

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2019/307 du 22 novembre 2019

397/3

En vigueur à partir du 1 décembre 2019

Obligation d'arrondi au 1er décembre 2019 : Conséquences pour le secteur des soins de santé

CONCERNE :

- 1. Contexte légal**
- 2. Règles d'application de l'arrondi**
- 3. Compatibilité de l'obligation d'arrondi avec les obligations dans le secteur des soins de santé**
- 4. Modalités concrètes de mise en œuvre dans les documents**

1. Contexte légal

a) Texte et entrée en vigueur

La loi du 2 mai 2019 portant dispositions diverses en matière d'économie modifie le Code de droit économique et rend obligatoire, à partir du 1^{er} décembre 2019, l'arrondi pour les paiements en espèces effectués en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise.

En annexe 1, les dispositions du Code de droit économique (articles VI.7/1 à VI.7/3).

b) Application aux dispensateurs de soins

Ces dispositions du Code de droit économique s'appliquent aux entreprises et aucune exception n'est prévue. Les dispensateurs de soins conventionnés ou non seront dès lors tenus d'appliquer l'arrondi pour les paiements en espèces qu'ils reçoivent de leurs patients. Ils auront également la possibilité d'appliquer l'arrondi pour les autres paiements qui se font en présence physique simultanée du patient et du dispensateur des soins.

c) Absence d'application au remboursement effectué par les organismes assureurs

Les paiements effectués par les organismes assureurs dans le cadre du remboursement des soins ne sont pas visés par ces dispositions du Code de droit économique, que le paiement soit fait au patient ou au dispensateur de soins.

d) Obligation, possibilité ou interdiction

Pour rappel, depuis 2015, il était possible d'appliquer l'arrondi à tous les paiements effectués en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise, indépendamment du moyen de paiement utilisé.

A partir du 1^{er} décembre 2019, une obligation d'arrondir est introduite pour les paiements en espèces.

La condition selon laquelle l'arrondi ne peut s'appliquer qu'aux paiements qui se font en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise est maintenue. En d'autres termes, l'arrondi est toujours interdit pour les paiements qui ne s'effectuent pas en présence physique simultanée du consommateur et de l'entreprise (par exemple un paiement différé par virement).

Il importe de relever qu'il s'agit bien d'une présence physique de l'entreprise et que sont donc aussi visés les paiements en présence physique des personnes chargées par le dispensateur de soins de recevoir ces paiements.

Pour ce qui concerne les autres moyens de paiement en présence physique, il est possible pour l'entreprise d'appliquer l'arrondi dans le respect de l'obligation d'information.

A titre d'exemples :

- Les paiements effectués par le patient au guichet de l'hôpital ou à l'accueil d'une polyclinique doivent être arrondis s'ils sont effectués en espèces ;
- Les paiements différés par virement effectués sur base d'une facture envoyée au patient ne peuvent pas être arrondis ;
- Les paiements par carte bancaire peuvent être arrondis pour autant que l'entreprise applique l'arrondi à tous les moyens de paiement en présence physique et respecte l'obligation d'information.

Un tableau de synthèse sur l'application de l'arrondi (obligatoire, possible ou interdit) selon le moyen de paiement est repris en annexe 2.

e) Obligation d'information

A partir du 1^{er} décembre 2019, l'obligation d'informer le consommateur sur l'arrondi – auparavant obligatoire lorsque l'arrondi était pratiqué - ne s'appliquera que si l'entreprise applique l'arrondi pour les paiements en présence physique qui ne sont pas effectués en espèces (notamment les paiements par carte bancaire).

Ainsi, l'entreprise devra informer le consommateur d'une manière bien visible en apposant, dans l'environnement immédiat de l'endroit où le consommateur paie, la mention « *le montant total à payer est toujours arrondi* ».

2. Règles d'application de l'arrondi

Toute entreprise arrondit le montant total que le consommateur paie en espèces au multiple de 5 cents le plus proche. L'application de l'arrondi ne peut donc en aucun cas dépasser 2 cents.

