



Projet de règlement grand-ducal portant réglementation des relations entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif de la profession de psychothérapeute au Grand-Duché de Luxembourg

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu l'article 70, paragraphe 2 du Code de la sécurité sociale ;

Vus les avis de la Chambre des salariés, de la Chambre de commerce, de la Chambre des métiers, de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, de la Chambre d'agriculture ;

Vu l'avis de la Fédération des associations représentant des Psychothérapeutes au Grand-Duché de Luxembourg ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons :

Art. 1^{er}. Champ d'application

Le présent règlement a pour objet de fixer en matière d'assurance maladie les dispositions régissant les relations entre la Caisse nationale de santé et le groupement professionnel représentatif des psychothérapeutes.

Ces dispositions s'appliquent sous conditions :

1° que le psychothérapeute dispose d'une autorisation d'exercer la profession de psychothérapeute au Grand-Duché de Luxembourg accordée par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, et

2° que les prestations de psychothérapie soient dispensées par le psychothérapeute au Grand-Duché de Luxembourg pour compte des personnes protégées par l'assurance maladie dans le cadre de la nomenclature des actes et services prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale, et





3° que les prestations de psychothérapie soient susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie 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.

Art. 2. Les prestations de psychothérapie visées dans le cadre des rapports entre l'assurance maladie et les psychothérapeutes

Dans le cadre du traitement des assurés de l'assurance maladie, les psychothérapies ont, en vertu de l'article 17, alinéa 1, point 14) du Code de la sécurité sociale, pour objet les catégories de troubles mentaux suivants :

- 1° troubles de l'humeur ;
- 2° troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ;
- 3° schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ;
- 4° troubles mentaux causés par l'utilisation de substances psychotropes ;
- 5° syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ;
- 6° troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ;
- 7° durant l'enfance et l'adolescence les troubles du comportement et troubles émotionnels et les troubles du développement psychologique.

Dans le cadre du traitement des assurés de l'assurance maladie les psychothérapies sont faites au moyen des méthodes thérapeutiques reconnues par le Conseil scientifique de psychothérapie prévu à l'article 6 de la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute.

Art. 3. Les modalités de l'exécution des prestations de psychothérapie pour le compte de l'assurance maladie

La délivrance des actes et services de psychothérapie se fait conformément aux conditions et modalités prévues dans la nomenclature des psychothérapeutes et aux statuts de la Caisse nationale de santé.

Les prestations de psychothérapie à charge de l'assurance maladie sont accordées, en vertu de l'article 23, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale, sur ordonnance médicale précisant le trouble mental diagnostiqué, le nombre de séances et la durée du traitement. Au début du traitement, l'assuré remet son ordonnance médicale au psychothérapeute qui vérifie qu'elle est dûment remplie.

Au début du traitement, lors de la première séance à qualifier de séance d'essai, le psychothérapeute procède à une évaluation de l'assuré lui permettant de confirmer



l'existence d'un trouble mental correspondant à ceux dont la prise en charge par l'assurance maladie est admise en vertu de l'article 2. Le psychothérapeute établit un plan de prise en charge déterminant les objectifs et méthodes de psychothérapie appliquée qu'il transmet ensemble avec l'ordonnance médicale par voie électronique à la Caisse nationale de santé. Le psychothérapeute détermine la fréquence d'application des séances de psychothérapie en fonction de l'état de santé de l'assuré.

A la fin du traitement, le psychothérapeute établit un rapport de la prise en charge de l'assuré qu'il transmet par voie électronique à la Caisse nationale de santé.

Les prestations de psychothérapie à charge de l'assurance maladie sont à délivrer au sein d'un cabinet professionnel de psychothérapie. Par dérogation, dans des cas exceptionnels, les soins de psychothérapie peuvent être dispensés au domicile de l'assuré à condition que le médecin traitant en justifie la nécessité médicale sur l'ordonnance médicale.

Art. 4. Procédure d'enregistrement du psychothérapeute auprès de la Caisse nationale de santé et échange d'informations

(1) Afin d'établir ses relations avec la Caisse nationale de santé, le psychothérapeute, avant de pouvoir dispenser des prestations à charge de l'assurance maladie, transmet à la Caisse nationale de santé, en complétant le formulaire intitulé « *Fiche de renseignements sur l'établissement comme psychothérapeute au Luxembourg* » dûment signé, les informations suivantes :

- 1° une copie de l'arrêté portant autorisation d'exercer la profession de psychothérapeute au Grand-Duché de Luxembourg, établie par le ministre ayant la Santé dans ses attributions ;
- 2° une copie d'une pièce d'identité officielle ;
- 3° les adresses physique, postale et électronique de son activité professionnelle et les coordonnées téléphoniques ;
- 4° le numéro du compte bancaires professionnel.

