Association luxembourgeoise des psychomotriciens diplomés

Convention entre l'Union des caisses de maladie et l'Association luxembourgeoise des psychomotriciens diplomés, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code des assurances sociales

Prestataires de soins	article 1
Liberté d'installation	article 2
Personnes protégées	article 3
Identification des personnes protégées	article 4
Carte d'assuré	article 5
Libre choix	articles 6 - 7
Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales	article 8
Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale	article 9
Transmission des données	article 10
Mémoires d'honoraires	article 11
Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires	article 12
Prestations au domicile de la personne protégée	article 13
Détention de l'ordonnance médicale	article 14
Invalidation des ordonnances	article 15
Péremption des ordonnances médicales et opposabilité	article 16
Délais d'attente	article 17
Déontologie professionnelle	article 18
Respect de la nomenclature	article 19
Formation continue	article 20
Echange d'informations	articles 21 - 22
Entraide administrative en matière de recours contre tiers exercé par l'assurance maladie	article 23
Information des personnes protégées en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession de santé d'un prestataire	article 24
Mode de paiement des prestations	article 25
Modalités de liquidation et de paiement des honoraires dans le cadre du tiers payant	article 26

Contestation des mémoires d'honoraires	article 27
Intérêts en cas de paiement tardif	article 28
Exceptions au système du tiers payant	article 29
Garantie de paiement en cas de tiers payant	article 30
Révision des tarifs	articles 31 - 32
Agrément des prestataires	article 33
Code du prestataire	article 34
Action directe contre l'Union des caisses de maladie	article 35
Mise en vigueur de la convention	article 36
Dispositions transitoires	articles 37 - 41
Computation des délais de renouvellement	article 42
Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994	article 43
Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994	article 44
Attribution du code du prestataire	article 45

Prestataires de soins

Art. 1. La présente convention s'applique à tous les psychomotriciens diplômés, autorisés à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg, dans la mesure où ils sont établis au pays à titre de profession libérale et dispensent des soins de santé qui sont pris en charge par l'assurance maladie ou par l'assurance contre les accidents en vertu du code des assurances sociales ou en vertu des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale auxquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié.

La présente convention ne s'applique pas aux professionnels de santé dans le cadre d'un emploi salarié dans un établissement pour les actes délivrés aux personnes protégées séjournant dans cet établissement.

Liberté d'installation

Art. 2. Dans le cadre des dispositions légales et réglementaires réglant l'accès et l'exercice de la profession de psychomotricien au Grand-Duché de Luxembourg, l'union des caisses de maladie reconnaît à tout prestataire de soins visé par la présente convention le droit de s'installer librement dans tout le pays.

L'installation du prestataire dans une association n'est opposable à l'assurance maladie qu'après notification à l'union des caisses de maladie de la composition personnelle de l'association. Cette notification doit comporter déclaration des noms et prénoms des associés, le numéro de leur code de prestataire individuel, le numéro du code de l'association ainsi que la date de prise d'effet de leur entrée dans l'association. Il en est de même en cas de cessation d'une association ou en cas de départ d'un membre de l'association.

Personnes protégées

Art. 3. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du code des assurances sociales par une des caisses de maladie énumérées à l'article 51 du même code ainsi qu'à celles protégées par les régimes d'assurance légaux des pays avec lesquels le Grand-Duché de Luxembourg est lié par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale. Elle s'applique pareillement aux personnes assurées contre les risques d'accidents et de maladie professionnels en vertu du livre deux du code des assurances sociales.

Identification des personnes protégées

Art. 4. La qualité de personne protégée est établie à l'égard du prestataire par la présentation d'une carte d'assuré et d'une ordonnance médicale établie au nom de la personne protégée et rédigée conformément aux conventions conclues entre l'union des caisses de maladie et le corps médical.

Le cas échéant la qualité de personne protégée peut être établie également par une attestation officielle émanant d'une institution de sécurité sociale étrangère liée au Grand-Duché de Luxembourg par des instruments bi-ou multilatéraux de sécurité sociale et sur laquelle figurent les noms, adresse et, le cas échéant, le numéro de sécurité sociale de la personne protégée ainsi que la durée de validité de l'attestation.

Le prestataire garantit l'identité de la personne à laquelle il dispense les soins avec le titulaire de l'ordonnance. Si la personne protégée n'est pas personnellement connue du prestataire, il doit exiger la présentation d'un titre d'identité.

