**Dernière convention : Entrée en vigueur 01.01.2022 - MB :10.05.2022**

**Dernière mise à jour 01.01.2023 (indexation)**

*Remarque : Article 5 Honoraires B.1. AR - les AR du 24 octobre 2002 et du 12 octobre 2004 ont été abrogés et remplacés par l’AR du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l’article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.*

**CONVENTION ENTRE**

**LES PHARMACIENS ET LES ORGANISMES ASSUREURS**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs du 25 juin 2021, sous la présidence de Monsieur Francis ARICKX, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur Brieuc Van Damme, Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, une convention a été conclue entre:

d'une part, les organismes assureurs,

et d'autre part,

* l'ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE BELGE;
* l'OFFICE DES PHARMACIES COOPERATIVES DE BELGIQUE;
* l’ASSOCIATION BELGE DES PHARMACIENS HOSPITALIERS

*PREAMBULE*

*Lorsqu'au cours de la présente convention, suite à des modifications externes des procédures de contrôle ou de tarification, une des parties se retrouve dans l'impossibilité de respecter les dispositions de l'article* ***7*** *§ 2, les parties s'engagent à se réunir dans le cadre de la Commission de conventions afin de trouver une solution raisonnable les satisfaisant.*

**Article 1er.**

Par « pharmacien(s) » on entendle(s) pharmacien(s) qui exerce(nt) dans une ou des officine(s) ouverte(s) au public et/ou le(s) pharmacien(s) hospitalier(s)**,** inscrit(s) en qualité de pharmacien auprès de l’INAMI.

**Dispositions générales**

**Article 2.**

La présente convention définit, conformément aux dispositions de l’article 42 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994:

* le montant des honoraires pour les préparations magistrales, pour la délivrance de produits et de spécialités pharmaceutiques et les modalités de leur paiement,
* les rapports financiers et administratifs entre les pharmaciens d'une part, et d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance et les organismes assureurs.

**Article 3.**

Les pharmaciens adhérant à la présente convention s'engagent à délivrer aux bénéficiaires de l'assurance les prestations pharmaceutiques, conformément aux règles fixées par le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et aux lois, arrêtés et règlements applicables en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**Article 4.**

Les organismes assureurs s'engagent:

1. à honorer leur intervention, calculée conformément aux lois, arrêtés et règlements visés à l'article 3, aussi bien pour les fournitures pour lesquelles le système du tiers payant a été appliqué que pour celles qui ont été portées en compte au comptant;
2. à subordonner leurs paiements à la présentation de tous les supports d'information réglementaires.

**Article 5. Honoraires**

Les honoraires des pharmaciens pour les prestations pharmaceutiques sont liés à la valeur de la lettre-clé P à laquelle est attribué un coefficient.

La valeur de la lettre-clé P est indexée conformément aux dispositions de l’arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application sur l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

Depuis le 1er janvier 2012, les valeurs de la lettre-clé P sont fixées à :

**A. pour les spécialités pharmaceutiques** : **A.R. du 16 mars 2010 visant l’instauration d’honoraires pour la délivrance d’une spécialité pharmaceutique remboursable *dans une officine ouverte au public***

Honoraire de base – (Art.3)

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) - 1,826737 (01/01/2014)
1,841899 (01/01/2017) - 1,872843 (01/01/2018) - 1,872843 (01/01/2019)
1,899123 (01/01/2020) - 1,918304 (01/01/2021) - 1,972128 (01/06/2022)
**2,090843 (01/01/2023)**

Entretien d’accompagnement de bon usage de médicaments (BUM) - (Art. 5)

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) - 1,826737 (01/01/2014)
1,841899 (01/01/2017) - 1,872843 (01/01/2018) -1,899999 (01/01/2019)
1,937049 (01/01/2020) - 1,956613 (01/01/2021) - 2,011511 (01/06/2022)
**2,132596 (01/01/2023)**

