

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2006/232 du 10 juillet 2006

190/88

En vigueur à partir du 1 juillet 2006

Vingt-troisième mise à jour du manuel à l'intention des médecins-conseil pour la prise de décisions individuelles en matière de conventions de rééducation fonctionnelle en exécution de l'arrêté royal du 9 juillet 2000 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB:3.10.2000)

La présente circulaire met à jour la circulaire n° 2000/411, rubrique 190/43 du 24 novembre 2000.

Elle contient une mise à jour de la liste des conventions résumées du manuel à l'intention des médecins-conseil. Les nouvelles conventions déléguées pendant la période du 1^{er} juillet au 30 septembre 2006 y sont indiquées en gras et caractères italiques. Il s'agit des conventions avec les centres suivants :

Etablissements de rééducation pour toxicomanes

- Antwerps Drug Interventie Centrum (A.D.I.C.) V.Z.W. (7.73.007.83) à partir du 01-09-2006.
- MSOC Vlaams Brabant (7.73.032.58) à partir du 01-07-2006.
- A.S.B.L. PHENIX (7.73.033.57) à partir du 01-09-2006.

Centres de rééducation pédiatrique

- Clairs Vallons A.S.B.L. Unité de rééducation fonctionnelle pour enfants atteints d'une pathologie (7.76.601.78) à partir du 01-08-2006.

Centres de référence pour IMOC

- U.Z. Leuven CP-referentiecentrum (7.89.501.79) à partir du 01-07-2006.
- Université Catholique de Louvain Centre de référence en infirmité motrice d'origine cérébrale de l'UCL (7.89.502.78) à partir du 01-07-2006.
- U.Z. Gent CP-Referentiecentrum West (7.89.503.77) à partir du 01-07-2006.
- Cerebral Palsy Referentiecentrum Antwerpen (CePRA) van het UZ Antwerpen (7.89.504.76) à partir du 27-09-2006.

Centre de référence Spina Bifida

- U.Z. Leuven CP-referentiecentrum (7.89.551.29) à partir du 01-07-2006.
- Université Catholique de Louvain Centre de référence en infirmité motrice d'origine cérébrale de l'UCL (7.89.552.28) à partir du 01-07-2006.

Programmes de rééducation fonctionnelle pour patients atteints de déficiences visuelles graves

- UZ ANTWERPEN (UZA) (9.69.007.23) à partir du 27-09-2006.
- CENTRUM VOOR VISUELE REVALIDATIE UZ GENT (9.69.008.22) à partir du 27-09-2006.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[Table de matière](#)

[Partie II Conventions spécifiques 773 ADIC 77300783](#)

[Partie II Conventions spécifiques 773 MSOC VLAAMS-BRABANT 77303258](#)

[Partie II Conventions spécifiques 773 PHENIX 773033576](#)

[Partie II Conventions spécifiques 7766 CLAIRS VALLONS 77660178.doc](#)

[Partie II Conventions types 7895 résumé](#)

[Partie II Conventions types 7895 résumé rapport médical](#)

[Partie II Conventions types 78955 résumé](#)

[Partie II Conventions types 78955 résumé rapport médical](#)

[Partie III Conventions types 78955 Avenant spina bifida](#)

TABLE DES MATIÈRES

INHOUDSTAFEL

I. Introduction.

I. Inleiding.

II. Résumé des principales données relatives aux bénéficiaires des conventions de rééducation fonctionnelle qui, en exécution de l'arrêté royal du 9 juillet 2000, relèvent de la compétence du médecin-conseil en ce qui concerne les demandes individuelles d'intervention.

II. Samenvatting van de bijzonderste gegevens met betrekking tot de rechthebbenden van de revalidatieovereenkomsten die, in uitvoering van het koninklijk besluit van 9 juli 2000, onder de bevoegdheid van de adviserend geneesheer vallen wat de individuele aanvragen tot tegemoetkoming betreft.

<i>Liste des conventions résumées par numéro d'identification</i>
<i>Lijst van de samengevatte overeenkomsten per identificatienummer</i>

Identificatie-nummer	Soort van overeenkomst en inrichting	Naam van de dienst	Gemeente
Número d'identification	Type de convention et d'établissement	Nom du service	Commune
7.70	Specifieke overeenkomst - revalidatieinrichtingen Convention spécifique - établissements de rééducation		
7.70.002.81	Centre Arthur Regniers-Province de Hainaut		BIENNE-LEZ-HAPPART
7.71	Specifieke en type overeenkomsten - motorische revalidatie-inrichtingen Conventions spécifique et type - établissements de rééducation motrice		
7.71.002.51*	Centre de Traumatologie et de Réadaptation (C.T.R.)		BRUXELLES (LAECEN)
7.71.011.42*	Nationaal Multiple Sclerose Centrum		MELSBROEK
7.71.012.41*	U.Z. Gent Centrum voor Locomotorische en Neurologische Revalidatie	Dienst motorische revalidatie	GENT
7.71.014.39*	A.S.B.L. Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle		FRAITURE
7.71.015.38	ASBL Le Ressort Centre de jour de réadaptation fonctionnelle cognitive pour adultes traumatisés crâniens graves		MAZY
7.71.016.37*	Centre Neurologique William Lennox Adultes		OTTIGNIES
7.71.017.36	A.S.B.L. La Braise Centre de jour de Réadaptation fonctionnelle pour traumatisés crâniens graves		BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.72	Specifieke overeenkomst - psychosociale revalidatie-inrichtingen Convention spécifique - établissements de rééducation psycho-sociale		
7.72.002.21	Le Canevas		BRUXELLES (IXELLES)
7.72.003.20	Section externat de L'Equipe		BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.72.004.19	Le Foyer (section internat de L'Equipe)		BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.72.005.18	Le Gué		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.72.007.16	Centre Psychothérapeutique de Nuit (W.O.P.S.)		BRUXELLES (LAECEN)
7.72.008.15	Centre Psychothérapeutique de Jour (W.O.P.S.)		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.72.009.14	Club Antonin Artaud		BRUXELLES
7.72.011.12	Tsedek V.Z.W.		EKEREN (ANTWERPEN)
7.72.016.07	L'Ancre		OUPEYE
7.72.017.06	A.S.B.L. Wolvendael		BRUXELLES (UCCLE)
7.72.018.05	La Traversière		NIVELLES
7.72.019.04	Centre de Rééducation Psycho-sociale "Laurent Marechal"		MOUSCRON
7.72.020.03	Inghelburch		BRUGGE
7.72.021.02	L'Intervalle		VOTTEM
7.72.022.01	A.S.B.L. Club Andre Baillon		LIEGE

RIZIV – INAMI Dienst Geneeskundige verzorging - Service des soins de santé

W.U. 1. 07.

Vingt-troisième mise à jour du manuel à l'intention des médecins-conseil

Drieëntwintigste bijwerking van de handleiding ten behoeve van de adviserend geneesheren

7.72.023.97	Le Sablier		EBEN-EMAEI
7.72.024.96	Le Cap		TOURNAI
7.72.025.95	Le Maillet		BEYNE-HEUSAY
7.72.026.94	Revalidatiecentrum "Hasselt"		HASSELT
7.72.027.93	V.Z.W. Validag		LOMMEL
7.72.028.92	La Fabrique du Pré		NIVELLES
7.72.029.91	De Evenaar		ANTWERPEN
7.73	Specifieke overeenkomst - revalidatie-inrichtingen voor verslaafden Convention spécifique - établissements de rééducation pour toxicomanes		
7.73.002.88	A.S.B.L. Centre L'Orée		BRUXELLES (FOREST)
7.73.004.86	Les Hautes Fagnes a.s.b.l. Centre de cure et de postcure		MALMEDY
7.73.005.85	A.S.B.L. Projet Lama		BRUXELLES (IXELLES)
7.73.006.84	A.S.B.L. Centre Médical "Enaden"		BRUXELLES (SAINT-GILLES)
7.73.007.83	Antwerps Drug Interventie Centrum (A.D.I.C.) V.Z.W.		ANTWERPEN
7.73.008.82	De Sleutel (crisiscentrum Merelbeke + therapeutische gemeenschap Wondelgem)		MERELBEKE
7.73.009.81	Katarsis		GENK
7.73.010.80	L'Espérance		THUIN
7.73.011.79	Kompas		KORTRIJK
7.73.012.78	A.S.B.L. Trempline		CHATELET
7.73.013.77	Le centre C.L.E.A.N.		BRESSOUX
7.73.014.76	De Kiem		OOSTERZELE
7.73.015.75	Dagcentrum "De Sleutel" Antwerpen-Mechelen		ANTWERPEN
7.73.016.74	Ellipse		CARNIERES
7.73.018.72	Transition		GILLY (CHARLEROI)
7.73.019.71	C.A.T.S.		BRUXELLES (IXELLES)
7.73.021.69	MSOC-Gent		GENT
7.73.022.68	MSOC Free Clinic		ANTWERPEN
7.73.023.67	MSOC Limburg		GENK
7.73.024.66	Diapason		CHARLEROI
7.73.025.65	Communauté Thérapeutique "La Pièce"		BRUXELLES (SAINT-GILLES)
7.73.027.63	Projet Start		LIEGE
7.73.029.61	A.S.B.L. PARENTHÈSE Maison d'accueil socio-sanitaire pour toxicomanes		MONS
7.73.030.60	MSOC-Oostende		OOSTENDE
7.73.031.59	M.A.S.S. de Bruxelles		BRUXELLES
7.73.032.58	MSOC Vlaams Brabant		LEUVEN
7.73.033.57	A.S.B.L. PHENIX		JAMBES (NAMUR)
7.74	Specifieke overeenkomst - revalidatie-inrichtingen voor psychotici Convention spécifique - établissements de rééducation pour psychotiques		
7.74.001.59	Parhélie a.s.b.l. Centre de psychiatrie pour enfants et adolescents Site Fond/Roy		BRUXELLES (UCCLE)
7.74.002.58	La Petite Maison		CHASTRE-VILLEROUX-BLANMONT
7.74.003.57	Het Appelboomke V.Z.W.		HASSELT
7.74.004.56	De Dauw V.Z.W.		WORTEGEM-PETEGEM
7.74.005.55	La Manivelle A.S.B.L. Centre Psychothérapeutique de jour pour enfants, Clinique et Polyclinique des Maladies de l'Enfance.		LIEGE
7.74.006.54	CTPI - Le Nidoux A.S.B.L.		FALMIGNOUL
7.74.009.51	Centre Orthogénique A.S.B.L.		MONT-SUR-MARCHIENNE
7.74.010.50	La Ferme du Soleil		SOUMAGNE
7.74.011.49	Les Goélands		SPY
7.74.012.48	A.S.B.L. Antenne 110		GENVAL
7.74.013.47	A.S.B.L. Feux Follets Institut psychiatrique pour enfants		HUPPAYE
7.74.014.46	A.S.B.L. Lui et Nous		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-PIERRE)
7.74.015.45	A.S.B.L. Cliniques Universitaires Saint-Luc Centre thérapeutique pour adolescents		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.74.016.44	A.S.B.L. Centre Thérapeutique et Aide Educative		LIEGE
7.74.017.43	V.Z.W. Centrum voor Ontwikkelingstherapie (C.O.T.)		ROESELARE
7.74.018.42	Centre Psychothérapeutique de Jour Charles-Albert Frère A.S.B.L.		MARCINELLE
7.74.5	Revalidatie-inrichtingen voor vroegtijdige stoornissen		