Lorsque deux ou plusieurs psychothérapeutes exercent leur activité au sein d'un même cabinet professionnel, ils transmettent en outre à la Caisse nationale de santé sur la fiche de renseignement les informations suivantes :

- 1° les noms et prénoms des psychothérapeutes qui font parties du cabinet ;
- 2° les adresses physique, postale et électronique et les coordonnées téléphoniques du cabinet.



Le psychothérapeute notifie à la Caisse nationale de santé tout changement des informations énumérées à l'alinéa 1^{er} dans les quinze jours à partir de la date du changement.

(2) Au moment de l'accomplissement des modalités visées au paragraphe 1^{er}, le psychothérapeute est enregistré comme prestataire de l'assurance maladie. La Caisse nationale de santé établit un code standardisé d'identification du psychothérapeute à utiliser dans le cadre des rapports avec l'assurance maladie.

Le code d'identification doit figurer sur tous les documents échangés entre le psychothérapeute, l'assuré, la Caisse nationale de santé et le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 5. Procédure de déclaration et de mise en compte des prestations de psychothérapie prises en charge par l'assurance maladie

(1) Au moment de la réception du plan de prise en charge visé à l'article 3, alinéa 3 la Caisse nationale de santé procède à une vérification des données transmises par le psychothérapeute en vue de l'émission d'un titre de prise en charge pour une première série de séances de psychothérapie dans le cadre d'un traitement initial.

En cas de validation par la Caisse nationale de santé, elle transmet par voie électronique et dans un délai de cinq jours ouvrables le titre de prise en charge au psychothérapeute. Ce dernier en informe l'assuré.

Le titre de prise en charge comporte notamment les informations suivantes :

- 1° la date de son établissement par la Caisse nationale de santé ;
- 2° le numéro du titre de prise en charge ;
- 3° les prestations de psychothérapie prises en charge ;
- 4° le nombre de séances prises en charge ;
- 5° le délai de validité du titre de prise en charge ;
- 6° le taux de prise en charge.

Si après vérification des données lui transmises la Caisse nationale de santé a besoin d'informations supplémentaires, elle les demande au psychothérapeute qui doit les fournir dans un délai de cinq jours ouvrables.

Si après l'instruction du dossier la Caisse nationale de santé n'est pas en mesure d'émettre un titre de prise en charge conformément au paragraphe premier, elle en informe le



psychothérapeute et l'assuré. L'assuré est alors en droit de demander à la Caisse nationale de santé une décision susceptible de recours.

(2) A la fin du traitement dispensé sur base du titre de prise en charge, le psychothérapeute établit le rapport visé à l'article 3. Dans son rapport le psychothérapeute évalue si une prolongation du traitement lui semble nécessaire.

(3) Lorsque l'assuré se présente auprès du psychothérapeute avec une ordonnance médicale de prolongation du traitement psychothérapeutique d'un trouble mental, le psychothérapeute établit un plan de prise en charge complémentaire déterminant les objectifs et méthodes de psychothérapie appliquée qu'il transmet ensemble avec l'ordonnance médicale par voie électronique à la Caisse nationale de santé. Le psychothérapeute détermine la fréquence d'application des séances de psychothérapie en fonction de l'état de santé de l'assuré.

En cas de validation par la Caisse nationale de santé, elle transmet par voie électronique et dans un délai de cinq jours ouvrables une prolongation du titre de prise en charge initial au psychothérapeute.

La prolongation du titre de prise en charge comporte notamment les informations suivantes :

- 1° la date de son établissement par la Caisse nationale de santé ;
- 2° le numéro du titre de prise en charge initial ;
- 3° les prestations prises en charge ;
- 4° le nombre de séances prises en charge ;
- 5° le délai de validité de la prolongation du titre de prise en charge ;
- 6° le taux de prise en charge.

(4) Avant le début du traitement le psychothérapeute informe l'assuré sur les modalités et les délais de la procédure de déclaration et de mise en compte des prestations de psychothérapie prises en charge par l'assurance maladie. Le psychothérapeute fournit une estimation sur le coût global des prestations en détaillant le tarif, le taux de prise en charge par l'assurance maladie, ainsi que la participation personnelle à charge de l'assuré.