Pharmacien de référence - (Art. 6/1)

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) - 1,826737 (01/01/2014)
1,841899 (01/01/2017) - 1,841899 (01/01/2019)
1,877816 (01/01/2020) - 1,896782 (01/01/2021) – 1,950002 (01/06/2022)
**2,067385 (01/01/2023)**

Délivrance en maison de repos et de soins ou en maisons de repos pour personnes âgées (TPU tarification par unité) - (Art. 7/3)

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) – 1,826737 (01/01/2014)
1,841899 (01/01/2017) - 1,872843 (01/01/2018) – 1,899999 (01/01/2019)
1,937049 (01/01/2020) - 1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022)
 **2,132596 (01/01/2023)**

**B. pour les autres prestations pharmaceutiques**

**B.1. AR**

Préparations magistrales – Les honoraires pour les préparations magistrales sont calculés conformément à l’arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés.

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

Oxygène - AR 24/10/2002, concernant les moyens diagnostiques

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

(Arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l’article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994)

Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) - 1,867521 (01/01/2017)
1,898895 (01/01/2018) - 1,926429 (01/01/2019) - 1,963994 (01/01/2020)
1,983830 (01/01/2021) - 2,039492 (01/06/2022) - **2,162261 (01/01/2023)**

(AR du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales spéciales)

Trajet de soins « Diabète » - AR 24/10/2002, concernant les moyens diagnostiques

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) - 1,867521 (01/01/2017)
1,898895 (01/01/2018) - 1,926429 (01/01/2019) - 1,963994 (01/01/2020)
1,983830 (01/01/2021) – 2,039492 (01/06/2022) - **2,162261 (01/01/2023)**

Trajet de soins « insuffisance rénale chronique » - AR 24/10/2002, concernant les moyens diagnostiques

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) - 1,867521 (01/01/2017)
1,898895 (01/01/2018) - 1,926429 (01/01/2019) - 1,963994 (01/01/2020)
1,983830 (01/01/2021) – 2,039492 (01/06/2022) - **2,162261 (01/01/2023)**

**B.2. Convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs**

Méthadone (délivrance fractionnée)(Art. 7)

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

**B.3. Arrêté royal du 26 octobre 2019 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de garde et des honoraires de disponibilité aux pharmaciens titulaires d’une *pharmacie ouverte au public* qui participent à des services de garde organisés**

Garde

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

Disponibilité

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) - 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

**Article 6.** **Délivrance fractionnée de méthadone**

Les organismes-assureurs s'engagent, aux conditions définies dans cet article, à accorder une intervention forfaitaire aux pharmaciens pour les bénéficiaires ambulatoires pour la délivrance fractionnée des traitements de substitution à la méthadone délivrés effectivement par le pharmacien au patient ou à son mandataire.

**§1.** Une intervention forfaitaire est accordée au pharmacien pour l’application des dispositions réglementaires de l’arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution, en particulier les articles 5,6,7 et 8, ainsi que l’article 9 premier alinéa.

**§2.** Dans le cadre des traitements de substitution prévus au §1, le pharmacien porte en compte aux organismes assureurs une intervention forfaitaire d’une valeur P 0,46 par jour de traitement prescrit, comprenant également le conditionnement de sécurité, l’excipient éventuel, l’accompagnement et la TVA.

**§3.** L’exécution des dispositions de cet article sera évaluée si l’AR du 19 mars 2004 est modifié, trois mois après l’entrée en vigueur de cette modification.

Suivant cette évaluation, la Commission de convention peut adapter les dispositions du §2 de cet article.

**Article 7. Tarification – Facturation**

**§1.** Le pharmacien appliquant le système du tiers payant s'engage à adresser à l'office de tarification auquel il a adhéré, les prescriptions exécutées, au plus tard dans les 2 mois suivant celui au cours duquel ces prescriptions ont été exécutées. Le pharmacien donne mandat à l’office de tarification pour qu’il se charge de la tarification selon les règles approuvées par le Comité de l’Assurance ([Instructions relatives à la collecte des données des prestations pharmaceutiques - instructions aux offices de tarification : piste unique facture et statistique (OTFS)](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructions_collecte_de_donnees.pdf).

