**R/2015-2017**

**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE**

**MALADIE-INVALIDITÉ**

**Service des soins de santé**

Avenue de Tervueren 211,

1150 Bruxelles

**CONVENTION**

**ENTRE LES LOGOPEDES**

**ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

Lors de la séance du 22 janvier 2015, de la Commission de conventions entre les logopèdes et les organismes assureurs, sous la Présidence de Monsieur Alain GHILAIN, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur H. DE RIDDER, Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, il a été convenu ce qui suit entre:

d'une part,

 les organismes assureurs,

et d'autre part,

 - De Vlaamse Vereniging voor Logopedisten ;

 - L'Union Professionnelle des Logopèdes Francophones.

Article premier.

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.

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.

Art. 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. 4.

§ 1er. Sans préjudice des dispositions de l'article 5, § 2, premier alinéa, troisième tiret, pour toute prestation dispensée au domicile d'un bénéficiaire, à l’école 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. 5.

§ 1er. Le logopède s'engage à respecter les taux d'honoraires fixés à l'article 3 pour les prestations prévues au « Chapitre X – Logopédie » de la nomenclature des prestations de santé.

Le logopède, en collaboration avec le médecin prescripteur, s'engage 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 3 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 3 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. Il affiche également dans sa salle d'attente et à son cabinet les heures de consultation prévues. En cas de litige, la charge de la preuve que l'information était affichée et a été donnée incombe au logopède.

Art. 6.

§ 1er. Le bénéficiaire paie lui-même les honoraires au logopède.

§ 2. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prestations visées au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé à l’exception des prestations effectuées à l’école, le logopède visé à l'article 1er peut opter pour l'application du système du tiers payant pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur.

§ 3. Si le logopède visé à l'article 1er a opté pour le système du tiers payant, ce mode de paiement est applicable aux bénéficiaires de tous les organismes assureurs et à l'ensemble des prestations effectuées visées au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé.

Cependant, si le logopède exerce son activité dans différents liens de contrats qui lui imposent l'un ou l'autre système de paiement ou exerce son activité en partie dans les liens d'un contrat qui lui impose un système de paiement et en partie comme indépendant, il peut appliquer des systèmes de paiement différents pour l'ensemble des prestations de chacun de ses secteurs d'activité. Dans ce cas, il le précise au moment de son adhésion ou en avise le Service des soins de santé par lettre recommandée. De même, il peut renoncer à l’option pour le tiers payant moyennant avis par lettre recommandée au Service des soins de santé, avec effet au 1er jour du trimestre calendrier suivant la date de la lettre recommandée.

§ 4. Les dispositions des §§ 2 et 3 ne sont pas applicables aux prestations effectuées selon les modalités de l'article 5, § 2, premier alinéa.

§ 5. En outre, le logopède visé au § 1er, même s'il n'a pas opté pour le système du tiers payant comme prévu aux §§ 2 et 3 du présent article, peut néanmoins recourir à ce système de paiement pour la partie des honoraires qui est à charge de l'organisme assureur, en faveur des cas énumérés ci-dessous :

1° les bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux ;

2° les bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle de détresse ;

3° les bénéficiaires de l’intervention majorée, au sens de l’article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ainsi qu’aux titulaires, au sens de l’article 32, alinéa 1er, 13° et 15° de la même loi et leurs personnes à charge, s’ils bénéficient de l’intervention majorée ;

4° les titulaires et les personnes à leur charge qui sont dispensés de l’obligation de cotisation conformément à l’article 134 de l’arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant visés à l’article14, § 1er, 4° de la loi du 26 mai 2002 relative à l'intégration sociale ;

5° les bénéficiaires qui sont pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en chômage contrôlé, qui ont depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage, et qui au sens de cette dernière réglementation ont la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, ainsi que les personnes qui sont à leur charge ;

6° les bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées conformément à l'article 47 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou conformément à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants et les personnes qui sont à leur charge.

Art. 7.

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.

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.

Art. 8.

§ 1er. Lorsque le logopède a recours au système du tiers payant conformément à l'article 6, §§ 2 et 5, 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).