(5) Après la délivrance de la dernière prestation d'un titre de prise en charge psychothérapeutique, le psychothérapeute clôture le titre de prise en charge psychothérapeutique par l'apposition de la mention « prestations délivrées » ainsi que de la date de son apposition.



Lorsque la délivrance ne porte pas sur l'intégralité des prestations prescrites respectivement accordées, le psychothérapeute indique sur le titre de prise en charge qu'il remet à l'assuré, le nombre de séances accomplies et la date d'apposition.

Lorsqu'une ordonnance médicale de prise en charge psychothérapeutique est retirée par le médecin prescripteur et remplacée par une nouvelle ordonnance médicale le psychothérapeute l'indique sur le titre de prise en charge.

Art. 6. Transmission et circulation des données et informations

Dans le cadre des relations entre la Caisse nationale de santé et les psychothérapeutes la transmission et circulation des données et informations se font sous forme standardisée, sécurisée et conformément aux dispositions de la législation sur la protection des données à caractère personnel.

La transmission et circulation des données et informations se font sous forme de procédure numérique et électronique. Cette procédure vise l'intégralité des processus et des flux entre les parties, à savoir le transfert électronique des documents numériques et numérisés et la conservation des documents numériques et numérisés, à savoir la création et la préservation des archives de documents numérisés dans le temps.

Les parties garantissent la mise en place de procédures validées de dématérialisation et de conservation des documents numériques. A l'exception de l'ajout des données administratives strictement nécessaires au traitement des documents que sont l'identification et l'affiliation de l'assuré, les documents numérisés transmis et archivés dans le cadre du présent règlement ne subissent aucune altération par rapport à l'original dont ils émanent.

Art. 7. Mémoire d'honoraires

Les honoraires pour les prestations de psychothérapie sont payés au psychothérapeute par l'assuré sur présentation d'un mémoire d'honoraires qui détaille les actes de psychothérapie délivrés personnellement par le psychothérapeute.

Le psychothérapeute remet à l'assuré un mémoire d'honoraires chaque fois qu'il procède à l'encaissement des prestations dispensées et en tout cas à la fin du traitement.

Le mémoire d'honoraires précise :

- le numéro d'identification de l'assuré ;



- les prestations délivrées par code officiel de la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes ;
- le lieu de délivrance des prestations ;
- la date de chaque prestation ;
- pour chaque prestation le code standardisé d'identification du psychothérapeute ayant dispensé la prestation ;
- le compte bancaire du psychothérapeute ;
- le code prestataire du médecin prescripteur ;
- la date d'établissement de l'ordonnance médicale ;
- le numéro du titre de prise en charge ;
- pour chaque prestation le montant du tarif de la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes après déduction de la participation statutaire et le montant de la participation personnelle à charge de l'assuré.

Pour les prestations dispensées à domicile, dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu, dans les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et dans les centres semi-stationnaires, le psychothérapeute inscrit sur le mémoire d'honoraires également l'adresse du lieu de délivrance et la dénomination de l'établissement ou de la structure où ont été effectuées les prestations.

En cas de paiement immédiat par l'assuré le psychothérapeute en donne acquit daté sur le mémoire d'honoraires par sa signature personnelle ou celle d'un délégué autorisé et y appose le cachet du psychothérapeute.

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 dispositions du présent règlement grand-ducal ne sont opposables ni à l'assuré, ni à l'assurance maladie.

Art. 8. Modalités de liquidation et de paiement des honoraires dans le cadre du tiers payant

Par dérogation au principe de la prise en charge sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé à l'assuré qui a fait l'avance conformément l'article 7, le psychothérapeute peut opter pour la forme de la prise en charge directe par la Caisse nationale de santé. Aux fins d'obtenir le paiement de la part des honoraires opposables à l'assurance maladie le psychothérapeute transmet à la Caisse nationale de santé ses mémoires d'honoraires sous forme d'un fichier de facturation.



La Caisse nationale de santé accuse réception du fichier de facturation. La date de réception du fichier de facturation renseignée constitue le point de départ pour le calcul des délais de paiement prévus par le présent article.

Au plus tard le dernier jour du mois qui suit la date de réception du fichier de facturation la Caisse nationale de santé procède au paiement des prestations non contestées. Le paiement est effectué par virement sur le compte bancaire du psychothérapeute.

