc pas l'organisme assureur, l'organisme assureur peut, en application des dispositions de l'article 1290 du code civil, compenser sa créance lors des facturations suivantes avec le total des lignes contestées à juste titre dans les facturations précédentes. Si le dispensateur n'a pas pu convaincre l'organisme assureur de son motif, l'organisme assureur informe par écrit le dispensateur de l'application de la compensation des lignes protestées des facturations précédentes.

4° bis Pour l'application du présent article, par « facturation » il faut entendre la confirmation écrite d'une créance en argent, qui, dans le cadre de l'application du régime du tiers payant par l'organisme assureur, résulte d'une prestation de soins avec l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire accordée au bénéficiaire affilié ou inscrit auprès de celui-ci. Une telle facturation, pour les prestations reprises à l'article 28, § 8, IV, doit, sous peine de nullité, comporter :

- un état récapitulatif, établi en deux exemplaires conformément au modèle repris en annexe 3 de cette convention ;
- le(s) contrat(s) de location ;
- le cas échéant et pour toutes les prestations facturées au moyen de cet état récapitulatif, les doubles des engagements de paiement transmis par l'organisme assureur en application des dispositions du point 3° du présent article.

Lors de la première facturation d'un tel forfait mensuel de location à un bénéficiaire affilié auprès de la mutualité concernée, le dispensateur de soins est obligé de joindre un exemplaire du contrat de location à l'état récapitulatif.

Si un nouveau contrat de location remplace un contrat précédent, soit pour la délivrance d'un autre exemplaire du même type d'aide à la mobilité, soit pour la délivrance d'un autre type d'aide à la mobilité en remplacement d'une aide à la mobilité pour laquelle le dispensateur de soins et le bénéficiaire avaient conclu un contrat de location, alors le dispensateur de soins joint à la première facturation du forfait de location concernant ce nouveau contrat de location, un exemplaire du nouveau contrat de location.

Art. 7. Le coût pour les prestations reprises à l'article 28, § 8, I à III, couvre les frais de déplacement du dispensateur adhérent à la présente convention dans un rayon de dix kilomètres à compter de son atelier agréé le plus proche. Au-delà des dix kilomètres, un défraiement maximum de 0,37 EUR par kilomètre peut être porté en compte au bénéficiaire.

Les frais de déplacement pour la délivrance d'une aide à la mobilité à des bénéficiaires admis dans une maison de repos pour personnes âgées ou dans une maison de repos et de soins, visée à l'article 28, § 8, IV, de la nomenclature, sont repris dans le forfait mensuel de location.

Art. 8. § 1. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'article 28, § 8, de la nomenclature des prestations de santé, est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les parties appliquent des mécanismes de correction, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé

§ 2. Ces mécanismes de correction se rapportent par priorité à une augmentation disproportionnée des prestations analogues. Cette augmentation est appréciée sur la base des volumes et des dépenses fixés s'y rapportant.

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.

En cas de non-application, constatée par le Conseil général dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées au § 1^{er} de l'article 40 de la loi coordonnée susvisée ou de celles visées à l'article 18 de la loi coordonnée susvisée, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement sera alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue à ce paragraphe ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

Art. 9. § 1^{er}. A titre de clause pénale, le dispensateur adhérent à la présente convention est tenu de verser, sur décision de la Commission de convention, à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, en cas de dépassement des prix prévus à la présente convention, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement avec un minimum de 125 EUR. Un supplément de prix connu au préalable du patient et accepté par lui n'est pas considéré comme un dépassement de prix susceptible de déclencher l'application de la clause pénale.

§ 2. En cas d'infraction à la convention autre que celle prévue au § 1^{er}, les parties contractantes à la présente convention sont tenues de verser, à titre de clauses pénales, sur décision de la Commission de convention, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité s'il s'agit du dispensateur adhérent à la présente convention, soit à ce dispensateur s'il s'agit d'un organisme assureur, une indemnité forfaitaire correspondant à 10 % du remboursement de la prestation en cause, au taux bénéficiaire ordinaire/dispensateur conventionné, avec un minimum de 25 EUR.

§ 3. Constituent une seule infraction les atteintes aux prestations de la nomenclature qui forment ensemble un tout. On prendra alors pour référence la prestation dont le remboursement est le plus élevé. Si ces atteintes ne concernent qu'un accessoire, le § 2 est d'application.

Art. 10. Des groupes de travail ad hoc peuvent être instaurés au sein de la Commission de convention.

Art. 11. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2015 et est tacitement reconductible d'année en année.

Elle peut cependant être dénoncée avant le 1^{er} novembre de chaque année 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^{er} janvier qui suit cette dénonciation;
- 2) soit par tout dispensateur ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de ce seul dispensateur à partir du 1^{er} janvier qui suit cette dénonciation.

Fait à Bruxelles, le 4 décembre 2007

Pour les organismes assureurs,

Pour les organisations professionnelles des bandagistes,

N. BEUN
J.-P. BRONCKAERS
K. DE KOEKELAERE
R. DE PAEPE
R. POUILLIE
R. VANSTECHELMAN
E. WILMET

L. COENEN
M. COLLIN.
G. CUYT
B. DUCHESNE
J. MANNAERTS
B. RAES
P. VERMEIREN

FORMULAIRE D'ADHESION

Le(la) soussigné(e) (nom, prénoms)
ayant sa résidence principale (rue, n°, boîte)
..... (n° postal, commune)
.....(province ou Région de Bruxelles-Capitale)
chef d'entreprise, agréé(e) par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sous le n°
..... (1)
technicien(ne) au service d'une entreprise, agréé(e) par l'Institut national d'assurance
maladie-invalidité sous le n° (1)
exerçant son activité dans la firme
..... (raison sociale)
à(aux) l'adresse(s) suivante(s) (2) :
.....
.....

(adresse(s) de l'entreprise où le signataire exerce son activité)
déclare avoir pris connaissance de la présente convention et y adhérer sans restriction.

Fait à , le

Le(la) bandagiste,
(signature)

Le soussigné, chef d'entreprise, autorise le(la) bandagiste ci-dessus à prendre les engagements prévus dans la convention.

Il/elle déclare avoir pris connaissance de cette convention et confirme que tous les dispensateurs agréés de l'entreprise ont adhéré à cette convention.

Fait à , le

(signature)

(1) Barrer la mention inutile.
(2) Inutile si l'adresse où s'exerce la profession est la même que celle du domicile.

Y/2008

Etat récapitulatif pour les forfaits de location aides à la mobilité (système du tiers payant)

Prénom, Nom du bandagiste

INAMI: numéro d'agrément

Adresse complète

Numéro d'entreprise

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

CCP ou compte bancaire

Réf. :/..../....

Mois pour lequel les forfaits sont dus

Numéro de la mutuelle

Nom du bénéficiaire	n° NISS.	n° de l'institution	n° de prestation.	Forfait de location (montant en EUR)	Contrat de location en annexe (cocher)
.....
.....
.....