§ 2. Les attestations sont accompagnées d'un état récapitulatif établi en deux exemplaires. Sur cet état sont mentionnés le nom et le numéro d'inscription des bénéficiaires, le montant des honoraires portés en compte à l'organisme assureur ainsi que le montant global à payer par l'organisme assureur. Cet état porte également les indications nécessaires à l'exécution du paiement.

Simultanément sera remise au patient une facture, ou un document informatif sur lequel sera repris le montant de l’intervention de l’assurance et, le cas échéant, y seront mentionnés la quote-part personnelle ainsi que les autres montants qui sont portés en compte au patient en application de l’article 5, § 2 et/ou en application de l’article 4, § 1er, 2e alinéa.

§ 3. L'organisme assureur règle le montant du décompte mensuel avant la fin du mois suivant celui de l'introduction. Le montant du paiement tient compte des adaptations ou rectifications qui ont été apportées le cas échéant et qui sont notifiées au logopède sur le double de l'état récapitulatif qui lui est envoyé. La Commission de conventions veillera à ce que les organismes assureurs respectent les délais de paiement précités.

§ 4. Dans la mesure où les attestations ont été transmises dans les délais prévus au § 1er, à la demande écrite du logopède concerné, le non-paiement dans le délai prévu au § 3 donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au taux de l’intérêt marginal d’emprunt de la Banque centrale européenne constaté le dernier jour du mois précédent, augmenté de 1%.

Les intérêts moratoires sont calculés à partir du 1er jour du troisième mois suivant celui de l'introduction du décompte mensuel visé au § 3.

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 des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 9.

Dans le cas où les prestations reprises au Chapitre X de la nomenclature des prestations de santé donnent lieu à une intervention de la part de l'assurance, telle que fixée à l'article 37, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'intervention personnelle du bénéficiaire est exigible quel que soit l'endroit où les prestations sont effectuées.

Art. 10.

§ 1er. En cas de non respect des honoraires fixés par la présente convention, le logopède est tenu, sur décision de la Commission de conventions, 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 125 euros.

§ 2. En cas de constat d'infraction de la part d'un logopède aux dispositions définies à l'art. 6, § 3, sur décision de la Commission de conventions le logopède est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité à titre de clause pénale une indemnité égale à minimum 125 euros par bénéficiaire concerné.

En outre, la Commission de conventions peut exclure de l'application du tiers payant pendant une période allant d'un mois à un an, un logopède qui a commis des irrégularités pour des prestations via le tiers payant.

En cas de récidive dans un délai de cinq ans, l’exclusion de l’application du tiers payant peut être définitive.

§ 3. En cas d'infraction autre que celles prévues aux §§ 1er et 2, une indemnité forfaitaire de 125 euros est due, à titre de clause pénale, sur décision de la Commission de conventions, soit à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, s'il s'agit d'une personne adhérant à la présente convention, soit à cette personne s'il s'agit d'un organisme assureur.

Art. 11.

§ 1er. L'objectif budgétaire pour les prestations du Chapitre X 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, aussitôt qu’il est constaté que l’objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d’être dépassé, les parties appliquent des mécanismes de correction.

§ 2. Les mesures de correction sont sélectives et comportent entre autres une diminution des dépenses des prestations ayant contribué le plus au dépassement ou au risque précités. Les mesures comportent pour les prestations concernées une diminution des valeurs du facteur de multiplication R fixées à l'art. 3. Ces valeurs sont diminuées au moins d'un pourcentage égal à celui du dépassement ou du risque précités, tel qu’il ressort des rapports établis trimestriellement dans le cadre de l’audit permanent des dépenses en soins de santé, visés à l’article 51, § 4 de la loi coordonnée susvisée.

Ces mesures ne seront pas d’application pour un dépassement ou risque de dépassement éventuel qui proviendrait de la reconversion des CRA et du Décret M en Flandre et l’intégration dans l’enseignement ordinaire d’enfants du type 8 en Fédération Wallonie-Bruxelles (cfr article 12) et qui serait identifié dans les estimations techniques communiquées au Comité de l’assurance.