	van de interactie ouders-kind Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces des interaction parents-enfants		
7.74.501.44	La Lice ASBL		BRUXELLES (ETTERBEEK)
7.74.502.43	Clairs Vallons A.S.B.L.:	Unité thérapeutique mère-enfant/parents-enfant	OTTIGNIES
7.75.5	Specifieke overeenkomst - revalidatie-inrichtingen voor kinderen met een ernstige medisch-psycho-sociale pathologie Convention spécifique - établissements de rééducation pour enfants présentant une pathologie médico-psycho-sociale grave.		
7.75.501.14	Clairs Vallons A.S.B.L.: Unité de rééducation fonctionnelle pour des enfants atteints d'une pathologie médico-psycho-sociale grave.		OTTIGNIES
7.76	Specifieke overeenkomst – revalidatie-inrichtingen voor medico-psycho-sociale revalidatie Convention spécifique – établissements de rééducation médico-psycho-sociale		
7.76.003.94	Universitair Ziekenhuis Gent Referentiecentrum van het U.Z. Gent		GENT
7.76.004.93	Universitaire Ziekenhuizen van de K.U. Leuven Specifiek revalidatiecentrum inwendige ziekten.		LEUVEN
7.76.005.92	A.Z. V.U.B. Revalidatiecentrum A.Z. V.U.B.		BRUSSEL (JETTE)
7.76.006.91	Universitair Ziekenhuis Antwerpen Revalidatiecentrum Instituut voor Tropische Geneeskunde		ANTWERPEN
7.76.007.90	Centre de référence C.H.U. de Liège Policliniques L. Brull		LIEGE
7.76.008.89	Cliniques Universitaires Saint-Luc Centre de prise en charge		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.76.009.88	C.H.U. Saint-Pierre Centre de Traitement de l'Immunodéficience (C.E.T.I.M.)		BRUXELLES
7.76.010.87	Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi. Centre Arthur Rimbaud		CHARLEROI
7.76.011.86	Cliniques Universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme - ULB Centre de référence	Unité de Traitement des Immunodéficiences	BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.76.5	Specifieke overeenkomst - revalidatie-inrichtingen voor kinderen met respiratoire aandoeningen Convention spécifique - établissements de rééducation pour enfants atteints d'affections respiratoires		
7.76.502.80*	Revalidatiecentrum voor Kinderen en Jongeren	Neurologische-en Respiratoire Afdeling	PULDERBOS
7.76.6	Specifieke overeenkomst - Pediatrische revalidatiecentra Convention spécifique - Centres de rééducation pédiatrique		
7.76.601.78	Clairs Vallons A.S.B.L. Unité de rééducation fonctionnelle pour enfants atteints d'une pathologie		OTTIGNIES
7.79	Specifieke overeenkomst - revalidatie-inrichtingen voor slechthorenden Convention spécifique - établissements de rééducation pour malentendants		
7.79.001.06	Comprendre et Parler A.S.B.L.		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.81.5	Type overeenkomst - Revalidatieovereenkomst betreffende ernstige chronische ademhalingsstoornissen Convention type – Convention de rééducation fonctionnelle relative aux affections respiratoires graves		
7.81.501.28	U.Z. Gasthuisberg KUL	Respiratoire Revalidatie	LEUVEN
7.81.502.27	U.Z. Gent Centrum voor Respiratoire Revalidatie	Afdeling Longziekten	GENT
7.81.503.26	C.H. de L'Ardenne Site de Sainte-Ode	Service de revalidation cardio-pulmonaire	SAINTE-ODE
7.81.504.25	Le Centre Hospitalier Universitaire de Liege		LIEGE
7.82.5	Type overeenkomsten voor medisch-psycho-sociale begeleiding bij ongewenste zwangerschap Conventions type pour l'assistance médico-psycho-sociale en cas de grossesse non désirée		
7.82.501.95	Kollectief Antikonceptie Centrum voor hulpverlening bij ongewenste zwangerschap		GENT
7.82.502.94	Bourgognecentrum		HASSELT

RIZIV – INAMI Dienst Geneeskundige verzorging - Service des soins de santé

W.U. 1. 07.

Vingt-troisième mise à jour du manuel à l'intention des médecins-conseil

Drieëntwintigste bijwerking van de handleiding ten behoeve van de adviserend geneesheren

7.82.503.93	SJERP - DILEMMA Universitair Centrum voor hulp bij Ongeplande Zwangerschap		BRUSSEL (ELSENE)
7.82.504.92	Centrum voor verantwoord ouderschap (CEVO) West-Vlaanderen		OOSTENDE
7.82.505.91	A.S.B.L. Aimer Jeunes		BRUXELLES
7.82.506.90	Centre SEVERINE A.S.B.L.		ANDERLECHT
7.82.507.89	Centrum Dr Willy Peers		ANTWERPEN
7.82.508.88	Groupe Santé Josaphat		BRUSSEL (SCHAARBEEK)
7.82.509.87	Collectif Contraception, Santé des femmes		BRUXELLES (ETTERBEEK)
7.82.510.86	Centre de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies		LA LOUVIERE
7.82.511.85	Collectif Contraception Liège		LIEGE
7.82.512.84	Centre de Planning familial et de Sexologie d'Ixelles		BRUXELLES (IXELLES)
7.82.513.83	La Famille Heureuse Saint-Gillis Centre communal de Planning familial et d'Education sexuelle et affective		BRUXELLES (SAINT-GILLES)
7.82.514.82	Centre Louise Michel		LIEGE
7.82.515.81	Centre de Planning familial et d'Entretien d'Aide "Le Terril"		LODELINSART
7.82.516.80	Aimer à Louvain-La-Neuve		LOUVAIN-LA-NEUVE
7.82.517.79	Planning Marolles		BRUXELLES
7.82.518.78	La Famille Heureuse		SAINT-JOSSE-TEN-NOODE
7.82.519.77	Collectif Contraception Charleroi		CHARLEROI
7.82.520.76	Planning familial de Watermael-Boitsfort		BRUXELLES (WATERMAEL-BOITSFORT)
7.82.521.75	Centre Rosa Guilmot Planning familial des F.P.S.		TUBIZE
7.82.522.74	Centre de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes de Charleroi		CHARLEROI
7.82.523.73	Collectif Contraception de Seraing		SERAING
7.82.524.72	Planning familial Woluwe-Saint-Pierre		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-PIERRE)
7.82.525.71	Centre Willy Peers Planning familial des FPS		NAMUR
7.82.526.70	Planning Rochefort		JEMELLE
7.82.527.69	Aimer à l'U.L.B. Information et Orientation du Couple		IXELLES
7.82.528.68	Plan F		BRUXELLES
7.82.529.67	Centre de Planning familial de Namur		NAMUR
7.82.530.66	Centre de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes		VERVIERS
7.82.531.65	Free Clinic		BRUXELLES (IXELLES)
7.82.532.64	Centrum voor Verantwoord Ouderschap (CEVO)		BRUSSEL (SINT-GILLIS)
7.82.533.63	Centre de Planning familial Aurore Carlier		TOURNAI
7.82.534.62	Centre de Planning familial et de consultations d'Uccle		BRUXELLES (UCCLE)
7.84	Specifieke overeenkomst – revalidatie-inrichtingen voor hersenverlamden Convention spécifique – établissements de rééducation pour infirmes moteurs cérébraux		
7.84.003.48 ²	A.S.B.L. Centre Belge d'Education Thérapeutique pour infirmes moteurs cérébraux (C.B.I.M.C.)		BRUXELLES (ETTERBEEK)
7.84.033.18 ²	Centre pour Infirmes Moteurs Cérébraux de la Citadelle		LIEGE
7.84.034.17	A.S.B.L. Cothan Unité de Rééducation Fonctionnelle		GOSSELIES
7.84.5	Specifieke overeenkomst – Kinderneuropsychiatrie Convention spécifique – Neuropsychiatrie infantile		
7.84.501.35	Centre Neurologique William Lennox Enfants		OTTIGNIES
7.85	Type overeenkomst – Diensten die chronische mechanische ademhalingstherapie thuis organiseren Convention type – Services organisant l'assistance ventilatoire au long cours à domicile		
7.85.001.20	U.Z. K.U.L. Gasthuisberg	Dienst pneumologie en algemeen inwendige ziekten	LEUVEN
7.85.002.19	Cliniques Universitaires U.C.L. de Mont-Godinne.	Service de pneumologie	YVOIR
7.85.003.18	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	Dienst pneumologie	EDEGEM
7.85.004.17	A.Z. Sint-Jan	Dienst pneumologie	BRUGGE
7.85.005.16	Universitair Ziekenhuis Gent	Dienst pneumologie	GENT
7.85.006.15	Hôpital de Jolimont Docteur E. DIEPART	Unité de Sommeil	HAINE-SAINT-PAUL
7.85.007.14	Centre Hospitalier Régional de la Citadelle	Service de pneumologie	LIEGE
7.85.008.13	Association hospitalière de Bruxelles C.H.U. Saint-Pierre	Service de pneumologie et de réanimation et soins intensifs	BRUXELLES
7.85.009.12	C.H.R. de Tournai - Site Hôpital	Service de pneumologie	TOURNAI
7.85.010.11	Heilig Hartziekenhuis Campus Wilgenstraat	Dienst anesthesie en reanimatie	ROESELARE