Les factures relatives à ces délivrances établies par l'office de tarification conformément aux instructions aux offices de tarification (OTFS), sont adressées aux organismes assureurs dans les deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prescriptions ont été exécutées. Elles ne sont recevables que si les dispositions réglementaires sont respectées.

**§2.** Les organismes assureurs s'engagent, sous réserve de rectifications ultérieures et conformément aux instructions aux offices de tarification (OTFS), à payer au comptant pour autant qu'elles soient recevables et au plus tard dans les vingt jours ouvrables de la date de leur envoi, les factures présentées par les offices de tarification à condition que le délai prévu au § 1er - 2° alinéa ait été respecté. Les factures présentées en dehors de ce délai sont payées au plus tard dans les quarante jours ouvrables de la date de leur envoi.

**§3.** L'office de tarification avise l'organisme assureur intéressé lorsque le paiement n'est pas effectué conformément aux dispositions du § 2 du présent article.

**§4.** A l’intervention de la partie la plus diligente, les retards d'introduction et de paiement des factures sont portés à la connaissance de la Commission de conventions qui, au cours de sa séance la plus rapprochée, envisage les moyens pour remédier à cette situation.

**§5.** Le pharmacien donne mandat à l'office de tarification auquel il/elle a adhéré d'exécuter en son nom toute opération nécessaire et reconnaît notamment comme valable l'acquit donné en son nom de toute somme perçue.

**§6.** Pour tous les médicaments délivrés par les officines hospitalières à des patients hospitalisés, la facturation, selon l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, §1er , de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, suit les dispositions réglementaires.

**§ 7**. Les données concernant les fournitures reprises dans la présente convention sont transmises en vue du remboursement par le biais d’un fichier de facturation électronique établi selon les instructions aux offices de tarification OTFS (officines publiques) ou selon les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique (officines hospitalières).

**Article 8. Avantages sociaux**

Les avantages sociaux en faveur des pharmaciens sont réglementés par l’arrêté royal du 5 mai 2020 instituant un régime d’avantages sociaux et d’autres avantages à certains dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords ou conventions qui les concernent.

**Article 9. Budget**

**§1.** L'objectif budgétaire est fixé chaque année selon les règles qui sont d'application. Les sous-objectifs budgétaires sont divisés par la Commission de conventions en objectifs budgétaires partiels.

**§2.** Les parties contractantes s'engagent dès qu'un dépassement ou risque de dépassement des objectifs budgétaires est constaté, à appliquer, en application de l'article 51, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, des mesures de correction et de récupération dont les modalités doivent encore être précisées.

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.

**Dispositions pour les pharmaciens qui exercent dans une officine ouverte au public**

**Article 10.**

En vue de garantir l'accès des bénéficiaires aux soins pharmaceutiques et en particulier au suivi des soins pharmaceutiques conformément aux dispositions de l'annexe 7.2, I, II et III de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens, le bénéficiaire est toujours correctement informé deson accord relatif à son consentement éclairé, qui doit être consigné par écrit en cas de suivi des soins pharmaceutiques.

**Article 11. Régime du tiers payant**

**§1.** Si le pharmacien applique le régime du tiers payant, comme mentionné dans l’article 9, premier alinéa de l’arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l’article 53, §1er de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers-payant (Avis de la Commission du 24 novembre 2017, M.B. 15/01/2018)**,** ilmet les prescriptions exécutées à la disposition de son office de tarification, conformément à l’article **7**.

**§2.** Si le pharmacien n’applique pas le régime du tiers payant, il/elle remet au bénéficiaire les documents réglementaires permettant aux organismes assureurs de payer l'intervention de l'assurance.