L'arrondi est à appliquer de la manière suivante:

- Si le montant total à payer se termine par 1, 2, 6 ou 7 cents, il est arrondi au multiple de 5 cents inférieur le plus proche.
- Si le montant total à payer se termine par 3, 4, 8 ou 9 cents, il est arrondi au multiple de 5 cents supérieur le plus proche.

Montant total se terminant par :	Arrondi :	Exemples :
0,x1	0,x0	12,91 → 12,90
0,x2	0,x0	12,92 → 12,90
0,x3	0,x5	12,93 → 12,95
0,x4	0,x5	12,94 → 12,95
0,x5	Pas d'arrondi	12,95 → 12,95
0,x6	0,x5	12,96 → 12,95
0,x7	0,x5	12,97 → 12,95
0,x8	0,x0	12,98 → 13,00
0,x9	0,x0	12,99 → 13,00

Sur chaque document qui indique le montant total à payer, l'entreprise mentionne explicitement l'arrondi appliqué.

3. Compatibilité de l'obligation d'arrondi avec les obligations dans le secteur des soins de santé

L'obligation d'arrondi prévue par la réglementation s'applique uniquement sur le montant total que paie le consommateur et ne porte pas sur le prix du produit ou du service lui-même. Il en découle que l'obligation d'arrondi n'affecte en rien les tarifs officiels ou les prix maxima imposés, lesquels doivent être respectés préalablement à toute forme d'arrondi.

L'obligation d'arrondi s'avère dès lors compatible avec les obligations suivantes :

- Respect des tarifs maxima de la nomenclature des prestations de santé
La situation visée est celle où le dispensateur de soins conventionné ou non-conventionné s'engage à ou est tenu de respecter les tarifs officiels maxima

fixés dans la nomenclature des prestations de santé (interdiction de suppléments d'honoraires).

→ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut.

- Perception obligatoire du montant officiel de l'intervention personnelle
Rendue obligatoire pour certaines prestations (prestations pharmaceutiques qui sont délivrées dans une officine ouverte au public, dans une pharmacie hospitalière aux bénéficiaires ambulatoires ou par des médecins autorisés à tenir un dépôt de médicaments, prestations de biologie clinique), la perception de l'intervention personnelle doit être intégrale.
→ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le bas.
→ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut.
- Application du maximum à facturer (MAF)
Pour l'application du MAF, en principe on entend par « intervention personnelle » la quote-part personnelle du bénéficiaire dans le coût d'une prestation de santé, visée à l'article 34, telle qu'elle ressort de la réglementation et tenant compte des conventions, accords et documents en tenant lieu ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier (article 37sexies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994).
→ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut ou vers le bas.
- Respect des prix maxima imposés
Dans certains secteurs, des prix maxima sont imposés au dispensateur de soins (spécialités pharmaceutiques, dispositifs médicaux).
→ Il n'y a pas de problème en cas d'arrondi vers le haut.

En conclusion, le principe est que l'obligation d'arrondi s'avère compatible avec les obligations dans le secteur des soins de santé et s'applique sans exception à l'ensemble des catégories de dispensateurs de soins.

4. Modalités concrètes de mise en œuvre dans les documents

Le dispensateur de soins qui fait application de l'arrondi procédera comme suit :

a) Situation où seule une attestation de soins donnés (ASD) est remise.

- Partie « Reçu » de l'ASD
 - o Tant la réglementation relative à l'assurance obligatoire que la réglementation fiscale imposent de compléter la partie « Reçu » de l'ASD.
 - o La partie « Reçu » constitue le seul document où le montant total perçu doit être mentionné.

- Conformément à la réglementation du SPF Economie et en accord avec le SPF Finances, tant le montant perçu après arrondi que le montant avant arrondi y seront mentionnés.
 - **Mentions à reprendre sur l'attestation de soins donnés, partie « Reçu » :**
 - **Montant après arrondi effectivement perçu par le dispensateur de soins ;**
 - **Montant avant arrondi entre parenthèses.**
- Case MAF
- Afin que les organismes assureurs puissent comptabiliser l'intervention personnelle dans le compteur MAF, les dispensateurs de soins doivent, conformément à l'article 3 de l'arrêté royal du 15 juillet 2002, lors de la délivrance des attestations de soins donnés et attestations de fournitures, mentionner dans la case MAF « AR 15.07.2002 »:
 - soit le montant des honoraires payés par le bénéficiaire;
 - soit le mot « oui », si le bénéficiaire a payé le montant total de l'intervention personnelle réglementaire, soit le mot "non", si le bénéficiaire n'a pas payé d'intervention personnelle.
 - Lorsque le montant est mentionné dans la case MAF, il s'agira toujours du montant avant arrondi.

