

Association luxembourgeoise des orthophonistes

Convention entre l'Union des caisses de maladie et l'Association luxembourgeoise des orthophonistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la sécurité sociale

Historique

Mémorial		Modifications	Mise en vigueur
1.	Mémorial A n° 100 du 24.12.1993	Nouvelle convention	01.01.1994
2.	Mémorial A n° 169 du 31.12.2001	Amendements	01.01.2002
3.	Mémorial A n° 419 du 07.08.2026	Avenant	11.08.2026

Sommaire

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 et émission d'un titre de prise en charge	article 9
Transmission et circulation 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

<u>Déontologie professionnelle</u>	article 18
<u>Respect de la nomenclature</u>	article 19
<u>Formation continue</u>	article 20
<u>Echange d'informations</u>	articles 21
<u>Entraide administrative en matière de recours contre tiers exercé par l'assurance maladie</u>	article 22
<u>Code du prestataire</u>	article 23
<u>Mode de paiement des prestations</u>	article 24
<u>Modalités de liquidation et de paiement des honoraires dans le cadre du tiers payant</u>	article 24bis
<u>Révision des tarifs</u>	articles 25 - 26
<u>Agrément des prestataires</u>	article 27
<u>Action directe contre l'Union des caisses de maladie</u>	article 28
<u>Mise en vigueur de la convention</u>	article 29
<u>Dispositions transitoires</u>	articles 30 - 34
<u>Computation des délais de renouvellement</u>	article 35
<u>Dispositions de la présente convention mises en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994</u>	article 36
<u>Dispositions statutaires entrant en vigueur à une date postérieure au 1er janvier 1994</u>	article 37
<u>Attribution du code prestataire</u>	article 38

Prestataires de soins

Art. 1. La présente convention s'applique à tous les orthophonistes autorisés à exercer légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg dans la mesure où ils sont établis à titre de profession libérale au pays 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 de la sécurité sociale 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 d'orthophoniste 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.

L'installation du prestataire dans des locaux dans lesquels sont dispensés des actes ou services figurant dans la nomenclature des actes et services des médecins est interdite.

Personnes protégées

Art. 3. La présente convention s'applique aux personnes protégées en vertu du livre premier du [Code de la sécurité sociale](#) par une des caisses de maladie énumérées à l'article 44 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 de la sécurité sociale](#).

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 disposition de chaque personne protégée par une des caisses visées à l'article 44 du [Code de la sécurité sociale](#) 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. Les parties à la présente convention garantissent 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 leur profession en association comporte présomption dans le chef du prestataire délivrant les soins du respect de la garantie du libre choix du prestataire par la personne protégée.

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 agréés 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 ou fournitures 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 et si l'ordonnance a été validée par l'union des caisses de maladie par l'émission du titre de prise en charge visé à l'article 9.

Cette validation doit être demandée dans le délai de trente jours de l'émission de l'ordonnance.

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 orthophonistes. 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, prestations et fournitures 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.

L'ordonnance amendée doit être soumise pour validation conformément à l'alinéa premier.

Sous réserve de l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale, les prestations dispensées en cas d'urgence sans ordonnance médicale ne sont opposables à l'assurance maladie que si une ordonnance médicale établie à la suite des prestations certifie le caractère urgent des soins.

Accord préalable du contrôle médical de la sécurité sociale et émission d'un titre de prise en charge

Art. 9. Avant la délivrance des soins le prestataire lié par la présente convention vérifie que les formalités administratives nécessaires à la prise en charge du traitement sont remplies et que le titre de prise en charge prévu aux statuts de l'union des caisses de maladie a été demandé.

Le cas échéant il renseigne la personne protégée sur la nécessité d'accomplir ces formalités. 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 ou les statuts à une autorisation préalable du contrôle médical ou à l'émission d'un titre de prise en charge visé à l'alinéa précédent ne sont opposables à l'assurance maladie que si ces conditions ont été accomplies.

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

- l'adresse du cabinet où les soins ont été délivrés
- la date de chaque prestation
- le code identifiant le prestataire qui a dispensé l'acte.

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 de la sécurité sociale 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 la moitié du coefficient dont est affecté l'acte manqué. 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 sous le code PC1, respectivement PC2.

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 de la sécurité sociale équivaut à 0,8 n'est pas à charge de l'assurance maladie. Elle est facturée sous le code PC3.

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 effectuées au domicile de la personne protégée ne sont à charge de l'assurance maladie que dans les conditions prévues dans la nomenclature des actes professionnels.