RIZIV – INAMI Dienst Geneeskundige verzorging - Service des soins de santé

W.U. 1. 07.

*Vingt-troisième mise à jour du manuel à l'intention des médecins-conseil
Drieëntwintigste bijwerking van de handleiding ten behoeve van de adviserend geneesheren*

7.85.011.10	Cliniques Universitaires Saint-Luc	Service de pneumologie	BRUXELLES (WOLUWE-SAINTE-LAMBERT)
7.85.012.09	C.H.U. de Liege	Service de pneumologie	LIEGE
7.85.013.08	Hôpital Erasme - U.L.B.	Service de pneumologie	BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.85.014.07	Réseau Hospitalier de Médecine Sociale Site de Baudour	Service de pneumologie	BAUDOUR
7.85.015.06	Association Hospitalière de Bruxelles C.H.U. Brugmann - Site Horta	Service de pneumologie	BRUXELLES (LAEKEN)
7.85.016.05	Ziekenhuis INKENDAAL - DE BIJTJES Koninklijke Instelling V.Z.W.	Afdeling Sp - cardiopulmonair	VLEZENBEEK
7.85.017.04	C.H. Saint-Vincent - Sainte-Elisabeth	Centre néonatal	ROCOURT
7.85.018.03	C.H.R. Saint-Joseph - Hôpital de Warquignies	Service de pneumologie	MONS
7.85.019.02	Clinique Saint-Pierre	Service de pneumologie	OTTIGNIES
7.85.020.01	Sint-Jozefskliniek vzw	Diensten reanimatie, intensieve zorgen en pneumologie	IZEGEM
7.85.021.97	Sint-Elisabethziekenhuis O.C.M.W.	Dienst pneumologie	TURNHOUT
7.85.022.96	C.H.U. de Montigny-le-Tilleul Hôpital A. Vésale	Service de pneumologie	MONTIGNY-LE-TILLEUL
7.85.023.95	Hôpitaux d' IRIS Sud - Site Etterbeek-Ixelles	Service de médecine interne	BRUXELLES (FOREST)
7.85.024.94	Academisch Ziekenhuis V.U.B.	Dienst pneumologie	BRUSSEL (JETTE)
7.85.026.92	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis	Dienst pneumologie	AALST
7.85.028.90	Hôpitaux IRIS Sud - site Molière Longchamp	Service de pneumologie	BRUXELLES (FOREST)
7.85.029.89	H. Serruys Ziekenhuis	Dienst pneumologie	OOSTENDE
7.85.030.88	Kliniek der Zusters van Barmhartigheid	Dienst pneumologie	RONSE
7.85.031.87	Centre Hospitalier de Mouscron	Service de pneumologie	MOUSCRON
7.85.032.86	Hôpital Princesse Paola et Hôpital Ste Thérès Site Hôpital Princesse Paola	Service de Médecine Interne de l'IFAC	MARCHE-EN-FAMENNE
7.85.033.85	Ziekenhuis Oost-Limburg	Dienst slaapcentrum - campus St. Barbara	LANAKEN
7.85.034.84	Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)	Service de pédiatrie	BRUXELLES (LAEKEN)
7.85.035.83	Hôpital Ambroise Paré	Service de pneumologie	MONS
7.85.036.82	C.H. Régional de Namur	Service de pneumologie	NAMUR
7.85.037.81	Institut Médical Edith Cavell	Centre de Médecine du Sommeil et de la Vigilance	BRUXELLES (UCCLE)
7.85.038.80	Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis	Centrum voor Slaaponderzoek	AALST
7.85.039.79	CHU de Tivoli	Service de pneumologie	LA LOUVIERE
7.85.040.78	AZ Groeninge Campus Sint-Maarten	Dienst longziekten	KORTRIJK
7.85.041.77	Hôpitaux St-Joseph, Ste-Thérèse et I.M.T.R. Site St Joseph	Service de pneumologie	MONTIGNIES-SUR-SAMBRE
7.85.042.76	CH Notre Dame et Reine Fabiola	Service de médecine interne	CHARLEROI
7.85.043.75	A.Z. Sint-Lucas	Dienst pneumologie	GENT
7.85.044.74	A.Z. Sint-Maarten	Centrum voor epilepsie en psycho-organische stoornissen	DUFFEL
7.85.045.73	A.Z. Middelheim Campus Middelheim	Dienst longziekten	ANTWERPEN
7.85.046.72	A.Z. Maria Middelaars - St-Jozef Campus Maria Middelaars	Dienst pneumologie	GENT
7.85.047.71	A.Z. Jan Palfijn Site 1 Watersportbaan	Dienst Neurologie - Pneumologie	GENT
7.85.048.70	A.Z. Damiaan Campus St-Jozef	Dienst Inwendige Geneeskunde - Pneumologie	OOSTENDE
7.85.049.69	C.H. Peltzer-La Tourelle	Service de pneumologie	VERVIERS
7.85.050.68	Imeldaziekenhuis		BONHEIDEN
7.85.051.67	Clinique Saint-Luc	Service de pneumologie	BOUGE
7.85.052.66	Clinique Notre-Dame	Service de pneumologie	TOURNAI
7.85.053.65	Stedelijk Ziekenhuis	Dienst inwendige ziekten	ROESELARE
7.85.054.64	Maria Ziekenhuis Noord-Limburg Campus Maria Middelaars Lommel	Dienst Pneumologie	OVERPELT
7.85.055.63	Clinique Saint-Joseph	Service de Neurologie	LIEGE
7.85.056.62	Virga Jesse Ziekenhuis	Dienst Inwendige geneeskunde - Pneumologie	HASSELT
7.85.057.61	Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth	Service médical d'assistance ventilatoire	NAMUR
7.85.058.60	AZ Sint-Jozef	Dienst Neurologie en Pneumologie	MALLE
7.85.059.59	AZ Salvator-Sint-Ursula Campus Salvator	Dienst pneumologie	HASSELT
7.85.060.58	AZ Sint Jozef	Dienst inwendige geneeskunde	TURNHOUT
7.85.061.57	AZ Sint-Blasius		DENDERMONDE
7.85.062.56	Sint-Augustinuskliniek		VEURNE

RIZIV – INAMI Dienst Geneeskundige verzorging - Service des soins de santé W.U. 1. 07.