b) Situation où il y a remise obligatoire d'un document justificatif (avec ou sans remise d'une ASD)

- Dans cette hypothèse, le document justificatif doit mentionner le montant total payé/à payer.
- Outre le document justificatif, il est possible qu'une ou plusieurs parties « Reçu » de l'ASD doivent être remise(s).
- Conformément à la réglementation du SPF Economie et en accord avec le SPF Finances, tant le montant perçu avant arrondi que le montant après arrondi seront mentionnés sur le document justificatif et pas sur les parties « Reçu » des ASD.
- **Mentions à reprendre sur le document justificatif :**
 - **Montant à payer = Montant avant arrondi ;**
 - **Montant payé = Montant après arrondi effectivement perçu par le dispensateur de soins.**

c) Cas particulier

Il convient encore de régler la situation où pour un même paiement le dispensateur de soins est tenu de remettre au patient plusieurs parties « Reçu » de l'ASD sans que la remise d'un document justificatif soit obligatoire (exemple : acte technique en tiers payant + consultation hors tiers payant relativement à des prestations remboursables).

En effet, arrondir les montants sur chaque document et les additionner pourrait conduire à une somme différente de l'arrondi du montant total à payer. Or, seul le montant total doit être arrondi.

Dans ces hypothèses, aucun des documents n'indique le montant total à payer de sorte que l'obligation de mentionner le montant arrondi sur un document remis au patient, prévue par l'article VI. 7/2, §2, du Code de droit économique, ne doit pas être appliquée.

Toutefois, les montants réellement perçus devront pouvoir être fiscalement établis.

En l'état actuel de la réglementation, la remise d'un document justificatif sur base volontaire ne dispense pas d'établir des reçus fiscaux.

Dans l'attente d'une solution pérenne, il est recommandé au dispensateur de soins d'être attentif à l'application de l'arrondi pour la rédaction des documents comptables (par exemple : Livre Journal) et d'y mentionner l'application de l'arrondi.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

M. Daubie
Directeur général a.i.

Annexes :

[Livre VI CDE - Texte en vigueur au 1/12/2019](#)
[Application de l'arrondi selon le moyen de paiement](#)

Livre VI du Code de droit économique - Texte en vigueur au 1^{er} décembre 2019

Chapitre 2/1. Arrondissement du montant à payer

Art. VI.7/1

§ 1^{er} Toute entreprise arrondit le montant total que le consommateur paye en espèces au multiple de cinq cents le plus proche.

§ 2 L'entreprise est également autorisée à arrondir le montant total quand le paiement s'effectue autrement qu'en espèces.

Lorsque l'arrondissement volontaire s'est largement répandu, le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, rendre obligatoire l'arrondissement des paiements autres qu'en espèces.

§ 3 Les dispositions des paragraphes 1^{er} et 2 sont d'application uniquement pour autant que:
1°le paiement ait lieu en présence physique et simultanée du consommateur et de l'entreprise;
2°le montant total soit supérieur à cinq cents;
3°les conditions de l'article VI.7/2 soient remplies.

Art. VI.7/2

§ 1^{er} Si le montant total à payer se termine par 1, 2, 6 ou 7 cents, il est arrondi au multiple de 5 cents inférieur le plus proche.

Si le montant total à payer se termine par 3, 4, 8 ou 9 cents, il est arrondi au multiple de 5 cents supérieur le plus proche.

§ 2 Sur chaque document qui indique le montant total à payer, l'entreprise mentionne explicitement l'arrondissement appliqué.

§ 3 Lorsque l'entreprise pratique l'arrondi en application de l'article VI.7/1 pour des paiements autres qu'en espèces, elle le pratique pour tous les autres modes de paiement.