**§3.** Suivant sa qualité, le pharmacien s'engage à respecter les bases de remboursements, les suppléments éventuels, les marges de délivrance, le montant des honoraires et les règles de remboursement, tels qu'ils sont publiés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**Article 12. Délivrance d’une prescription sous DCI**

Pour toute prescription sous DCI ou pour toute prescription d’un antibiotique ou d’un antimycosique pour usage oral et traitement aigu en ambulatoire, le pharmacien a pour obligation de délivrer un des médicaments les moins chers, en application de la réglementation en vigueur.

Le pharmacien qui ne peut délivrer un des médicaments les moins chers, peut, en cas de force majeure, délivrer en tiers-payant un autre médicament remboursable disponible le moins cher possible hors du cluster des médicaments les moins chers. Il signale cette force majeure au moyen d’un flag selon le tableau figurant en Annexe II.

**Article 13. Entretiens d’accompagnement de bon usage des médicaments (asthme*)***

**§1.** Les organismes assureurs s'engagent, aux conditions définies dans cet article et aux Annexes III et IV, à accorder un honoraire aux pharmaciens pour les entretiens d’accompagnement de bon usage des médicaments pour les corticoïdes inhalés dans le cadre du traitement de l’asthme.

L’accompagnement de bon usage des médicaments pour les corticoïdes inhalés consiste en deux prestations distinctes, respectivement un entretien d’information à l’initiation du traitement ou au cours du traitement pour affection chronique et un entretien de suivi dans la même pharmacie.

**§2.** Un honoraire de P x 10,47 € (hors TVA) est accordé au pharmacien pour chaque entretien d’accompagnement où la présence du patient peut être prouvée moyennant la lecture de la carte d’identité électronique :

1. Entretien d’information à l’initiation du traitement au cours d’un rendez-vous convenu avec le patient dans un délai aussi court que possible après la date de la délivrance du corticoïde inhalé
2. Entretien d’information lorsque le patient au cours de son traitement pour affection chronique a besoin d’un accompagnement supplémentaire personnalisé
3. Entretien de suivi lors du renouvellement de la médication ou après rendez-vous convenu avec le patient de préférence dans une période de 3 à 6 semaines après le premier entretien d’information.

**§3.** Le pharmacien porte en compte aux organismes assureurs l’honoraire prévu lors de chaque entretien d’accompagnement.

**§4.** L'ensemble des documents énumérés aux Annexes III et IV décrivent comment cette prestation “*entretien d’accompagnement de bon usage des médicaments*” est effectuée correctement, y compris la concertation et l'information écrite donnée au patient.

**Article 14. Tarification par unité**

Dans le cadre de la tarification par unité des spécialités pharmaceutiques remboursables de forme « orale-solide » aux bénéficiaires résidant en maison de repos pour personnes âgées ou maison de repos et de soins, la possibilité pour le pharmacien d’exécuter la prescription pour le compte des organismes assureurs en tarifant l’ensemble des unités d’un conditionnement prescrit, sur base du montant fixé par unité pharmaceutique figurant dans la colonne "Base de remboursement" (\*\*\*), tel que défini à l’article 128 de l’arrêté royal du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, au lieu d’exécuter la prescription pour le compte des organismes assureurs par tranche de 7 jours tel que prévu au §2 de l’article125 de l’arrêté royal du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, est conditionnés aux cas suivants :