Carte d'assuré

Art. 5. L'institution de sécurité sociale compétente met à la disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 51 du code des assurances sociales une carte d'assuré personnelle.

La carte d'assuré qui reste la propriété de l'institution de sécurité sociale émettrice contient les nom, prénoms ainsi que le numéro de sécurité sociale du titulaire.

Le contenu de la carte est défini par les spécifications techniques portées à une annexe technique. La carte est susceptible d'être adaptée dans la suite pour répondre à des exigences légales, réglementaires, conventionnelles ou statutaires nouvelles.

Libre choix

Art. 6. L'union des caisses de maladie garantit aux personnes protégées le libre choix du prestataire, ce sans préjudice de ce qui est stipulé à l'article 7 ci-après.

Art. 7. Le fait par la personne protégée de s'adresser à un cabinet de prestataires exerçant la profession de psychomotricien en association comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par le malade.

Cette présomption est inopérante lorsque la personne protégée porte son choix expressément sur un prestataire déterminé.

Le fait par un prestataire de soins de se faire remplacer temporairement n'est pas considéré comme une atteinte au libre choix du prestataire par la personne protégée.

Le fait par la personne protégée de se faire traiter lors d'un séjour dans un hôpital par les prestataires y employés ou agrées n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire par la personne protégée.

Conformité des prestations aux prescriptions et ordonnances médicales

Art. 8. Sauf disposition légale, réglementaire ou conventionnelle expresse contraire, les prestations délivrées par les prestataires visés par la présente convention ne sont opposables à l'assurance maladie que si elles sont délivrées sur ordonnance médicale préalable.

Le médecin-prescripteur doit donner son consentement écrit préalable aux plans de traitement prévus par les bilans visés à la nomenclature des actes posés par les psychomotriciens. S'il en est disposé ainsi par les statuts de l'union des caisses de maladie ou par la nomenclature des actes, le plan de traitement doit être autorisé par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Les soins et prestations de santé à charge de l'assurance maladie doivent correspondre rigoureusement aux prescriptions et ordonnances médicales.

Toutefois en cas d'incompatibilité manifeste des prescriptions avec l'état de santé de la personne protégée constatée par le prestataire au moment de la délivrance des soins, celui-ci, de l'accord de la personne protégée, demande au médecin-prescripteur un amendement de l'ordonnance. Lorsque dans ce cas il s'agit de prestations soumises à autorisation préalable, l'accord écrit préalable du contrôle médical doit être acquis pour l'amendement de l'ordonnance.

Lorsqu'il s'agit de prestations pour lesquelles l'accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requis, les amendements aux ordonnances font l'objet d'une motivation écrite du prestataire sur l'ordonnance.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 9. Avant la délivrance des soins les prestataires liés par la présente convention vérifient si les prestations demandées sont soumises à autorisation préalable. Le cas échéant ils en informent les personnes protégées toutes les fois que cette autorisation ne leur serait pas remise avec l'ordonnance. En cas de litige la charge de la preuve que cette information a été donnée incombe au prestataire.

Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise par la loi, les règlements, la présente convention ou par les statuts à autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale ou à approbation par le médecin traitant ne sont opposables à l'assurance maladie que sur le vu de ces autorisations.

Toutefois les séries de traitement peuvent être commencées quinze jours après qu'un bilan avec plan de traitement ait été transmis au médecin traitant et, le cas échéant, au contrôle médical de la sécurité sociale. Le traitement ainsi commencé cesse d'être opposable à l'assurance maladie dès que le plan de traitement prévu au bilan est infirmé par le médecin traitant où dès que le refus d'autorisation du traitement par le contrôle médical de la sécurité sociale est acquis.

Transmission et circulation des données

Art. 10. Dans leurs relations avec les personnes protégées et avec l'assurance maladie, les prestataires font exclusivement usage des moyens de communication et des formules standardisées tels qu'ils sont décrits et suivant les modalités administratives arrêtées dans un cahier des charges qui fait partie intégrante de la présente convention.

Ce cahier des charges précise, le cas échéant, également les modalités et normes techniques concernant l'échange des communications par des moyens électroniques et/ou informatiques et est établi sur proposition d'une commission paritaire permanente composée de respectivement deux délégués désignés par chacune des parties.

Mémoires d'honoraires

Art. 11. Les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 10 doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes délivrés personnellement par le prestataire et facturés sur la formule d'honoraires.

Les actes doivent être inscrits sur la formule d'après le code officiel qui leur est attribué dans la nomenclature des actes.