De plus, elle en informe le consommateur à l'aide du message suivant: "le montant total est toujours arrondi". Ce message est communiqué clairement dans l'environnement immédiat de l'endroit où le consommateur paie.

§ 4 L'entreprise applique également l'arrondissement aux montants totaux en espèces qu'elle rembourse au consommateur. Lorsque l'entreprise arrondit aussi, en application de l'article VI.7/1, § 2, le montant total en cas de paiement effectué autrement qu'en espèces, elle pratique l'arrondissement sur tous les montants totaux qu'elle rend au consommateur.

Art. VI.7/3

Le paiement du montant total à payer qui est arrondi en application de l'article VI.7/2, libère le consommateur et l'entreprise de leur dette.

Par dérogation à l'article 1235 du Code civil, la différence entre le montant total arrondi et payé en application de l'article VI.7/2, et le montant total avant l'arrondissement ne peut pas être exigée

Annexe 2 : Application de l'arrondi (obligatoire, possible ou interdit) selon le moyen de paiement

	Moyens de paiement	Arrondi ? Obligatoire/Possible/Interdit	Obligation de remise d'un reçu ¹ et/ou d'un document justificatif ² <u>lors du paiement</u> Plus d'info ici . ³
1.	<u> Paiement en espèces </u> en présence physique du dispensateur de soins et du patient (au cabinet, domicile, ...)	Obligatoire (<i>art. VI.7/1, §1^{er} et §3 du CDE</i> ⁴)	Obligation de remise (<i>art.7 AM Fin</i> ⁵)

¹ Dans la plupart des cas, il s'agira de la partie 'Reçu' de l'attestation de soins donnés (ci-après ASD).

² L'article 53, §1er/2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après loi SSI) prévoit notamment:

«Les dispensateurs de soins sont tenus de remettre au bénéficiaire un document justificatif des prestations effectuées donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire ainsi que des prestations n'y donnant pas lieu lorsque ces dernières sont effectuées avec des prestations qui y donnent lieu :

1° dans le cas où le dispensateur de soins porte en compte au bénéficiaire outre des montants pour des prestations donnant lieu à intervention de l'assurance obligatoire des montants pour des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire;

2° dans le cas où l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou le document équivalent visé au § 1er, alinéa 1er, est remplacé par une transmission électronique de données par le dispensateur de soins à l'organisme assureur du bénéficiaire. »

Il convient de noter que, sur base de la réglementation relative aux droits des consommateurs (art. VI.89 CDE), chaque patient qui le requiert est en droit de recevoir un document justificatif de son dispensateur de soins, sans avoir égard au fait qu'il se trouve dans une des hypothèses visée à l'art. 53, §1^{er}/2 de loi SSI.

Sur le plan fiscal, l'article 10 de l'arrêté ministériel du SPF Finances du 22 décembre 2015 déterminant le modèle et l'usage du reçu-attestation de soins et du livre journal à utiliser par les médecins ainsi que par les pharmaciens et licenciés en sciences agréés pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité (ci-après dans le tableau « AM Fin ») prévoit :

« Art. 10. Le praticien est dispensé de délivrer un reçu :

1° pour les paiements effectués par versement ou par virement à son compte bancaire ;

2° pour les montants payés par le bénéficiaire au dispensateur de soins qui figurent sur le document justificatif, visé à l'article 53, § 1er/2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. ».

Lien vers le texte : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=15-12-28&numac=2015003476

Des dispositions similaires existent dans les arrêtés ministériels relatifs aux autres catégories de dispensateurs de soins.

³ Pour plus d'information sur les Obligations fiscales et obligations relatives à l'assurance soins de santé (SSI) liées au document justificatif, et pour plus d'informations sur quel document doit être remis dans quelle situation.

⁴ Dans ce document, on vise par CDE, le Code de droit économique.

⁵ « Art. 7. Le reçu doit être délivré au débiteur :

1° en acquit des honoraires relatifs à des prestations de biologie clinique, par les pharmaciens agréés pour effectuer des prestations de l'espèce dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité;

2° en acquit de tous honoraires, rémunérations, remboursements de frais et autres recettes professionnelles dont il est question à l'article 320 du Code précité, y compris les acomptes, par les autres praticiens désignés à l'article 1^{er}. ».