*Vingt-troisième mise à jour du manuel à l'intention des médecins-conseil
Drieëntwintigste bijwerking van de handleiding ten behoeve van de adviserend geneesheren*

7.85.063.55	CH Hornu-Frameries Site de Hornu		HORNU
7.86.5	Type overeenkomst – Diensten die continue infusetherapie thuis met behulp van een draagbare insulinepomp organiseren Convention type – Services organisant l'insulinothérapie par perfusion continue à aide d'une pompe à insuline portable		
7.86.501.72	U.Z. Leuven Gasthuisberg	Dienst endocrinologie en pediatrie	LEUVEN
7.86.502.71	Heilig Hartziekenhuis Campus Wilgenstraat	Dienst inwendige ziekten	ROESELARE
7.86.503.70	ISPTC		CHARLEROI
7.86.504.69	Cliniques Universitaires Saint-Luc	Services de médecine interne et de pédiatrie	BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.86.505.68	U.Z. Antwerpen	Dienst endocrinologie	EDEGEM
7.86.506.67	CAZK Groeninghe - Campus Maria's Voorzienigheid	Dienst inwendige ziekten, endocrinologie, diabetes	KORTRIJK
7.86.507.66	Clinique Saint-Luc	Service de médecine interne	BOUGE
7.86.508.65	ZOL - Campus André Dumont	Dienst inwendige geneeskunde	GENK
7.86.509.64	Sint-Jozefskliniek	Diensten inwendige geneeskunde en pediatrie	IZEGEM
7.86.510.63	CHU de Charleroi - site de Charleroi	Service de médecine interne	CHARLEROI
7.86.511.62	Cliniques du Sud de Luxembourg Site Clinique Saint-Joseph Arlon	Service de médecine interne	ARLON
7.86.512.61	Centre Hospitalier de Jolimont - Lobbes (site de Lobbes)	Services de médecine interne	HAINE-SAINT-PAUL
7.86.513.60	Imeldaziekenhuis	Dienst inwendige ziekten	BONHEIDEN
7.86.514.59	C.H.U. dU Sart Tilman	Service de médecine interne	LIEGE
7.86.516.57	Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis	Dienst endocriene en metabole ziekten	AALST
7.86.517.56	AZ Jan Portael	Dienst inwendige ziekten	VILVOORDE
7.86.518.55	Centre Hospitalier de Jolimont - Lobbes (site de Jolimont)	Service de médecine interne	HAINE-SAINT-PAUL
7.86.519.54	Clinique Reine Fabiola	Service de médecine interne (Unité de diabétologie)	MONTIGNIES-SUR-SAMBRE
7.86.520.53	AZ Sint-Augustinus	Dienst endocrinologie - diabetologie	WILRIJK (ANTWERPEN)
7.86.521.52	AZ Zusters van Barmhartigheid	Dienst inwendige ziekten	RONSE
7.86.522.51	Hôpital Erasme - U.L.B.	Service d'endocrinologie	BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.86.523.50	C.H. Hornu	Service de médecine interne	HORNU
7.86.524.49	A.Z. Sint-Jan AV	Dienst inwendige geneeskunde en kindergeneeskunde	BRUGGE
7.86.525.48	CHU Ambroise Paré	Service de médecine interne	MONS
7.86.526.47	U.Z. Gent	Dienst endocrinologie en stofwisselingsziekten	GENT
7.86.527.46	A.Z. Sint Blasius	Inwendige ziekten - Endocrinologie - Diabetologie	DENDERMONDE
7.86.528.45	A.Z. V.U.B.	Dienst Interne Geneeskunde-Endocrinologie	BRUSSEL (JETTE)
7.86.529.44	Onze Lieve Vrouwziekenhuis	Dienst Inwendige Geneeskunde Endocrino-diabetologie	KORTRIJK
7.86.530.43	A.Z. Sint-Maarten	Dienst endocrinologie-Diabetologie	DUFFEL
7.86.531.42	VZW Sint-Jozefkliniek Centrum Diabeteszorg Sint-Jozef Bornem	Afdeling Sint-Jozefkliniek Bornem	BORNEM
7.86.532.41	Centre Hospitalier de Dinant	Service de médecine interne, endocrino-diabetologie	DINANT
7.86.533.40	A.Z. Maria Middelaers - Sint Jozef	Dienst Inwendige Ziekten	GENT
7.86.534.39	Elisabeth Ziekenhuis	Dienst algemene inwendige ziekten	SIJSELE
7.86.535.38	Medisch Centrum Noord-Oost Limburg	Dienst endocrinologie voor kinderen en adolescenten	MAASEIK
7.86.536.37	St.-Vincentiusziekenhuis Campus St.-Vincentiusziekenhuis Antwerpen Campus AZ St.-Jozef Mortsel		ANTWERPEN
7.86.537.36	Kliniek O.-L.-Vr. Van Lourdes	Dienst inwendige geneeskunde	WAREGEM
7.86.538.35	L'ASBL Hôpitaux St-Joseph, Ste Thérèse et IMTR	Service de médecine interne - Endocrinologie Diabétologie	GILLY (CHARLEROI)
7.86.539.34	Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde VZW Campus	Dienst inwendige ziekten	OUDENAARDE

RIZIV – INAMI Dienst Geneeskundige verzorging - Service des soins de santé

W.U. 1. 07.

*Vingt-troisième mise à jour du manuel à l'intention des médecins-conseil
Drieëntwintigste bijwerking van de handleiding ten behoeve van de adviserend geneesheren*

	Oudenaarde		
7.86.540.33	C.H.R. La Citadelle	Service de Diabétologie	LIEGE
7.86.541.32	C.H.U. Brugmann	Clinique d'endocrinologie diabétologie	BRUXELLES (LAEKEN)
7.86.542.31	Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas	Dienst voor endocrinologie-afdeling zelfregulatie diabetes mellitus	GENT
7.86.543.30	Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli	Service de médecine interne	LA LOUVIERE
7.86.544.29	Virga Jesseziekenhuis		HASSELT
7.86.7	Type overeenkomst – Diensten die zelfregulatie van diabetes mellitus bij kinderen en adolescenten organiseren Convention type – Services organisant l'autogestion du diabète sucré chez des enfants et des adolescents		
7.86.701.66	Algemeen Ziekenhuis Middelheim Campus Koningin Paola Kinderziekenhuis	Dienst pediatrie diabetes	ANTWERPEN
7.86.702.65	A.Z. voor Kinderen Vrije Universiteit Brussel Dienst endocrinologie-diabetes		BRUSSEL (JETTE)
7.86.703.64	Heilig Hartziekenhuis Campus Wilgenstraat Dienst voor klinische en poliklinische diabetologie van het kind en de adolescent		ROESELARE
7.86.704.63	Medisch Centrum Noord-Oost Limburg Ziekenhuiscampi Bree en Maaseik Raad van Bestuur		MAASEIK
7.86.705.62	U.Z. Leuven Kindergeneeskunde - endocrinologie voor kinderen en adolescenten U.Z. Gasthuisberg		LEUVEN
7.86.706.61	U.Z. Antwerpen Dienst kindergeneeskunde Endocrinologie en diabetes		EDEGEM
7.86.707.60	Cliniques Universitaires Saint-Luc Unité d'Endocrinologie Pédiatrique		BRUXELLES (WOLUWE-SAINTE-LAMBERT)
7.86.708.59	Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola	Service de diabétologie clinique	BRUXELLES (LAEKEN)
7.86.709.58	C.H.R. de la Citadelle Département Universitaire de Pédiatrie- Endocrinologie.	Service de diabétologie clinique	LIEGE
7.86.710.57	Cliniques Saint-Joseph	Service de diabétologie clinique et polyclinique	LIEGE
7.86.711.56	Universitair Ziekenhuis Gent Dienst Kindergeneeskunde van de Kliniek voor Kinderziekten C. Hooft		GENT
787	Type overeenkomst – Implanterbare hartdefibrillatoren Convention type – Défibrillateurs cardiaques implantables		
7.87.001.57	U.Z. Gent	Dienst cardiologie	GENT
7.87.002.56	U.Z. Antwerpen	Dienst cardiologie	EDEGEM
7.87.003.55	U.Z. Leuven Gasthuisberg	Dienst cardiologie	LEUVEN
7.87.004.54	C.H.U. de Liège	Service de cardiologie	LIEGE
7.87.005.53	Hôpital Erasme - U.L.B.	Service de cardiologie	BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.87.006.52	Association Hospitalière de Bruxelles et de Schaerbeek	Département de Médecine Interne - Clinique de Cardiologie	BRUXELLES (LAEKEN)
7.87.007.51	Cliniques Universitaires de Mont-Godinne. U.C.L.	Service de cardiologie	YVOIR
7.87.009.49	Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis	Dienst cardiologie	AALST
7.87.010.48	A.Z. Sint-Jan	Dienst cardiologie	BRUGGE
7.87.011.47	A.Z. Middelheim	Dienst cardiologie	ANTWERPEN
7.87.013.45	C.H.R. de la Citadelle	Service de cardiologie	LIEGE
7.87.015.43	Hartcentrum van het Virga Jesseziekenhuis		HASSELT
7.87.016.42	H. Hartziekenhuis	Dienst cardiologie	ROESELARE
7.87.017.41	A.Z. Maria Middelaars - Sint-Jozef Campus Maria Middelaars	Dienst cardiologie	GENT
7.87.018.40	Ziekenhuis Oost-Limburg Thoraxcentrum Campus Sint-Jan		GENK
7.87.019.39	Centre Hospitalier Régional	Service de Cardiologie	NAMUR
7.87.020.38	Cliniques Universitaires Saint-Luc	Service de Pathologie Cardiovasculaire	BRUXELLES (WOLUWE-SAINTE-LAMBERT)
7.89.0	Type overeenkomst – Revalidatie van rechthebbenden lijdend aan een zeldzame monogenische erfelijke metabole ziekten Convention type – Etablissements de rééducation pour bénéficiaires souffrant d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare		
7.89.003.92	Centrum voor Erfelijke Metabole Aandoeningen O.C.M.W. Antwerpen - A.Z. Middelheim Kon Paola		ANTWERPEN