Le mémoire doit préciser la date de chaque prestation.

Les prestataires doivent inscrire sur la formule le montant intégral des honoraires facturés. En cas de paiement immédiat par la personne protégée ils en donnent acquit daté sur la facture par leur signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé.

La quittance ne peut être délivrée qu'au moment du paiement. Tout encaissement des honoraires préalable à la dispensation des prestations est interdit.

Les mémoires d'honoraires remplis de manière incomplète ou en contravention aux règles de la présente convention ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.

Les mémoires d'honoraires établis et acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du prestataire quant à la conformité des inscriptions.

Indemnité pour perte d'honoraires et contraintes extraordinaires

Art. 12. Le fait que la personne protégée ne soit pas venue à son rendez-vous ou ait été absente de son domicile pour y recevoir les soins à l'heure convenue et sans qu'elle ait averti le prestataire au moins au courant du jour précédant le terme fixé, donne droit au prestataire à la perception d'une indemnité pour perte d'honoraires.

La valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales de l'indemnité pour perte d'honoraires pour une absence de la personne protégée à son domicile ou pour un rendez-vous au cabinet non respecté, est égale à celle du coefficient dont est affecté l'acte manqué, sans que toutefois l'indemnité ne puisse dépasser le coefficient 5. L'indemnité n'est pas à charge de l'assurance maladie. Il en est de même des frais de déplacement dûs le cas échéant. L'indemnité est facturée respectivement sous le code YC1 et YC2.

Le fait par le prestataire d'accorder à la personne protégée un rendez-vous à la demande expresse de celle-ci à un jour précis après 19.00 heures ou un samedi, dimanche ou jour férié légal, donne droit à la perception d'une indemnité pour contrainte extraordinaire, à condition

que le rendez-vous soit situé en dehors des jours ou de la plage de travail normale annoncée par le prestataire et que le rendez-vous ait été respecté par celui-ci. L'indemnité pour contrainte extraordinaire, dont la valeur du coefficient au sens de l'article 65 du code des assurances sociales équivaut à 2,5 n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code YC3.

Les prestations données en cas d'urgence ne peuvent donner lieu à perception d'une indemnité. Il en est de même lorsque les prestations sont indispensables aux heures et dates convenues en raison de l'état de santé de la personne protégée.

Les indemnités prévues ci-dessus ne sont pas à charge de l'assurance maladie. Elles sont facturées, le cas échéant, avec les prestations sur un même mémoire d'honoraires.

Prestations au domicile de la personne protégée.

Art. 13. Les frais de déplacement pour les prestations effectués au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que s'il est certifié sur l'ordonnance médicale que la personne protégée est incapable de se déplacer pour des motifs médicaux.

Détention de l'ordonnance médicale

Art. 14. Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale avant le début des prestations et ont le droit de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit.

A la première demande et contre paiement des prestations effectivement délivrées, le prestataire est tenu de remettre à la personne protégée l'original de l'ordonnance médicale.

Tant qu'il en est le détenteur, le prestataire a la responsabilité de la garde de l'ordonnance.

Invalidation des ordonnances

Art. 15. Le prestataire doit invalider les ordonnances après la délivrance des soins par l'apposition d'un timbre qui porte la mention "PRESTATIONS DELIVREES" ainsi que la date de son apposition.

Lorsque la délivrance de soins ne porte pas sur l'intégralité ses prestations prescrites, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance.

Péremption des ordonnances médicales et opposabilité

Art. 16. Les ordonnances médicales indiquent le délai dans lequel le traitement doit être commencé.

A défaut d'indication à ce sujet le traitement n'est opposable à l'assurance maladie que s'il est commencé dans les six mois à compter de la date de l'émission de l'ordonnance.

Lorsque la personne protégée demande le commencement du traitement après ce délai, les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie qu'après accord préalable y relatif du contrôle médical de la sécurité sociale.

Les prestataires s'interdisent de délivrer les soins lorsqu'ils constatent la péremption de l'ordonnance au regard de l'objectif thérapeutique et des prescriptions déontologiques régissant leur profession.

Dans ce cas ils en informent la personne protégée ainsi que le médecin-prescripteur.

Le prestataire peut toutefois procéder à la dispensation des soins toutes les fois que la personne protégée, spécialement rendue attentive à la non opposabilité par le prestataire, l'aura expressément accepté. En cas de litige la charge de la preuve incombe au prestataire.