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 § 1er 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 aux deux premiers alinéas 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. 12. Programme de réforme de la logopédie monodisciplinaire en assurance soins de santé obligatoire

Ce programme de réforme aura pour objectif, l’élaboration d’un paquet de soins réaliste et équilibré dans lequel seront ancrés les principes de qualité, de prévention, de flexibilité et de responsabilité. Cette réforme doit être menée sans que pour autant la neutralité budgétaire (budget AMI) soit mise en péril; la masse globale des remboursements par l’assurance obligatoire reste neutre en fonction des principes suivants :

1. l’élaboration de traitements plus efficients et de qualité avec une implication maximale du patient rendra possible une diminution du volume des traitements avec pour conséquence la suppression de l’intervention AMI pour les séances de traitement au-dessus du percentile 75 sur base de la consommation actuelle par patient et par trouble et/ou en tenant compte de l’évidence basée sur les guidelines en vigueur.
2. la masse budgétaire ainsi récupérée sera réinjectée, avec une répartition équilibrée et simultanée, entre les 2 projets :

a) revalorisation de l’honoraire en visant à atteindre un montant le plus haut possible (la note CR 2014-45 pouvant servir de document possible de point de départ).

b) prise en charge de nouvelles pathologies dans la nomenclature (locked-in syndrome,…).

Ces projets doivent être réalisés dans un cadre budgétaire neutre, à savoir dans l’objectif budgétaire global. La quote-part personnelle totale sur les séances de traitement sera égale à la totalité des tickets modérateurs actuels jusqu’au P75, MàF inclus. Le groupe de travail détermine les modalités de l’attribution de la quote-part personnelle.

Un groupe de travail paritaire spécifique sous la présidence de Monsieur Alain GHILAIN, Président de la Commission de conventions, s’engage à mettre en œuvre un programme de réforme qui sera budgétairement neutre, se basera sur des recommandations (good pratice, guidelines, … basée sur l’évidence et proposera ses conclusions à la Commission de conventions plénière au plus tard en novembre 2015. Les options adoptées par la Commission de conventions seront soutenues pour leur concrétisation par les organismes assureurs et les organisations professionnelles de logopèdes , signataires de la présente convention. Elles seront proposées aux instances compétentes pour avis et/ou décision et préalablement présentées à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique pour entrer en vigueur au plus tard le 1.7.2016.

Ce programme de réforme se caractérisera également par les objectifs suivants :

* la protection de la qualité de vie des patients : une logopédie qualitative orientée de manière spécifique peut prévenir ou limiter l’impact négatif sur le plan de la qualité de vie. Aussi importe-t-il de réaliser une détection précise et précoce, le cas échéant. Il a déjà été démontré pour certains troubles qu’une action préventive donne un meilleur résultat (ex. en cas de troubles de l’audition, de troubles de la voix, de bégaiement, d’aphasie, de démence, de troubles du développement du langage). Rendre l’offre de soins logopédiques aisément accessible est également un objectif important. Il convient à cet égard de responsabiliser chaque partie intéressée à l’offre logopédique : le médecin qui envoie ou qui prescrit, le logopède en question, les mutualités et leurs services et les conseils à leurs membres, les autorités et leur réglementation simplifiée et claire, les organisations de patients et leur accompagnement des patients. Cela concerne aussi la sensibilisation des patients eux-mêmes à une prise en charge correcte du traitement.
* Il convient de tendre à un modèle de concertation motivant dans lequel chaque partie peut utiliser son expertise de manière constructive. Ainsi toutes les parties s’engagent à fournir les données nécessaires pour faire aboutir les travaux du groupe de travail. Ces données contiendront plus spécifiquement celles qui concernant l’utilisation des bilans et des séances par patient et par trouble comme décrits dans la nomenclature ainsi que les directives conduisant à une utilisation optimale des thérapies par trouble.
* la politique budgétaire : Si l’on veut donner des chances aux patients qui trouvent leur compte dans la logopédie dont on exige de la qualité et des résultats, il est nécessaire de tenir compte du nombre croissant de patients comme par exemple les personnes atteintes d’affections chroniques (e.a. démence, *Locked-in Syndrome*, paralysies spastiques à la naissance ou après un accident de la circulation, infirmité motrice d’origine cérébrale, etc.) ou des risques professionnels sur le plan de la parole (e.a. orateur professionnel, enseignants et problèmes de voix).