Détention de l'ordonnance médicale

Art. 14. Les prestataires doivent exiger l'original de l'ordonnance médicale munie du titre de prise en charge statutaire 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 munie du titre de prise en charge statutaire.

Tant qu'il 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 munies du titre de prise en charge statutaire 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 des soins prescrits, le prestataire indique le nombre d'actes effectivement accomplis sur l'ordonnance munie du titre de prise en charge.

Péremption des ordonnances médicales et opposabilité

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

La durée de validité des ordonnances médicales et l'opposabilité à l'assurance maladie des prestations y prévues sont régies par les statuts de l'union des caisses de maladie.

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 le délai statutaire visé à l'article précédent, 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 prises 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.

Auto-évaluation du prestataire

Art.20 bis. Les parties signataires conviennent d'organiser annuellement une auto-évaluation auprès des orthophonistes conventionnés.

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.

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. 22. 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 de la sécurité sociale.

Code du prestataire

Art. 23. Il est attribué à chaque orthophoniste un code de prestataire distinct qui doit figurer sur tous les documents conformément aux dispositions du cahier des charges visé à l'article 10.

Mode de paiement des prestations

Art. 24. 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, munie du titre de prise en charge statutaire est retournée à la personne protégée avec le mémoire d'honoraires.

Toutefois, les prestations sont prises en charge directement par l'union des caisses de maladie par le système du tiers payant dans les cas suivants:

1. A la demande de l'assuré;
2. Les actes professionnels délivrés aux personnes protégées dans le cadre de la compétence de l'association d'assurance contre les accidents;
3. Les prestations délivrées dans le cadre d'un traitement stationnaire dans un hôpital;
4. Les indemnités de déplacement ainsi que les frais de voyage par kilomètre, connexes aux prestations visées 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. 24.bis. 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 du titre de prise en charge statutaire.

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 munie du titre de prise en charge statutaire, une copie de l'ordonnance et du titre de prise en charge 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 dus.

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 fait foi.

L'union des caisses de maladie s'emploie auprès des instances compétentes aux fins d'obtenir que les décisions du contrôle médical parviennent aux médecins dans un délai de dix jours au plus. (inséré par amendement du 31.07.2000)

Révision des tarifs

Art. 25. Les lettres-clés des actes professionnels prévus par la nomenclature des actes des orthophonistes sont révisés tous les deux ans.

Art. 26. 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 Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Agrément des prestataires

Art. 27. Sauf les conditions prévues-ci après, les prestataires prévus à l'article 1er sont agréés d'office lorsqu'ils répondent aux conditions de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Les prestataires qui exercent la profession d'orthophoniste 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 de la sécurité sociale 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.

Action directe contre l'union des caisses de maladie

Art. 28. Les prestataires visés par la présente convention ont une action directe contre l'union des caisses de maladie pour les prestations prises en charge par les caisses de maladie et dans les limites des taux de prise en charge prévus aux statuts de l'union des caisses de maladie.

L'action directe ne peut être exercée que lorsque le prestataire prouve que le non-paiement allégué a pour cause l'insolvabilité, le décès ou une résidence non connue de la personne protégée.

Dans les cas d'insolvabilité le prestataire remet à la Caisse nationale de santé l'original du titre exécutoire obtenu, constatant le non-paiement de l'ordonnance conditionnelle de paiement ou la non-contradiction à tout autre exploit introductif. Ce titre exécutoire doit être coulé en force

de chose jugée et accompagné des copies de deux rappels des mémoires d'honoraires envoyés par le prestataire par courrier recommandé avec accusé de réception à la poste à l'adresse du patient, munis des bordereaux de dépôt qui s'y rapportent. L'envoi du mémoire d'honoraires original et des rappels ne peuvent se suivre respectivement à moins d'un mois. La disparition ou la résidence non connue est valablement constatée par un document émanant du greffe, d'un huissier ou de la poste constatant l'impossibilité de notifier ou de signifier.

La preuve du décès ou de la résidence non connue 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 lorsqu'elle est exercée pour cause d'insolvabilité de la personne protégée.

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.

L'action directe est ouverte au profit du conjoint survivant du prestataire décédé pour les honoraires échus du chef de prestations délivrées aux personnes protégées et non encore payées au moment du décès du prestataire. Tout paiement effectué à ce titre au conjoint survivant est libératoire pour l'assurance maladie à l'égard de la succession du prestataire.

À défaut de conjoint survivant, le droit est ouvert au profit de la succession du prestataire à condition que l'action soit exercée dans le délai de six mois du décès.

Art. 29 à 38. (Abrogés)

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.