Sauf disposition conventionnelle expresse contraire les ordonnances médicales ne sont valables qu'une fois.

Délais d'attente

Art. 17. Si pour quelque motif que ce soit un prestataire sollicité par une personne protégée n'est pas en mesure de dispenser les soins dans un délai compatible avec l'état de santé du malade ou avec l'efficacité du traitement, il en informe le malade.

L'intervalle entre les différentes séances doit correspondre au mieux à l'état de santé du malade et à l'objectif thérapeutique.

Déontologie professionnelle

Art. 18. Dans leurs relations avec les personnes protégées les prestataires se conforment aux règles déontologiques qui leur sont imposées par les lois et règlements régissant leur profession, ou par celles qui résultent des termes de la présente convention.

Respect de la nomenclature

Art. 19. Dans le cadre des prestations pris en charge par l'assurance maladie les prestataires sont tenus de respecter la nomenclature des actes professionnels.

Formation continue

Art. 20. Sans préjudice de l'obligation à la formation continue éventuellement prescrite par la voie réglementaire, les prestataires liés par la présente convention souscrivent à l'entretien continu de leurs connaissances dans les domaines de l'évolution technique, des pratiques thérapeutiques, de l'économie de la santé et des relations professionnelles avec les institutions de sécurité sociale.

Tout prestataire s'oblige à connaître la législation en matière de santé et de sécurité sociale qui le concerne et à entretenir cette connaissance.

Echange d'informations

Art. 21. Dans la mesure où des dispositions conventionnelles passées avec des tiers intéressent les parties à la présente convention, celles-ci sont communiquées par chacune des parties à l'autre.

Art. 22. D'une manière générale les parties conviennent d'organiser l'information réciproque au moyen de bulletins d'information indiquant les listes, publications et autres sources d'information intéressant les relations institutionnelles et contractuelles entre les signataires de la présente convention.

Entraide administrative en matière de recours contre tiers exercé par l'assurance maladie

Art. 23. Les prestataires font suite aux demandes d'attestation de délivrance de soins émanant de l'union des caisses de maladie dans le cadre de l'exercice de ses droits récursoires conformément à l'article 82 du code des assurances sociales.

Information des personnes protégées en cas de sanctions comportant déchéance du droit d'exercice de la profession de santé d'un prestataire.

Art. 24. L'union des caisses de maladie est habilitée à faire connaître au public la décision coulée en force de chose jugée comportant déchéance ou suspension du droit de l'exercice de la profession encourue dans le cadre de l'article 73 du CAS ou dans le cadre de mesures disciplinaires, d'infirmité ou de maladie décidées par toute autre autorité compétente.

Mode de paiement des prestations

Art. 25. D'une manière générale les honoraires pour les soins délivrés sur ordonnance médicale sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires. L'ordonnance originale est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Toutefois, les prestations suivantes sont prises en charge directement par l'assurance maladie par le système du tiers payant:

1. Les prestations délivrées aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents;
2. Les prestations dûment autorisées par le contrôle médical à condition que le traitement dépasse trente jours.
3. Les honoraires pour séries de prestations dispensées à des mineurs d'âge.
4. Les frais de déplacement connexes aux prestations visées aux points 1) à 3) ci-dessus.

La part restant éventuellement à charge de la personne protégée est perçue directement par le prestataire.

Modalités de liquidation et de paiement des honoraires dans le cadre du tiers payant

Art. 26. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, le prestataire remet à l'union des caisses de maladie les mémoires d'honoraires dûment établis conformément à l'article 11, accompagnés de l'original de l'ordonnance médicale et munis, le cas échéant, de l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale. Les mémoires d'honoraires sont remis à l'union des caisses de maladie en bloc une fois par mois.

Lorsque le traitement s'étend sur une période dépassant le terme prévisé, l'envoi du premier mémoire d'honoraires s'y rapportant est accompagné de l'ordonnance originale, une copie de l'ordonnance étant jointe à chaque mémoire subséquent.

Chaque envoi qui comprend plus de cinq mémoires est accompagné d'un relevé contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires dûs.

L'union des caisses de maladie procède au paiement des honoraires non contestés au plus tard le dernier jour du mois subséquent. Le paiement est effectué par virement à un compte bancaire ou chèque postal indiqué par le prestataire.

Avec le paiement, l'union des caisses de maladie fait tenir au prestataire un relevé des prestations payées, contenant les noms, prénom et matricule des personnes protégées ainsi que le montant des honoraires payés.