	Kinderziekenhuis		
7.89.004.91	Unité Métabolique Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola - Metabool centrum AZ-VUB		BRUXELLES (LAEKEN)
7.89.005.90	Centre Pinocchio Clinique de L'Espérance		MONTEGNEE
7.89.006.89	Kliniek voor Kinderziekten "C. Hoof" Universitair Ziekenhuis		GENT
7.89.007.88	Centre des Maladies Métaboliques Héréditaires Cliniques Universitaires Saint-Luc		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.89.008.87	C.U.W.G. Maladies Métaboliques. Centre hospitalier universitaire de LIÈGE		LIEGE
7.89.009.86	Centrum voor Metabole Ziekten Universitaire Ziekenhuizen Leuven		LEUVEN
7.89.010.85	Centre de Génétique Humaine Institut de Pathologie et de Génétique		LOVERVAL
7.89.1	Type overeenkomst – Referentiecentra van patienten lijdend aan mucoviscidose Convention type – Centre de référence pour patients atteints de mucoviscidose		
7.89.101.91	A.Z. V.U.B. Mucoviscidosereferentiecentrum		BRUXELLES (JETTE)
7.89.102.90	Cliniques Universitaires Saint-Luc Centre de référence de la mucoviscidose UCL Saint-Luc Secrétariat de pneumologie-pédiatrique		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.89.103.89	Hôpital Erasme- Hôpital des Enfants Reine Fabiola Institut de Mucoviscidose ULB		BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.89.104.88	U.Z. Gent Referentiecentrum voor Mucoviscidose		GENT
7.89.105.87	Muco-Referentiecentrum Antwerpen		ANTWERPEN
7.89.106.86	Muco-Referentiecentrum Gasthuisberg Leuven UZ Gasthuisberg		LEUVEN
7.89.107.85	Centre Liégeois de rééducation fonctionnelle pour la mucoviscidose CHR de la Citadelle		LIEGE
7.89.2	Type overeenkomst – Referentiecentra van patienten lijdend aan neuromusculaire ziekten Convention type – Centre de référence pour patients atteints d'une maladie neuromusculaire		
7.89.201.88*	A.Z. V.U.B. Neuromusculair referentiecentrum - De Bijtjes		BRUSSEL (JETTE)
7.89.202.87*	U.Z. Leuven UZ Gasthuisberg Neuromusculair referentiecentrum		LEUVEN
7.89.203.86*	Cliniques Universitaires Saint-Luc Centre de référence neuromusculaire UCL Saint-Luc		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.89.204.85*	U.Z. Gent Referentiecentrum voor musculaire aandoeningen		GENT
7.89.205.84*	CHR de la Citadelle Centre Liégeois pour les Maladies Neuromusculaires Services de Neuropédiatrie et Neurologie		LIEGE
7.89.206.83	U.Z. Antwerpen Neuromusculair referentiecentrum		EDEGEM
7.89.3	Type overeenkomst – Referentiecentra van patienten lijdend aan refractaire epilepsie Convention type – Centre de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie rebelle		
7.89.301.85	U.Z. Gent Referentiecentrum voor refractaire epilepsie		GENT
7.89.302.84	Hôpital Erasme Centre de référence pour bénéficiaires souffrant d'épilepsie rebelle		BRUXELLES (ANDERLECHT)
7.89.303.83	U.Z. Gasthuisberg Multidisciplinaire epilepsie-eenheid		LEUVEN
7.89.305.81	Les Cliniques Universitaires Saint-Luc		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.89.4	Type overeenkomst – CVS Convention type – CVS		
7.89.401.82	CVS-Referentiecentrum UZ Pellenberg (UZ Leuven)		PELLENBERG
7.89.402.81	CVS-Referentiecentrum Universitair Ziekenhuis Antwerpen		EDEGEM
7.89.403.80	CVS-Referentiecentrum UZ Gent	Psychosomatisch Centrum Polikliniek 2	GENT
7.89.404.79	CVS-Referentiecentrum Academisch Ziekenhuis VUB		BRUSSEL (JETTE)
7.89.405.78	Cliniques Universitaires Saint-Luc		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.89.5	Type overeenkomst – Cp-referentiecentra Convention type – Centres de référence pour IMOC		
7.89.501.79	U.Z. Leuven CP-referentiecentrum		LEUVEN
7.89.502.78	Université Catholique de Louvain Centre de référence en infirmité motrice d'origine cérébrale de l'UCL		BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)
7.89.503.77	U.Z. Gent CP-Referentiecentrum West		GENT

7.89.504.76	<i>Cerebral Palsy Referentiecentrum Antwerpen (CePRA) van het UZ Antwerpen</i>		<i>EDEGEM</i>
7.89.55	Type overeenkomst – Spina Bifida-referentiecentra Convention type – Centre de référence Spina Bifida		
7.89.551.29	<i>U.Z. Leuven CP-referentiecentrum</i>		<i>LEUVEN</i>
7.89.552.28	<i>Université Catholique de Louvain Centre de référence en infirmité motrice d'origine cérébrale de l'UCL</i>		<i>BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)</i>
969	Type overeenkomst – Revalidatieprogramma's voor patiënten getroffen door ernstige visuele stoornissen Convention type – Programmes de rééducation fonctionnelle pour patients atteints de déficiences visuelles graves		
9.69.001.29	ASBL La Lumière		LIEGE
9.69.002.28	ASBL "Les Amis des Aveugles"		GHLIN
9.69.003.27	Clinique Saint-Pierre - ophtalmologie		OTTIGNIES
9.69.004.26	U.Z. Leuven Revalidatiecentrum voor slechtzienden		LEUVEN
9.69.005.25	CHU Brugmann - Service Horus		BRUXELLES (LAEKEN)
9.69.006.24	AZ MIDDELHEIM	Dienst Oogheelkunde	ANTWERPEN
9.69.007.23	<i>UZ ANTWERPEN (UZA)</i>		<i>EDEGEM</i>
9.69.008.22	<i>CENTRUM VOOR VISUELE REVALIDATIE UZ GENT</i>		<i>GENT</i>

Remarque: l'astérisque présent à côté du numéro d'identification de certains établissements signifie que pour ceux-ci, le Comité de l'assurance a, en application de l'A.M. du 14 décembre 1995 (M.B. 30/12/1995), fixé le montant de l'intervention dans les frais de déplacement.

Opmerking: De asterisk naast het identificatienummer van sommige inrichtingen betekent voor deze, dat het Verzekeringscomité, in uitvoering van het M.B. van 14 december 1995 (B.S. 30/12/1995), het bedrag van de tegemoetkoming heeft vastgesteld in de reiskosten.

Antwerps Drug Interventie Centrum (ADIC)

77300783
ADIC

Generaal Belliardstraat 16
2000 ANTWERPEN
Tel: 03 225 26 27

Residentiële behandelingsformule (internaat) met:

- een afdeling 'crisiscentrum'
- en een afdeling 'kortdurend therapeutisch programma (KTP)'. Van deze laatste afdeling maakt ook een aparte wooneenheid voor residentiële nazorg deel uit.

Datum vanaf wanneer de adviserend geneesheer bevoegd is om te beslissen over de tenlasteneming van de individuele aanvragen voor revalidatie in het kader van deze overeenkomst: 1 september 2006

Doel van de inrichting en van de revalidatie:

Cf. de artikelen 2 tot en met 4 van de overeenkomst :

Artikel 2. § 1. "ADIC" is een gespecialiseerde inrichting voor drugsverslaafden met als belangrijkste doel deze verslaafden te behandelen om hen zo volledig mogelijk maatschappelijk te reïntegreren.

Om van een volledige maatschappelijke reïntegratie te kunnen spreken:

- *mogen de patiënten niet meer afhankelijk zijn van drugs;*
- *moeten ze in staat zijn zelfstandig te wonen en te leven en normale relaties met hun omgeving aan te gaan, zonder dat een verdere behandeling of begeleiding op maatschappelijk en psychiatrisch vlak nog nodig is;*
- *moeten ze in staat zijn een beroep uit te oefenen of een opleiding te volgen met het oog op de uitoefening van een toekomstig beroep;*
- *mogen ze geen delicten meer begaan en zeker geen delicten die verband houden met drugs, bv. delicten om hun druggebruik te financieren, drughandel.*

Voor sommige patiënten, onder meer voor wie omwille van bijkomende psychiatrische aandoeningen een volledige maatschappelijke reïntegratie niet haalbaar is, kan ook een gedeeltelijke realisatie van deze algemene doelstellingen en een fundamentele verbetering van hun toestand als een succes worden beschouwd.

Rekening gehouden met de in artikel 3 van deze overeenkomst nader omschreven doelstellingen van de afdeling crisiscentrum van de inrichting, heeft deze afdeling niet tot doel om zelf de beoogde maatschappelijke reïntegratie te realiseren, maar wel hiertoe bij te dragen door de crisistoestand waarin de patiënt zich bevindt te stabiliseren en de patiënt te oriënteren naar en te motiveren voor een geschikt behandelingsprogramma dat verder aan de realisatie van die doelstelling kan werken.

§ 2. De revalidatie-inrichting ADIC bestaat uit twee afdelingen: een afdeling crisiscentrum en een afdeling die voorziet in een kortdurend therapeutisch programma (verder in de overeenkomst de afdeling "KTP" genoemd).