1. Médicaments « chers » (conformément à la liste des classes de médicaments (ATC) et des spécialités telle que publiée sur le site web de l’INAMI et mise à jour au sein au sein de la Commission de conventions)
2. Médicaments non-« chers » qui satisfont à au moins un des critères suivants:
* Ils ne sont pas adaptés pour une délivrance fractionnée/échelonnée du conditionnement (ex : comprimés effervescents, comprimés lyophilisées, combi-packs …)
* Pour lesquels, au niveau de la prescription par le médecin traitant, l’utilisation de demi-comprimés ne peut pas être évitée
* Pour une administration dont le patient détermine la fréquence de prise en fonction de son état de santé et des instructions de son médecin traitant (usage “ad hoc” et “on demand”)
* Utilisés dans une préparation magistrale si aucune autre alternative thérapeutique n’est envisageable
* Dont la remboursabilité change durant la période entre la première délivrance/tarification et les délivrance/tarification ultérieures d’unités du conditionnement (à la fin de validité de l’autorisation ou lorsque le conditionnement est supprimé du remboursement)

En cas de décès ou d’hospitalisation du bénéficiaire, l’honoraire défini au chapitre II de l’arrêté royal du 16 mars 2010 visant l'instauration d'honoraires pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public, ne pourra être octroyé au-delà de la semaine calendrier pendant laquelle le décès ou l’hospitalisation du bénéficiaire survient.

**Article 15. Pharmacien de référence**

**§1.** Le pharmacien de référence est le pharmacien choisi par les patients chroniques pour l’accompagnement et le suivi de leur usage des médicaments. La valeur ajoutée du pharmacien en tant que pharmacien de référence de patients chroniques réside dans l’accompagnement individualisé de ces patients, dans l’analyse proactive d’un schéma de médication actualisé et sa mise à la disposition des patients et de l’équipe des soins avec laquelle ils ont une relation thérapeutique. La description de la fonction “pharmacien de référence”, y compris les conditions de la fonction et les missions du pharmacien de référence, peut être retrouvée à l’Annexe V.

Le pharmacien de référence s’engage en outre à contribuer activement aux projets pilotes de soins intégrés qui se développent et sont implémentés dans son environnement.

**§2.** Les organismes-assureurs s'engagent, aux conditions définies dans cet article et dans l’Annexe V, à accorder aux pharmaciens un honoraire pour la prestation « pharmacien de référence », ce qui veut dire qu’il a rempli de façon correcte et complète le rôle , les missions et les responsabilités de la fonction « pharmacien de référence » comme décrits dans l’Annexe V, pour le groupe cible suivant :

Tout patient, dont le constat est fait **dans la même pharmacie** sur une période d’un an qu’au minimum 5 médicaments remboursés différents (au niveau ATC-5, ce qui veut dire niveau principe actif ou combinaison de principes actifs), dont au moins 1 médicament chronique (‘chronique’ = au moins 160 DDD délivrés les 12 derniers mois) lui ont été délivrés.

Dans ce groupe cible, les patients prioritaires pour cette fonction sont :

* les patients ayant le statut de « malade chronique » avec un DMG ;
* les patients inclus dans un pré-trajet diabète et bénéficiant d’une éducation donnée par le pharmacien ;
* les patients polymédiqués (minimum 5 médicaments chroniques sur une année). Un patient est considéré comme polymédiqué lorsqu’au minimum 5 médicaments lui ont été délivrés de manière chronique pendant l’année écoulée (sur base du niveau ATC-5, ce qui veut dire niveau principe actif ou combinaison de principes actifs). Les médicaments dont 160 DDD (defined daily doses) ou plus sont utilisées dans la même année civile sont inclus dans le calcul du nombre de médicaments pour la polymédication ;
* les patients qui nécessitent ou expriment un besoin spécifique de suivi des soins pharmaceutiques en fonction de pathologies ou d’états physiologiques particuliers, de (potentiels) risques iatrogènes, de non observance (suspectée) du traitement médicamenteux ou d’un besoin d’un accompagnement spécifique pour raison sociale.