Les prestataires sont dispensés de l'envoi des mémoires d'honoraires lorsqu'ils transmettent les données y relatives sur un support informatique établi dans les conditions du cahier des charges prévu à l'article 10.

Pour la détermination des délais prévus par la procédure du tiers payant le cachet de la poste apposé sur les envois fait foi.

Contestation des mémoires d'honoraires

Art. 27. Les mémoires d'honoraires contestés par l'union des caisses de maladie sont retournés au prestataire par envoi à la poste avec indication écrite du motif de la contestation, ce au plus tard avant la fin du mois suivant celui au cours duquel elle a reçu les mémoires d'honoraires. Ce renvoi peut être effectué sur un support informatique dans les formes déterminées par le cahier des charges prévu à l'article 10.

Les mémoires d'honoraires retournés après contestation doivent être reproduits au plus tard avant l'expiration du délai de prescription prévu à l'article 84 du code des assurances sociales.

Les mémoires contestés trois fois de suite sont définitivement écartés de la procédure de prise en charge par le système du tiers payant.

Les prestataires s'abstiennent à présenter aux personnes protégées des mémoires d'honoraires tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant est pendante et que les mémoires dont il s'agit ne sont pas définitivement écartés de la prise en charge conformément à l'alinéa qui précède.

Intérêts en cas de payement tardif

Art. 28. Le paiement effectué conformément à l'article 26 est libératoire au sens des dispositions prévisées si l'union des caisses de maladie établit que ses comptes ont été débités au profit du prestataire au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de la réception de mémoires d'honoraires.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le prestataire a droit aux intérêts moratoires au taux d'intérêt légal tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi du 22 février 1984 relative au taux d'intérêt légal.

Les intérêts sont calculés sur le montant figurant au relevé visé au 4e alinéa de l'article 26 et prennent cours le premier du mois suivant celui pour lequel le paiement était dû.

Exceptions au système du tiers payant

Art. 29. Sans préjudice d'autres exclusions de l'application du système du tiers payant résultant de dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, celui-ci n'est pas appliqué:

- lorsqu'une ordonnance incomplète au regard des données obligatoires dans le cadre du cahier des charges prévu à l'article 10 ou non conformes au modèle agréé par l'union des caisses de maladie est présentée;
- lorsqu'une ordonnance est présentée sans que la concordance des données y inscrites concernant la personne protégée avec la carte d'assuré n'ait pu être constatée par le prestataire;

Garantie de paiement en cas de tiers payant

Art. 30. L'union des caisses de maladie ne peut opposer au prestataire la non affiliation du patient et refuser la prise en charge des honoraires dans le cadre du tiers payant s'il est établi que l'identification de la personne protégée par le prestataire a été faite conformément à l'article 4.

La commission de surveillance est saisie en application de l'article 72 du code des assurances sociales lorsque des payements répétés d'honoraires par la voie du tiers payant ont été illégitimement obtenus.

Révision des tarifs

Art. 31. Les lettres-clés des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes sont adaptés tous les ans.

Art. 32. Les adaptations tarifaires résultant de la révision des lettres-clés font corps avec la présente convention. Elles sont arrêtées sous forme d'un protocole d'accord qui sont établis en double exemplaire, signés et paraphés par les parties et publiés au Mémorial conformément à l'article 71 du code des assurances sociales sur initiative de l'union des caisses de maladie.

Agrément des prestataires

Art. 33. Sauf les conditions prévues-ci après, les prestataires prévus à l'article 1er sont agrées d'office lorsqu'ils répondent aux conditions de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ainsi qu'au règlement portant exécution de cette loi et tel que ce règlement pourra être modifié dans la suite.

Les prestataires qui exercent la profession de psychomotricien à titre de profession libérale et qui exercent en même temps une profession salariée à quelque titre que ce soit auprès d'un employeur lié à l'union des caisses de maladie par une des conventions visées aux articles 61 et suivants du code des assurances sociales doivent déposer auprès de l'union des caisses de maladie une déclaration de leur employeur que l'exercice de la pratique libérale de la profession du prestataire ne contrevient pas à leur contrat d'emploi.

Code du prestataire

Art. 34. Il est attribué à chaque psychomotricien un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément au dispositions du cahier des charges visé à l'article 10.

Action directe contre l'union des caisses de maladie

Art. 35. Les prestataires visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations servies aux personnes protégées dans les limites de la présente convention et des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée qu'après que le prestataire ait établi qu'il n'a pas été payé pour cause d'insolvabilité, d'absence ou de décès de la personne protégée.