Dans le cadre du paiement, la Caisse nationale de santé retourne au psychothérapeute le fichier de facturation avec indication des prises en charge par l'assurance maladie.

Art. 9. Contestation des mémoires d'honoraires

Les mémoires d'honoraires contestés par la Caisse nationale de santé avec l'indication des motifs de contestation sont retournés au psychothérapeute.

Le paiement des montants des prestations contestées est provisoirement suspendu. Lorsque la contestation est susceptible d'impacter le paiement de l'ensemble des prestations résultant de l'exécution d'un même titre de prise en charge, la suspension provisoire peut affecter toutes les prestations de ce titre de prise en charge.

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 de la sécurité sociale. La reproduction des mémoires d'honoraires après contestation se fait selon les conditions et les modalités prévues pour la facturation initiale.

En cas de maintien d'une contestation empêchant la prise en charge d'une ou des prestations, la Caisse nationale de santé constate un litige au sens de l'article 47 alinéa 5 du Code de la sécurité sociale et procède à l'émission d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est transmise au psychothérapeute sur support papier.

Au moment de l'émission d'une décision susceptible de recours conformément à l'alinéa précédent, la suspension de paiement prévue au présent article est levée pour les prestations du mémoire d'honoraires qui ne sont pas visées par la décision prévue à l'alinéa précédent.



Le psychothérapeute s'abstient de présenter aux personnes protégées des mémoires d'honoraires tant que la procédure de prise en charge par le système du tiers payant pour les mêmes prestations est pendante et que les prestations dont il s'agit ne sont pas définitivement écartées de la prise en charge par l'assurance maladie au terme d'une décision coulée en force de chose décidée ou jugée.

Au moment de la facturation à l'assuré de prestations ayant été refusées dans le cadre de la procédure du tiers payant, le psychothérapeute informe l'assuré tant du refus de la prise en charge par la Caisse nationale de santé que du motif de refus.

Art. 10. Intérêts en cas de paiement tardif

Le paiement effectué conformément à l'article 8 est libératoire au sens des dispositions prévues si la Caisse nationale de santé établit que ses comptes ont été débités au profit du prestataire au plus tard le dernier jour du délai de paiement visé à l'article 8 du présent règlement.

Au cas où il est établi que le paiement a été effectué après ce délai, le prestataire peut demander des intérêts moratoires au taux d'intérêt légal, tel que celui-ci est fixé en vertu de la loi modifiée du 18 avril 2004 relative aux délais de paiement et aux intérêts de retard pour les transactions entre un professionnel et un consommateur.

Les intérêts sont calculés sur le montant des prestations non contestées figurant dans le fichier de facturation avec indication des prises en charge par l'assurance maladie visé à l'article 8 et prennent cours le premier jour qui suit la date à laquelle le psychothérapeute aurait dû pouvoir disposer des fonds de la Caisse nationale de santé.

Art. 11. Formule exécutoire et de publication

Notre ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent projet de règlement grand-ducal a pour objet de déterminer les modalités et conditions des relations entre le groupement professionnel représentatif de la profession de psychothérapeute et la Caisse nationale de santé, ainsi que celles de la prise en charge par l'assurance maladie de certaines prestations de psychothérapie.

La procédure d'entente collective n'ayant pas abouti à une convention telle que prévue aux articles 61 et suivants du Code de la sécurité sociale, les dispositions obligatoires devant figurer dans une convention sont à fixer par règlement grand-ducal en vertu de l'article 70 dudit code.

L'article 64 du Code de la sécurité sociale énumérant lesdites dispositions obligatoires a servi de repère tout en tenant compte de la nature juridique distincte d'un règlement grand-ducal par rapport à un accord conventionnel entre parties pouvant régler les relations jusqu'au détail près.



COMMENTAIRE DES ARTICLES

Ad article 1^{er}

L'article 1^{er} fixe le cadre d'intervention du présent règlement grand-ducal en déterminant les conditions de base pour son application.

Ces conditions sont énumérées sous trois points se rapportant aux différents aspects du règlement, à savoir le champ d'application personnel, le champ d'application matériel et l'objet du règlement consistant dans la prise en charge par la sécurité sociale. Des références relatives au respect du cadre de la nomenclature et de la libre circulation des assurés figurent aux points 2 et 3.