Beide afdelingen bieden een revalidatieformule in internaatsverband aan.

Iedere afdeling heeft haar eigen doelstellingen en therapeutisch programma. Om die redenen functioneren de afdelingen op therapeutisch vlak zo veel mogelijk gescheiden, wat minimum inhoudt dat iedere afdeling over eigen lokalen beschikt en dat tussen de patiënten van de verschillende afdelingen een strikte scheiding wordt gehandhaafd.

(...)

Artikel 3. § 1. De afdeling crisiscentrum wil aan verslaafden die in een crisissituatie verkeren de mogelijkheid bieden om, indien zij dat wensen en er op therapeutisch vlak geen contra-indicaties zijn voor hun opname, de dag zelf dat zij zich aanmelden of ten laatste de dag daarna (behalve indien de patiënt zelf de voorkeur geeft aan een latere datum of indien alle plaatsen in de inrichting reeds benomen zijn) in het centrum te worden opgenomen.

Het doel van deze opname is om op korte termijn de crisissituatie waarin de verslaafde verkeert, te stabiliseren. Daartoe zal de inrichting, indien nodig en mogelijk, de verslaafden fysiek ontwennen en naargelang de concrete problematiek van de patiënt daarnaast ook op medisch, psychisch, sociaal, emotioneel, financieel-administratief en gerechtelijk vlak de toestand van de verslaafde trachten te verbeteren. De inrichting zal er ook naar streven om de patiënt te oriënteren náár en te motiveren vóór een verdere, aangepaste therapeutische behandeling, teneinde de onderliggende oorzaken van de drugsverslaving weg te werken en de verslaafde weer in te schakelen in de maatschappij en in het beroepsleven. Voor die verdere behandeling kunnen patiënten van de afdeling crisiscentrum worden doorverwezen, hetzij naar andere hulpverleningsinrichtingen, hetzij naar de afdeling "KTP" van de inrichting.

Om voor een opname in het crisiscentrum in aanmerking te komen, moet de crisissituatie waarin de patiënt verkeert, dermate ernstig zijn dat ze ambulant onvoldoende kan worden opgevangen.

Het crisiscentrum is laagdrempelig. Ook patiënten die voorafgaand aan hun opname op deze afdeling weinig gemotiveerd zijn om hun levenswijze te veranderen, komen in aanmerking om er behandeld te worden, al blijven een minimale bereidheid om de eigen situatie in vraag te stellen en een minimale motivatie voor opname wel noodzakelijk.

De inrichting zal er over waken dat patiënten die op de afdeling crisiscentrum beroep doen maar er niet of niet snel genoeg zouden kunnen worden opgenomen, terecht kunnen bij andere voorzieningen, eventueel slechts voorlopig. De inrichting kan in dit verband met andere voorzieningen samenwerkingscontracten afsluiten.

§ 2. De basispijler van het crisisprogramma is het samenleven in een gestructureerde leefgroep. De patiënten worden in deze leefgroep opgenomen van zodra hun toestand voldoende gestabiliseerd is. Dit gemeenschapsleven houdt onder meer concreet in dat de patiënten enigszins medeverantwoordelijk zijn voor de dagelijkse organisatie ervan en met name deelnemen aan de bereiding van de maaltijden en het onderhoud van de leefruimtes.

Niettegenstaande het crisisprogramma in hoofdzaak een groepsprogramma is wordt de revalidatie op maat aangepast aan de noden van de patiënten. Bedoeling van het

groepsprogramma is onder andere de patiënt via de anderen te confronteren met het eigen (onaangepast) gedrag en levenswijze. Gezien de labiele toestand van de patiënten wordt de leefgroep van zeer nabij opgevolgd door het begeleidend personeel van de inrichting.

§ 3. De normale duur van een opname in het crisiscentrum en van het revalidatieprogramma van die afdeling bedraagt 6 à 8 weken. Uitzonderlijk kan de opnameduur evenwel oplopen tot 3 maanden en zelfs langer indien de patiënt lang moet wachten om het geïndiceerde vervolg-behandelingsprogramma te kunnen starten.

Artikel 4. De afdeling "KTP" biedt aan verslaafden voor wie een langdurig residentieel therapeutisch programma in groepsverband (ongeveer een jaar) niet aangewezen is, onder meer omdat ze door een relatief korte verslavingsgeschiedenis nog niet volledig gemarginaliseerd zijn en nog beperkt zijn ingeschakeld in het normale maatschappelijke leven, een relatief kortdurende therapeutische behandeling van ongeveer 5 maanden aan, gevolgd door een ongeveer evenlange periode van residentiële nazorg tijdens welke de patiënten relatief zelfstandig wonen in een afzonderlijk gebouw (verder de wooneenheid genoemd).

Het revalidatieprogramma van deze afdeling heeft tot doel de onderliggende oorzaken van de drugverslaving weg te werken en de verslaafde op een drugvrije wijze opnieuw in de maatschappij te integreren, zoals omschreven in artikel 2 § 1 van deze overeenkomst. Dit gebeurt via (individuele en groeps-) psychotherapie, sociotherapie, het bevorderen van zinvolle tijdsbesteding, vorming en begeleiding bij het zoeken naar een woning, een opleiding en werk.

Bij het begin van het programma van het KTP verblijven de patiënten in de inrichting zelf, met een zéér grote mate van toezicht en begeleiding door het personeel van de afdeling. De patiënten maken tijdens deze behandelingsfase deel uit van een leefgroep en staan zelf mee in voor de organisatie van het gemeenschapsleven, de bereiding van de maaltijden en het onderhoud van de leefruimtes. Deze fase duurt ongeveer 5 maanden (met een absoluut minimum van 3 maanden). De bedoeling van het groepsprogramma tijdens deze behandelingsfase is onder andere de patiënt via de anderen te confronteren met het eigen (onaangepast) gedrag en levenswijze, om zo de zelfkennis te vergroten en alternatieve gedragspatronen te oefenen.

Na ongeveer 5 maanden behandeling in de afdeling "KTP" (en nooit vroeger dan na 3 maanden) komen de patiënten voor wie die vorm van nazorg geïndiceerd is en die ver genoeg in hun behandelingsproces gevorderd zijn, in de nazorgfase van de behandeling en gaan ze relatief zelfstandig wonen in de afzonderlijke wooneenheid, in een gebouw dat los staat van de rest van de inrichting. In deze fase maken de patiënten dus geen deel meer uit van de eerder vermelde leefgroep en staan ze ook niet meer onder het permanent toezicht van de inrichting. Tijdens de nazorgfase zetten de patiënten concrete stappen met het oog op hun maatschappelijke herinschakeling, onder meer op het vlak van arbeid, studie, wonen, tijdsbesteding en sociaal contact. De patiënten worden hierbij intensief individueel begeleid en ondersteund, teneinde de veranderingen die bereikt zijn tijdens de leefgroepfase te bestendigen, regelmaat in hun nieuwe levenswijze aan te kweken en herval te vermijden. Patiënten die in de wooneenheid verblijven, kunnen eventueel nog wel deelnemen aan bepaalde activiteiten van de leefgroep in zoverre hun individueel revalidatieprogramma dat voorziet. Doorgaans zullen patiënten die nog maar pas in de wooneenheid verblijven, in het begin nog frequent deelnemen aan activiteiten van de leefgroep maar naargelang het revalidatieprogramma vordert, zullen dergelijke activiteiten verminderen om uiteindelijk geheel weg te vallen.

De totale duur van het revalidatieprogramma van de afdeling KTP (tijdens welke de patiënten ofwel deel uitmaken van de leefgroep, ofwel in de aparte wooneenheid

verblijven) bedraagt normaliter ongeveer 10 maanden. Indien dit geïndiceerd is, kan deze revalidatieduur met enkele maanden worden verlengd.

Patiënten die reeds in de wooneenheid verblijven, kunnen, indien dat geïndiceerd is, bv. nadat ze in druggebruik hervallen zijn, tijdelijk – voor enkele dagen of weken – steeds terug in de leefgroep van de afdeling “KTP” worden opgenomen en derhalve opnieuw tijdelijk in de inrichting zelf (in plaats van in de afzonderlijke wooneenheid) verblijven. Een terugkeer van deze patiënten van de leefgroep naar de afzonderlijke wooneenheid is ook op gelijk welk moment mogelijk.

Ingeval patiënten die het revalidatieprogramma van de afdeling “KTP” vroeger reeds geheel of gedeeltelijk doorlopen hebben, in deze afdeling worden heropgenomen, mag bij de heropname van de patiënt worden rekening gehouden met de duur van die vorige opname, zodat voor deze patiënten niet noodzakelijk opnieuw drie maanden (vanaf de begindatum van de heropname) moet worden gewacht vooraleer zij in aanmerking komen voor een verblijf in de afzonderlijke wooneenheid.