Grâce à la pratique clinique scientifiquement étayée, le groupe professionnel peut tendre à la plus grande efficacité et au plus grand rendement possible dans l’offre de logopédie, renforcer les indications, repousser les contre-indications, développer des techniques pour les soins à domicile et l’entraînement (p. ex. télélogopédie).

Chacun s’engage à simplifier les processus administratifs là où cela est possible et ceci tant dans l’intérêt du dispensateur de soins que du patient. Ce principe doit toujours être poursuivi lors de modifications à la nomenclature (art.36).

* la collaboration et la modernisation de la concertation : Le morcèlement au sein de la logopédie a déjà été évoqué. Mais de par la diversification des compétences, la réglementation risque de se manifester à l’échelon fédéral, régional et européen. Il est préférable d’exclure les doublons, d’éviter les règles contradictoires et de réprimer le chaos.
* la révision fondamentale de la nomenclature : choix stratégiques clairs sur les plans suivants :

- promotion de la qualité dans la dispensation des soins (*evidence-based*)

- stimulation de la prévention

- instauration du principe de rentabilité (rapport coût-efficacité) des traitements et du remplacement de l’évaluation budgétaire annuelle par une évaluation couvrant plusieurs années

- tendre à une facture patient transparente

- l’aspiration à des honoraires corrects et calculés

- stimulation d’une action éthique et déontologique

- simplification des procédures avec comme objectif une situation *win-win* pour le patient, le logopède, les organismes assureurs et l’INAMI

En même temps, la dispensation des soins logopédiques doit être préservée à l’avenir en recherchant des solutions par rapport à un certain nombre de menaces. A défaut de solution fondamentale pour ces menaces, les choix stratégiques susvisés n’ont pas la moindre chance de réussir.

- le trop grand afflux dans la profession de nouveaux collègues, en particulier sous le statut de travailleur indépendant

- les effets du vieillissement

- la reconversion des CRA et le transfert aux Régions

- les effets du décret M en Flandre et ceux de l’intégration dans l’enseignement ordinaire d’ enfants du type 8 en Fédération Wallonie-Bruxelles ;

- le fractionnement des compétences concernant le traitement de groupes de patients, l’agrément des logopèdes et le respect des principes éthiques et déontologiques

- la demande croissante de soins pour de nouveaux groupes de patients

- le bilinguisme et le multilinguisme au sein de notre société multiculturelle

La Commission demande au Service de fournir en 2015 une estimation chiffrée de l’impact budgétaire attendu sur les dépenses de logopédie dans la nomenclature monodisciplinaire, des effets des décisions qui sont prises hors consentement de la Commission :

* la reconversion des CRA
* le Décret M en Flandre et l’intégration dans l’enseignement ordinaire d’ enfants du type 8 en Fédération Wallonie-Bruxelles ;

Un rapport intermédiaire de l’avancement des travaux sera déposé en Commission de conventions au plus tard le 15 mai 2015. Un rapport final sera déposé au plus tard en novembre 2015.

Art.13. Recommandations :

§ 1er. La loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit en son article 54, la possibilité pour le logopède conventionné d’obtenir des avantages sociaux. Le secteur de la logopédie a toujours réalisé des efforts importants quant à l’accessibilité des prestations de la nomenclature logopédique pour les patients qui y ont recours (beaucoup d’enfants et de personnes âgées). Le taux de conventionnement des logopèdes est en effet très élevé (en 2014 : 97% de logopèdes conventionnés). Un projet d’arrêté royal d’exécution sera élaboré en ce sens : il prévoira un seuil d’activités à atteindre pour pouvoir bénéficier de ces avantages qui seront à charge des frais d’administration de l’INAMI – Service des soins de santé. La préférence va à un statut social modulé vue la diversité du groupe professionnel des logopèdes en relation avec les prestations de l’assurance soins de santé obligatoire.