Ad article 2

L'article 2 fixe les catégories de troubles mentaux qui font l'objet des psychothérapies de l'assurance maladie. Celles-ci ont été déterminées dans le respect des dispositions du Code de la sécurité sociale et sur base des propositions exprimées par les parties concernées lors de la procédure de médiation, mises en relation avec la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé CIM-10 publiée par l'Organisation mondiale de la santé. Cette classification médicale internationalement reconnue à quatre caractères est mondialement utilisée pour l'enregistrement des taux de morbidité et des taux de mortalité touchant le domaine de la médecine.

Le chapitre V de la classification CIM-10, intitulé « Troubles mentaux et du comportement », comprenant les codes F00 à F99 regroupés en sections par catégories de troubles, a servi de base pour la détermination des pathologies dont le traitement est à considérer par règlement grand-ducal. Le règlement reprend en majeure partie ce regroupement par sections des troubles visés; et retient sept catégories de classification distinctes en fonction des pathologies respectives, excluant les troubles ayant une origine organique démontrable, telle qu'une maladie ou lésion cérébrales, une atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau, ou encore un arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental caractérisé par une altération des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence.

La première catégorie de troubles visés par le règlement grand-ducal est celle des « troubles de l'humeur », à savoir les désordres concernant le changement de l'humeur dans le sens d'une dépression ou d'une exaltation. Les situations récurrentes sont visées en cas de bipolarité. Ces troubles sont inscrits dans la classification CIM-10 aux codes F30 à F39.



Une seconde catégorie retenue est celle des « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ». Il s'agit des désordres n'atteignant pas les fonctions essentielles de la personnalité et dont le patient est douloureusement conscient, telles que les phobies, anxiété, voire les comportements compulsifs récurrents en cas de troubles obsessionnels-compulsifs, ces derniers se manifestant notamment par des rituels ou activités stéréotypées répétitives. Des réactions aiguës à des facteurs de stress, comme les états de chocs tombent encore dans cette catégorie, laquelle concerne également les troubles dissociatifs (ou de conversion) consistant dans une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels, troubles qui ont tendance à disparaître après quelques semaines ou mois. Finalement les troubles somatoformes sont visés, à savoir des troubles se manifestant par des symptômes physiques persistants, qui, d'après des examens et bilans médicaux répétés, n'ont aucune base organique. Ces troubles figurent dans la classification CIM-10 aux codes F-40 à F-49.

Une troisième catégorie de troubles retenue est celle intitulée « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », regroupant les troubles aux codes F20 à F29 de la classification CIM-10. Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées. Les troubles schizotypiques se manifestent par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution. Les troubles délirants quant à eux se caractérisent par la survenue d'une idée délirante unique ou d'un ensemble d'idées délirantes apparentées, habituellement persistantes, parfois durant toute la vie.

« Les troubles mentaux causés par l'utilisation de substances psychotropes » constituent une quatrième catégorie de troubles retenus et sont énumérées aux codes F10 à F19 de la classification CIM-10. Il s'agit de troubles variés, de gravité et de symptomatologie diverses, mais qui sont tous liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives, prescrites ou non par un médecin. Les abus de substances n'entraînant pas de dépendance sont exclus de ce groupe et traités au cinquième groupe intitulé « Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et des facteurs physiques » caractérisant des désordres des diverses natures tels que notamment les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil non organiques, le dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique etc. La classification CIM-10 liste ces troubles sous les codes F-50 à F-59.

Une sixième catégorie regroupe les « troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte », et concerne divers états et types de comportement cliniquement significatifs qui



ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui. Parmi ces troubles, renseignés aux codes F60 à F69 de la classification CIM-10, figurent les troubles spécifiques de la personnalité dont par exemple « la personnalité paranoïaque » ou encore « la personnalité émotionnellement labile ». Cette catégorie de groupe compte encore les « troubles des habitudes et des impulsions » caractérisés par des actes répétés, sans motivation rationnelle claire, incontrôlables, et qui vont généralement à l'encontre des intérêts du sujet lui-même et de ceux d'autres personnes, tels que par exemple la pyromanie et la kleptomanie. Les troubles liés à la sexualité, à savoir les « troubles de l'identité sexuelle », « troubles de la préférence sexuelle », ainsi que les « problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à son orientation » sont également visés dans cette catégorie de pathologies à prendre en charge par la Caisse nationale de santé.