Beoogde populatie: cf. artikel 7 van de overeenkomst :

Artikel 7. *Onder rechthebbenden als bedoeld in deze overeenkomst dient te worden verstaan: de rechthebbenden van de verzekering die illegale drugs gebruiken en die in de inrichting worden gerevalideerd. Het gaat hier om patiënten die lijden aan stoornissen veroorzaakt door het gebruik van psycho-actieve middelen zoals die in de «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-IV) zijn beschreven onder de codenummers 304.00, 304.10, 304.20, 304.30, 304.40, 304.50, 304.60, 304.80 en 304.90.*

Uitzonderlijk kan de inrichting, indien dat aangewezen is, ook rechthebbenden opnemen die hoofdzakelijk alcohol gebruiken (code 303.90 van de DSM-IV).

Op het ogenblik van de opname in het crisiscentrum van de inrichting, moet de patiënt zich, ten gevolge van het gebruik van psycho-actieve middelen, op medisch, psychologisch of sociaal vlak in een crisissituatie bevinden die een opname in internaatsverband verantwoordt.

Op het ogenblik van de opname in de afdeling “KTP” moet de patiënt fysiek onttrokken zijn.

De rechthebbenden die in aanmerking komen voor een opname in de inrichting zijn patiënten vanaf de leeftijd van 17 jaar. Jongere patiënten kunnen nochtans uitzonderlijk ook in aanmerking komen voor de revalidatieprogramma's van de inrichting indien de inrichting voor hen het meest aangewezen behandelingsmilieu blijkt te zijn, rekening houdende met hun problematiek en met de andere beschikbare behandelingsmogelijkheden, en op voorwaarde dat het voor de patiënt niet tegenaangewezen is om in de inrichting in contact te komen met oudere patiënten en hun problematiek. Indien de inrichting een patiënt opneemt die jonger is dan 17 jaar dienen hieromtrent steeds duidelijke afspraken gemaakt te worden met de ouders van de patiënt en alle andere betrokken instanties.

Duur van het revalidatieprogramma:

- Afdeling crisiscentrum : zie het reeds eerder geciteerde artikel 3 § 3 van de overeenkomst ;
- Afdeling kortdurend therapeutisch programma (KTP) : zie het reeds eerder geciteerde artikel 4 van de overeenkomst ;

Heropnamen (*na een vroegtijdige stopzetting van een eerder gevolgd revalidatieprogramma of na een vroeger revalidatieprogramma te hebben afgerond*) worden in de overeenkomst niet uitgesloten. Het volgen van een revalidatieprogramma in de inrichting kan ook geïndiceerd zijn nadat de patiënt reeds een revalidatieprogramma in een andere inrichting heeft gevolgd (ongeacht of hij dat revalidatieprogramma al dan niet voltooid heeft).

Vergoedbare revalidatieprestaties:

- Verpleeg- en revalidatiedag (prijs aan 100%)
- Verpleeg en revalidatiedag : prijs aan 70% :
 - Artikel 8 § 1, 4^{de} alinea : De verpleeg- en revalidatiedag dient aan 70% te worden aangerekend voor patiënten van de afdeling “KTP” die in de afzonderlijke wooneenheid (van die afdeling) verblijven (ook als deze patiënten nog deelnemen aan de activiteiten van de leefgroep van de afdeling) (...)
 - Artikel 8 § 6 : Voor de dagen waarop uitzonderlijk een partiële daghospitalisatie in een verpleeginrichting plaatsvindt, kan de verpleeg- en revalidatiedag aan 70% worden aangerekend voor zover het niet gaat om een partiële hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis of in de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. De cumulatie van het revalidatieprogramma van de inrichting met een andere psychiatrische behandeling van dezelfde rechthebbende, met inbegrip van een partiële psychiatrische dag- of nachthospitalisatie, is in ieder geval uitgesloten.
 - Voor patiënten die opgenomen zijn in de afdeling Kortdurend Therapeutisch Programma (KTP) en die met de expliciete toestemming van de adviserend geneesheer, naast het eigen revalidatieprogramma van de inrichting, ook nog belangrijke activiteiten hebben buiten de inrichting (*onderwijsprogramma of beroepsopleiding, professionele stage, beroepsarbeid*), cf. het verder in deze handleiding nog geciteerde artikel 22 van de overeenkomst.

Alle dagen tijdens welke de rechthebbende effectief is opgenomen in de inrichting en die begrepen zijn in de door de adviserend geneesheer goedgekeurde periode van tenlasteneming van de revalidatie, zijn vergoedbaar.

« Elke overgang van een rechthebbende van de afdeling crisiscentrum naar de afdeling “KTP” van de inrichting of vice-versa, dient het voorwerp uit te maken van een nieuwe aanvraag om tenlasteneming. Voor de overgang van de fase waarin de patiënten deel uitmaken van de leefgroep van de afdeling “KTP” naar de fase waarin de patiënten in de afzonderlijke wooneenheid van de afdeling “KTP” verblijven (of vice-versa), is echter geen nieuwe aanvraag om tenlasteneming noodzakelijk. » (uittreksel uit artikel 12 van de overeenkomst).

Medisch verslag: *«Het medisch verslag dat als bijlage bij dit aanvraagformulier moet worden gevoegd, dient te worden opgesteld onder de verantwoordelijkheid van een arts van de inrichting. Het dient onder meer de afdeling van de inrichting te vermelden waarin de rechthebbende wordt opgenomen, een diagnostisch verslag te bevatten en de voorziene duur van de revalidatie te vermelden. Het College van geneesheren-directeurs kan ten allen tijde een model opleggen voor het opmaken van dit medisch verslag.»* (uittreksel uit artikel 13 § 2)

Het College van geneesheren-directeurs heeft tot nu toe nog geen model van medisch verslag opgelegd.

Vereiste van expliciete toestemming van de adviserend geneesheer om bepaalde activiteiten buiten de inrichting te kunnen uitoefenen: cf. artikel 22 van de overeenkomst: « De patiënten die opgenomen zijn in de afdeling «KTP» van de inrichting kunnen, mits toestemming van het College van geneesheren-directeurs of van de adviserend geneesheer – in het geval dat die reglementair bevoegd is –, naast het in deze overeenkomst beoogde revalidatieprogramma, een onderwijsprogramma of een beroepsopleiding volgen buiten de revalidatie-inrichting, of - uitsluitend voor de patiënten die reeds in de wooneenheid verblijven of die uiterlijk twee maanden later de leefgroep van de afdeling “KTP” zullen verlaten - een beroepsarbeid hervatten of aanvatten.

Voor de dagen dat voornoemde activiteiten buiten de revalidatie-inrichting effectief plaatsvinden en de patiënt daardoor gedurende vier uur of meer niet deelneemt aan het revalidatieprogramma van de inrichting, dient de in artikel 8 omschreven en in artikel 10 vastgelegde prijs van de verpleeg- en revalidatiedag aan 70 % te worden aangerekend.

Alhoewel voor de patiënten die in de afzonderlijke wooneenheid van de afdeling “KTP” verblijven, krachtens artikel 8 § 1 van de overeenkomst uitsluitend de verpleeg- en revalidatiedag aan 70% kan worden aangerekend (en nooit de verpleeg- en revalidatiedag aan 100%), is ook voor deze patiënten de toestemming van het College van geneesheren-directeurs of de adviserend geneesheer vereist om een onderwijsprogramma of een beroepsopleiding te volgen buiten de inrichting of om beroepsarbeid aan te vatten of te hervatten.»

Situaties waarin een door de adviserend geneesheer toegestane revalidatieperiode komt te vervallen : cf. artikel 15 van de overeenkomst: « Een door het College van geneesheren-directeurs of door de adviserend geneesheer – in het geval dat die reglementair bevoegd is - aanvaarde revalidatieperiode komt te vervallen voor het resterende deel van die periode, als de rechthebbende de inrichting verlaat zonder voorafgaande toelating van de directie van de inrichting - wat dus inhoudt dat op voorhand geen datum van terugkomst in de inrichting werd vastgesteld - en als hij niet opnieuw wordt opgenomen in de week die volgt op zijn ontslag.

Het resterende deel van een door het College van geneesheren-directeurs of door de adviserend geneesheer – in het geval dat die reglementair bevoegd is - voor een bepaalde rechthebbende aanvaarde revalidatieperiode, komt eveneens te vervallen in geval van opname of behandeling van de rechthebbende in een andere revalidatie-inrichting voor verslaafden of voor psychiatrische patiënten waarmee het Verzekeringscomité een overeenkomst heeft gesloten.

Nochtans kan er altijd een nieuwe gemotiveerde aanvraag om tenlasteneming van de revalidatie worden ingediend voor een rechthebbende voor wie een akkoord tot tenlasteneming komt te vervallen als gevolg van de bepalingen van dit artikel.»

Op basis van deze bepalingen is iedere cumulatie met een andere revalidatie-inrichting voor verslaafden (of met een revalidatie-inrichting voor psychiatrische patiënten) waarmee het Verzekeringscomité een overeenkomst heeft gesloten dus uitgesloten.

Informatieplicht van de inrichting tegenover de adviserend geneesheer :

Artikel 14. De inrichting verbindt zich ertoe het College van geneesheren-directeurs of de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende – in het geval dat die reglementair bevoegd is – al de informatie te bezorgen die ter beoordeling van de individuele aanvragen om tegemoetkoming wordt gevraagd.

De inrichting verbindt zich ertoe, op het einde van de revalidatie, het College

van geneesheren-directeurs of de adviserend geneesheer van de bevoegde verzekeringsinstelling – in het geval dat die reglementair bevoegd is –, een eindverslag betreffende de revalidatie met vermelding van de behaalde resultaten te bezorgen. Het College van geneesheren-directeurs kan ten allen tijde een model opleggen voor het opmaken van dit eindverslag.