Le cas d'insolvabilité est documenté par un certificat du greffe des justices compétentes attestant qu'une ordonnance de paiement a été rendue exécutoire conformément à l'article 58 du code de procédure civile pour la créance faisant l'objet de l'action directe.

La preuve de l'absence ou du décès de la personne protégée peut être apportée par tous les moyens.

En aucun cas l'action directe ne pourra être exercée avant le délai de six mois à partir de la date des prestations.

Le prestataire ayant obtenu le paiement par la voie de l'action directe est obligé à restituer à l'union des caisses de maladie les sommes qu'il viendrait à toucher éventuellement par une autre voie pour les mêmes prestations.

Mise en vigueur de la convention.

Art. 36. Sans préjudice des dispositions transitoires ci-après, la présente convention entre en vigueur au 1er janvier 1994.

Dispositions transitoires

Art. 37. Les dispositions de la présente convention liées pour leur exécution à l'accomplissement de préalables régis par d'autres conventions conclues sur base de l'article 61 du code des assurances sociales, notamment en matière de communication des données, ne sont appliquées qu'à partir du jour où les dispositions de ces conventions sont mises en vigueur. Dans la période transitoire les anciennes règles restent d'application.

Art. 38. Pour autant que la présente convention dispose que certaines dispositions y prévues sont mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994, les dispositions conventionnelles en vigueur au 31 décembre 1993 se rapportant à ces matières restent d'application pendant cette période transitoire.

Art. 39. La dispensation des prestations délivrées sur base d'ordonnances médicales rédigées sous l'empire des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables avant la mise en vigueur de la présente convention, est régie quant aux tarifs et autres modalités appliquées à leur délivrance, par les dispositions des instruments juridiques en vigueur au jour où elles sont délivrées par le prestataire.

Art. 40. Les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires en vigueur au 31 décembre 1993 continuent à sortir leurs effets aux prestations et fournitures délivrées avant la mise en vigueur de la présente convention tant que la prescription légale prévue à l'article 84 du code des assurances sociales en vigueur au 31 décembre 1993 n'est pas acquise. Les litiges à naître éventuellement après le 31 décembre 1993 dans le cadre des dispositions applicables au 31 décembre 1993 sont de la compétence des instances mises en place par la loi du 31 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé tout en étant appréciées quant au fond d'après les anciennes dispositions.

Art. 41. A moins que le contrôle médical de la sécurité sociale n'en décide autrement et de manière expresse, les prestations et fournitures sujettes à autorisation préalable par le contrôle médical dans le cadre des dispositions statutaires en vigueur au 31 décembre 1993,

délivrées après la mise en vigueur des nouvelles dispositions conventionnelles sont régies, en ce qui concerne les modalités relatives à leur délivrance et à leur prise en charge par les dispositions applicables au moment de leur délivrance.

Computation des délais de renouvellement

Art. 42. Les délais de renouvellement prévus par les nouveaux statuts sont computés d'après les règles statutaires nouvelles en prenant en considération pour cette computation le jour de la dernière fourniture délivrée à la personne protégée sous le régime statutaire applicable au 31 décembre 1993.

Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 43. Sont mis en vigueur à une date ultérieure à déterminer d'un commun accord entre parties, publiée au Mémorial ensemble avec les instruments s'y rapportant:

- les dispositions ayant trait à la communication des données entre parties et prévues à l'article 10 de la présente convention;
- l'annexe technique concernant la carte d'assuré;

Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994

Art. 44. La prise en charge des prestations dans le cadre des nouveaux statuts de l'union des caisses de maladie est régie par les modalités et dispositions y prévues, 15 jours après la publication des statuts au Mémorial.

Jusqu'à l'échéance de ce terme, même postérieur au 1er janvier 1994, les prestations sont prises en charge d'après les dispositions statutaires applicables au 31 décembre 1993, qui restent provisoirement en vigueur.

Attribution du code du prestataire

Art. 45. Le code du prestataire prévu à l'article 34 continue à être attribué par l'inspection générale de la sécurité sociale jusqu'à publication au Mémorial et communication par l'union des caisses de maladie à l'autre partie contractante de la date de la reprise de ces attributions par l'union des caisses de maladie.

La présente publication ne constitue qu'un instrument de consultation. Elle ne remplace pas les publications officielles au Mémorial qui sont les seules faisant foi.