Une dernière catégorie de troubles consiste en un regroupement des troubles survenant « durant l'enfance et l'adolescence ». Il s'agit des « troubles du comportement et troubles émotionnels », ainsi que des « troubles du développement psychologique », dont les premiers ont spécifiquement trait à des désordres tels que par exemple les « troubles des conduites », les « troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance » ou encore les « tics », tandis que les troubles au niveau du développement sont entre autres ceux spécifiques au « développement de la parole et du langage », « au développement des acquisitions scolaires » ou « au développement moteur ». Les codes F90 à F98, ainsi que F80 à F89 ont été attribués par la classification CIM-10 auxdits troubles regroupés en cette septième catégorie spécifique aux troubles à l'enfance et à l'adolescence.

Le traitement des troubles mentaux visés par ces sept catégories distinctes doit être effectué selon les seules méthodes thérapeutiques officiellement reconnues par l'instance professionnellement compétente en la matière, en l'occurrence le Conseil scientifique de psychothérapie.

Ad article 3

L'article 3 précise les modalités de délivrance des prestations de psychothérapie prises en charge par l'assurance maladie.

Après une évaluation initiale de l'assuré par le psychothérapeute, un plan de traitement est à adresser avec l'ordonnance médicale à la Caisse nationale de santé, de même qu'un rapport d'évaluation à la fin du traitement psychothérapeutique.

L'obligation d'exercice au sein d'un cabinet professionnel se trouve également consacrée à l'article 3.



Ad article 4

L'échange d'informations entre les psychothérapeutes et la Caisse nationale de santé est organisé par les dispositions de l'article 4.

Ces prestataires sont tenus de communiquer des informations essentielles les concernant à ladite caisse moyennant un formulaire spécial, dont notamment leurs adresses et coordonnées professionnelles, obligation s'imposant également aux associations de psychothérapeutes.

Les informations communiquées par le psychothérapeute permettent son enregistrement en tant que prestataire de l'assurance maladie ainsi que l'attribution d'un code personnel d'identification à indiquer lors de chaque échange de documents

Ad article 5

L'article 5 règle l'émission du titre de prise en charge par l'assurance maladie, document exprimant la volonté de la Caisse nationale de santé d'intervenir au niveau du règlement des prestations de psychothérapie au bénéfice de l'assuré.

Ce titre peut être prolongé par la Caisse de nationale de santé sur base d'une ordonnance médicale complémentaire au cas où le rapport du psychothérapeute conclut à la nécessité d'un complément de traitement de l'assuré.

Le psychothérapeute a une obligation d'information de l'assuré sur la procédure de prise en charge et concernant les aspects financiers du traitement. A l'issue de celui-ci, le titre de prise en charge afférent doit renseigner si l'intégralité des prestations du plan de prise en charge a été délivrée ou non, alors qu'en cas de délivrance incomplète, le titre est à remettre à l'assuré avec une mention conséquente. Un remplacement de l'ordonnance médicale est également à indiquer au titre de prise en charge.

Ad article 6

L'article 6 organise la dématérialisation ou numérisation des documents et flux d'informations, de même que leur circulation, transmission et conservation entre les psychothérapeutes et la Caisse nationale de santé dans le respect de la législation sur la protection des données à caractère personnel.

Ad article 7



Cet article précise les modalités de l'établissement d'un mémoire d'honoraires.

Ad article 8

L'article 8 explique la procédure du paiement des prestations de psychothérapie en cas de règlement direct par l'assurance maladie sans avance à régler par l'assuré. L'échange des données s'effectue par fichier électronique lequel est retourné au psychothérapeute avec indication du montant pris en charge. La date de réception du fichier de facturation par la Caisse nationale de santé est déterminante pour les délais de procédure.

Ad article 9

La Caisse nationale de santé peut s'opposer au règlement de mémoires d'honoraires pour des prestations de psychothérapie, situation visée à l'article 9 qui détermine également les conséquences quant au paiement respectif escompté.

Dans des situations déterminées, l'émission de mémoires d'honoraires à charge des assurés ne peut être faite, et le psychothérapeute doit informer ces derniers du refus de prise en charge de prestations les concernant par la Caisse nationale de santé avec motifs dudit refus.

Ad article 10

Cet article organise la possibilité pour le prestataire de solliciter des intérêts moratoires en cas de paiement tardif par l'assurance maladie et fixe les modalités de calcul afférentes par renvoi à la loi modifiée du 18 avril 2004 qu'il cite.