**§3.** L’honoraire visé au §2 est dû à la pharmacie pour chaque bénéficiaire avec lequel une convention de pharmacien de référence a été conclue avec un pharmacien

* qui travaille dans cette pharmacie qui est connectée au DPP ;
* qui a réalisé la prestation « pharmacien de référence », ce qui veut dire qu’il a rempli de façon correcte et complète le rôle, les missions et les responsabilités de la fonction de « pharmacien de référence » comme décrits à l’Annexe V et que dans ce cadre, il a mis à la disposition du patient un schéma de médication actualisé (complété avec les informations issues du DPP) ;

et qui l’a porté à la connaissance de l’organisme assureur conformément aux instructions de tarification aux offices de tarification (OTFS).

**§4.** La prestation “pharmacien de référence” peut être portée en compte aux organismes assureurs à partir de la première délivrance de l’année au patient d’un médicament remboursé, suivant les modalités prévues dans les instructions aux offices de tarification (OFTS).

**§5.** Les organismes assureurs et les pharmaciens s’engagent à évaluer au sein de la Commission de conventions, le service de pharmacien de référence de façon régulière, sur base des critères décrits dans l’Annexe V, avec une attention particulière pour les groupes cibles auxquels cette fonction est spécifiquement destinée.

**§6.** L’instauration du service de pharmacien de référence est une première étape vers le développement des autres tâches de suivi de soins pharmaceutiques du pharmacien. Les pharmaciens s’engagent à également développer ces autres tâches décrites dans le cadre pluriannuel (BUM adhérence thérapeutique, BUM pathologie et BUM polymédication).

**Dispositions finales**

**Article 16.**

La présente convention remplace l’actuelle convention et sort ses effets au 1er janvier 2022 et vient à échéance au 31 décembre 2022. Elle est reconduite tacitement d'année en année.

Toute dénonciation doit être envoyée avant le 1er octobre pour fin de la validité, par lettre recommandée à la poste, adressée au Président de la Commission de conventions pharmaciens – organismes assureurs du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Cette dénonciation peut être faite:

1. Soit par six membres au moins d'un des deux groupes représentés à la Commission de conventions et dans ce cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1er janvier qui suit la dénonciation.
2. Soit par tout pharmacien ayant adhéré à la convention, et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion de ce seul pharmacien à partir du 1er janvier qui suit la dénonciation.

**Article 17. Adhésion d’office et refus d’adhésion**

**§1.** Conformément aux articles 49 et 51 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, le pharmacien titulaire, adjoint ou remplaçant, qui n’a pas notifié son refus d’adhérer à cette convention selon les modalités mentionnées au §2, est réputé d’office comme y ayant adhéré pour la durée de la convention.

Il complète le formulaire « Demande d’inscription en qualité de pharmacien auprès de l’INAMI » disponible sur le site de l’INAMI (<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/obtenir-numero-inami.aspx>)

et le renvoie selon les instructions.

Le titulaire conventionné veille à ce que l'adjoint et/ou le remplaçant travaille selon les règles de cette convention.

Toute modification apportée à cette activité doit être immédiatement communiquée au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

**§2.** Conformément aux articles 49 et 51 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, le pharmacien qui refuse d’adhérer à cette convention met l’INAMI au courant de son refus, dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle la convention lui est communiquée par voie électronique ou par la poste, au moyen de l’application en ligne MyInami que l’INAMI met à la disposition ou en remplissant le formulaire « Demande d’inscription en qualité de pharmacien auprès de l’INAMI »

(<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/obtenir-numero-inami.aspx>) et en le renvoyant selon les instructions.

Le pharmacien titulaire non propriétaire, adjoint ou remplaçant doit avertir de son refus d’adhésion à la présente convention, la personne physique ou morale, propriétaire ou locataire de l’officine.

**Article 18.**

Le pharmacien-titulaire adhérant à la convention doit renseigner le numéro d'identification de la pharmacie sur tout document qui est remis au bénéficiaire ou qui est destiné aux organismes assureurs.

L'office de tarification mentionne sur l'état d'honoraires destiné aux organismes assureurs, le numéro d'identification de la pharmacie et le numéro d'identification du pharmacien-titulaire à lui/elle attribués par l'INAMI.