§ 2. La Commission de conventions recommande une intervention financière de l’INAMI à l’utilisation par les logopèdes d’un logiciel homologué pour la gestion des données qui doivent être conservées par les logopèdes (AR du 10 novembre 2006) et en vue d’une future facturation électronique des prestations réalisées par eux dans le cadre de MyCarenet. La Commission de conventions élaborera dans le courant de 2015 une proposition d’arrêté royal qui déterminera les conditions en vertu desquelles l’assurance obligatoire soins de santé accorde une intervention financière aux logopèdes pour l’usage de la télématique et la gestion électronique des dossiers.

§ 3. La Commission demande au Service Public Fédéral Santé publique de modifier l’arrêté royal du 20.10.1994 pour qu’un bilan puisse être réalisé par un logopède sans prescription d’un médecin.

§ 4. La Commission demande au Service de fournir en 2015, une estimation chiffrée de l’impact budgétaire probable, sur les dépenses de logopédie en nomenclature monodisciplinaire, des effets du vieillissement de la population. Sur base de cette estimation et du plus récent rapport du Comité d’étude sur le vieillissement, la Commission mènera un débat sur la manière dont la nomenclature de logopédie peut se préparer d’une façon qualitative et économique aux effets du vieillissement de la population.

Un membre de la Commission de conventions sera associé aux travaux de la Cellule mise en place au sein de l’INAMI, afin d’étudier cette problématique.

Art. 14.

§ 1er*.* La présente convention entre en vigueur le 1er janvier 2015 et produit ses effets jusqu’au 31 décembre 2017 inclus. Elle n’est pas tacitement reconductible.

§ 2. Elle peut être dénoncée :

1. par une des parties à la présente convention
* Cette dénonciation doit être faite avant le 1er novembre 2015 , par lettre recommandée à la Poste, adressée au Service des soins de santé de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité, à l’attention du Président de la Commission, par les trois quarts au moins des membres d’une des deux parties représentées à la Commission de conventions.
Cette dénonciation a pour effet de faire cesser la convention au 1er janvier 2016.

Elle doit être faite de la même manière avant le 1er novembre 2016 avec effet au 1er janvier 2017.

* Si l’une des parties à la convention constate – preuves à l’appui - que les travaux du groupe de travail prévu à l’article 12 ne progressent pas normalement, elle peut dénoncer la présente convention à tout moment dans le courant de l’année 2015 par l’envoi d’un message au Président de la Commission de conventions. Le Président met cette dénonciation à l’ordre du jour de la Commission de conventions qui suit le jour de la réception de ce message. Si la dénonciation est maintenue lors de cette séance de la Commission, la convention prend fin le premier jour du deuxième mois qui suit cette séance de la Commission.
1. par un logopède

Cette dénonciation doit être faite avant le 1er novembre 2015, par lettre recommandée à la Poste adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, par tout logopède 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 1er janvier 2016.

Elle doit être faite de la même manière avant le 1er novembre 2016 avec effet au 1er janvier 2017.

L’adhésion individuelle à la présente convention produit ses effets au plus tôt au 1er janvier 2015 et vaut pour toute la durée de la convention. Les logopèdes qui ont adhéré à la convention R/2013-2014 et à ses avenants, sont, sauf manifestation contraire de leur volonté dans un délai de 30 jours suivant l’envoi de cette convention par le Service des soins de santé de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité, censés maintenir leur adhésion à la convention R/2015-2017.

§ 3. En application de l'art. 49, § 5, 6ème alinéa, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, en vue de la détermination de l'atteinte ou non du quorum de 60% d'adhésions, il est tenu compte :

- d'une part du nombre de logopèdes actifs (= 100%) qui ont obtenu, à la date de la conclusion de cette convention par la Commission de conventions, le numéro d'agrément visé à l'article 15 et auxquels a été adressée copie de cette convention ;

- et, d'autre part, du nombre de ceux-ci qui ont adhéré à la présente convention et ce, au plus tard 30 jours après son envoi par le Service des soins de santé.

Art. 15.

Il est attribué un numéro INAMI à chaque logopède actif qui répond aux conditions pour son obtention. Chaque logopède est tenu de reproduire son numéro sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs. Le logopède qui adhère à la convention fait suivre son numéro du chiffre 1.

Fait à Bruxelles, le 22 janvier 2015

|  |  |
| --- | --- |
| Les représentants des organismes assureurs,  | Les représentants des organisationsprofessionnelles des logopèdes, |