<p>2.</p>	<p><u>Païement par bancontact</u> en présence physique du dispensateur de soins et du patient (au cabinet, domicile, ...)</p> <p><u>Remarque</u>: Ce moyen de paiement est fiscalement assimilé au paiement en espèces. Par conséquent, si l'arrondi est appliqué, le montant avant/après arrondi doit être mentionné sur le reçu.</p>	<p>Possible (<i>art. VI.7/1, § 2 et § 3 du CDE + art. VI.7/2, § 3 du CDE ; si le dispensateur de soins applique l'arrondi aux autres moyens de paiement et en a informé le patient</i>)</p>	<p>Obligation de remise (<i>art.7 AM Fin</i>)</p>
<p>3.</p>	<p><u>Païement par carte de crédit</u> en présence physique du dispensateur de soins et du patient (au cabinet, domicile , ...)</p> <p><u>Remarque</u>: Ce moyen de paiement est fiscalement assimilé au paiement en espèces. Par conséquent, si l'arrondi est appliqué, le montant avant/après arrondi doit être mentionné sur le reçu.</p>	<p>Possible (<i>art. VI.7/1, § 2 et § 3 du CDE + art. VI.7/2, § 3 du CDE ; si le dispensateur de soins applique l'arrondi aux autres moyens de paiement et en a informé le patient</i>)</p>	<p>Obligation de remise (<i>art.7 AM Fin</i>)</p>
<p>4.</p>	<p><u>Païement par virement électronique</u> en présence physique du dispensateur de soins et du patient (au cabinet, domicile, ...)</p> <p>Exemple : Le paiement au moyen de services bancaires sur smartphone</p>	<p>Possible (<i>art. VI.7/1, § 2 et § 3 du CDE + art. VI.7/2, § 3 du CDE ; si le dispensateur de soins applique l'arrondi aux autres moyens de paiement et en a informé le patient</i>)</p>	<p>Dispense fiscale de remise (<i>art. 10, 1° AM Fin</i>)</p> <p>MAIS</p> <p>Obligation de compléter l'attestation de soins et la partie « Reçu » avec la mention 0 en cas de prestations remboursables ou en cas de prestations remboursables portées en compte avec des prestations non-remboursables.</p> <p>Plus d'info ici.</p>

5.	Païement par virement électronique <i>a posteriori</i>	Interdit (<i>Il n'est pas satisfait à la condition de présence physique visée art. VI.7/1, § 3, 1° du CDE</i>)	Dispense fiscale de remise (<i>art. 10, 1° AM Fin</i>) Plus d'info ici .
6.	Païement par virement/ versement papier <i>a posteriori</i>	Interdit (<i>Il n'est pas satisfait à la condition de présence physique visée art. VI.7/1, § 3, 1° du CDE</i>)	Dispense fiscale de remise (<i>art. 10, 1° AM Fin</i>)

Mentions à reprendre sur les documents remis

Il convient de distinguer les éléments suivants :

1. Déterminer si l'arrondi est applicable (obligatoire ou possible) ou interdit selon le moyen de paiement (cf. le tableau ci-dessus)
2. Déterminer de remettre un reçu (partie « Reçu » d'une attestation de soins – ASD) et/ou un document justificatif et à quel moment cette remise doit avoir lieu : voir le tableau sur notre site web : <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/document-justificatif-reglementation-logiciels.pdf>.
3. Si l'arrondi est appliqué : Quelles sont les mentions à reprendre sur les documents remis ?
 - a) Document justificatif :
 - Montant à payer = Montant avant arrondi ;
 - Montant arrondi (Mention requise uniquement si l'arrondi est appliqué) ;
 - Montant payé – Soit 0 (dans l'hypothèse d'un paiement différé, y compris l'hypothèse d'un paiement via smartphone), soit le montant arrondi (paiement en espèces et paiement par Bancontact/carte de crédit)).
 - b) Attestation de soins donnés, partie « Reçu » :
 - Montant arrondi effectivement perçu par le dispensateur de soins ;
 - Montant avant arrondi entre parenthèse.