7.73.032.58**M.S.O.C. Vlaams-Brabant****Medisch-sociaal opvangcentrum voor drugsverslaafden****Sint-Annastraat 1****3000 LEUVEN**

Laagdrempelig, ambulant revalidatieprogramma dat hoofdzakelijk individuele begeleiding aanbiedt. De toediening van vervangingsmedicatie kan een onderdeel zijn van het revalidatieprogramma.

Doel van de inrichting en van de revalidatie :

« Als ambulant medisch-sociaal opvangcentrum voor druggebruikers (M.S.O.C.), zoals bedoeld in het Actieplan toxicomanie-drugs 1995 van de Federale Regering, moet de inrichting snel en op maat doeltreffende medische en sociale begeleiding bieden aan druggebruikers die door de bestaande voorzieningen, van welke aard ook (medisch, psychologisch of sociaal ; ambulant of residentieel), niet of onvoldoende worden bereikt. (...) »

De inrichting zal, teneinde voldoende laagdrempelig te zijn voor de beoogde doelgroep, geen voorafgaande voorwaarden stellen voor de behandeling. Voor die behandeling zal de inrichting in een eerste tijd zo veel mogelijk uitgaan van de concrete behoeften van de patiënten zelf, evenwel zonder de totale context van hun problematiek uit het oog te verliezen en op het gepaste ogenblik te berde te brengen. Zodra dat mogelijk is, zal de behandeling via een gepland, met de druggebruiker afgesproken schema verlopen, dat het individueel revalidatieprogramma vormt, waarvan een behandeling met vervangingsmedicatie een onderdeel kan vormen.

Het opzet en het doel van de revalidatie-inrichting blijft hoe dan ook, de aanzet te vormen tot een effectieve behandeling van de verslaving.

In functie van de individuele toestand van elke patiënt, kan een doorverwijzing naar een reguliere zorgverstrekker of naar een, al dan niet gespecialiseerde, zorgverstrekende inrichting, hiervoor noodzakelijk zijn. Zulke doorverwijzing kan alleen maar plaatsvinden met de toestemming van de patiënt en van de zorgverstrekker of inrichting naar waar verwezen wordt. » (uittreksels uit artikel 2 van de overeenkomst)

« § 1. De revalidatie in de inrichting heeft als doel de toestand van de druggebruiker op medisch, psychologisch én sociaal vlak gevoelig te verbeteren. Om zulke gevoelige verbetering te bewerkstelligen, kan het aangewezen zijn als tussenstap te werken aan beperkte, haalbare doelstellingen ; in sommige gevallen kan de behandeling zich zelfs tijdelijk nagenoeg uitsluitend richten op het in contact komen en blijven met de druggebruiker. Met betrekking tot het druggebruik zelf, is de volledige ontwenning steeds de uiteindelijke doelstelling ; concreet zal de inrichting zijn doelstelling voor vele patiënten van de doelgroep echter dienen te beperken tot een vermindering of eliminatie van het druggebruik, eventueel door het toedienen van vervangingsmedicatie.

§ 2. Op medisch vlak richt de revalidatie zich onder meer op het volgende :

- een vermindering of eliminatie van het druggebruik, indien aangewezen door het gebruik van vervangingsmedicatie, hetzij op korte termijn (in het kader van een afbouwschema), hetzij op lange termijn (toediening van vervangingsmedicatie op onderhoudsbasis) ;

- *het diagnosticeren en behandelen van de gezondheidsproblemen van de druggebruiker, die, door zijn gebrek aan contact met de reguliere medische zorgverstrekkers, onbehandeld zijn gebleven ;*
- *het diagnosticeren en behandelen van de psychiatrische problemen van de druggebruiker ;*
- *de individuele preventie van nieuwe gezondheidsproblemen door het bestrijden van allerlei risicogedrag en slechte leefgewoonten, o.m. op het vlak van hygiëne en voeding.*

§ 3. Specifiek op psychiatrisch en psychologisch vlak heeft de revalidatie als doel de psychologische problemen die aan de basis liggen van het druggebruik of die het druggebruik instandhouden, te diagnosticeren en te behandelen, zodat het gevoel van psychologisch welbevinden toeneemt, de sociale integratie verbetert en de afhankelijkheid van drugs vermindert of wegvalt.

Afhankelijk van de problematiek van de patiënt, kan hiertoe met de patiënt gewerkt worden aan :

- *de verwerking van traumatische ervaringen en de behandeling van neuroses, depressies, fobieën en andere angststoornissen ;*
- *het verhogen van de weerbaarheid van de patiënt (frustratietolerantie, omgaan met verlies en met negatieve emoties,...) en van het vermogen om bepaalde problemen constructief op te lossen ;*
- *het verstevigen van het zelfvertrouwen en het zelfbeeld ;*
- *de verbetering van de sociale vaardigheden ;*
- *de oplossing van problemen op het vlak van zingeving en levensdoelen ;*
- *de oplossing van relationele of familiale problemen.*

§ 4. Op sociaal vlak kan de revalidatie zich richten op :

- *het vervullen van de basisbehoeften van de patiënt (voeding, kleding, onderdak), eventueel door hiervoor tijdelijk beroep te doen op tehuizen voor daklozen ;*
- *het verbeteren van de inkomenssituatie van de patiënt, door de verwerving van een stabiel legaal inkomen en zo nodig door budgetbeheer ;*
- *een verbetering van de huisvestingssituatie van de patiënt ;*
- *het regelen van de verzekeraarbaarheid van de patiënt in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ;*
- *een verbetering van de justitiële situatie van de patiënt ;*
- *het herstellen van de contacten met de familie van de patiënt en een vermindering van de familiale conflicten ;*
- *de zinvolle invulling van de vrije tijd ;*
- *het stimuleren van de patiënt om een voor hem geschikt onderwijsprogramma of beroepsopleiding te volgen ;*
- *het begeleiden van de patiënt bij het zoeken naar werk, bij het solliciteren en bij het behouden van werk ;*
- *de verhoging van de vaardigheden en het probleemoplossend vermogen van de patiënt op al de hogergenoemde terreinen ;*
- *de effectieve doorverwijzing naar gespecialiseerde instanties die de patiënt op hogergenoemde vlakken kunnen helpen. » (cf. artikel 7 van de overeenkomst)*

Beoogde populatie : cf. artikel 6 van de overeenkomst :

« De rechthebbenden van onderhavige overeenkomst zijn rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die illegale drugs gebruiken. Het gaat hier om patiënten die lijden aan stoornissen door het gebruik van psychoactieve middelen die in de "Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV) beschreven zijn onder de codes, 304.xx, 305.20, 305.30, 305.40, 305.50, 305.60, 305.70 en 305.90.

Alleen de volgende patiënten worden door de inrichting beoogd :

- *patiënten die door andere voorzieningen, van welke aard ook, niet (meer) of onvoldoende worden bereikt en*
- *voor wie tevens, omwille van een problematiek op meerdere vlakken (medisch, psychologisch of sociaal), een multidisciplinaire behandeling geïndiceerd is.*

De revalidatie is in principe beperkt in duur. Zodra een overdracht naar de reguliere zorgvoorzieningen mogelijk is en/of een multidisciplinaire behandeling niet meer nodig is, behoort een patiënt derhalve niet meer tot de doelgroep van de inrichting, en zal de inrichting de nodige maatregelen nemen om de overdracht van de behandeling naar andere zorgvoorzieningen te realiseren.»

Duur van het revalidatieprogramma : cf. de algemene omschrijving in de rubriek « beoogde populatie ». De eigenlijke overeenkomst legt geen precieze maximale revalidatieduur vast : ook in het revalidatieproject is er geen sprake van een maximale revalidatieduur. In de praktijk kan een revalidatieprogramma van meerdere jaren voor bepaalde patiënten niet worden uitgesloten.

Heropnamen (na een onderbreking van een vroeger revalidatieprogramma of na een vroeger revalidatieprogramma te hebben beëindigd) worden in de overeenkomst niet uitgesloten. Het volgen van een revalidatieprogramma in de inrichting kan ook geïndiceerd zijn nadat de patiënt reeds een revalidatieprogramma in een andere inrichting heeft gevolgd (ongeacht of hij dat revalidatieprogramma al dan niet beëindigd heeft).

Vergoedbare revalidatieprestaties : de revalidatieweek (= één forfaitair bedrag per rechthebbende en per week = van zondag tot zaterdag).

Medisch verslag :

« Hierbij dient verplicht een medisch verslag gevoegd te worden dat een diagnose van de problematiek van de patiënt op medisch, psychologisch en sociaal vlak bevat.

Het College van geneesheren-directeurs kan ten allen tijde een model opleggen voor het opmaken van dit medisch verslag. » (uittreksel uit artikel 17 § 2)

Tot nu toe heeft het College van geneesheren-directeurs geen model van medisch verslag goedgekeurd in het kader van deze overeenkomst.

Situaties waarin een door de adviserend geneesheer toegestane revalidatieperiode komt te vervallen : cf. artikel 18 van de overeenkomst :

« §1. Een door het College van geneesheren-directeurs of door de adviserend geneesheer – in het geval dat die reglementair bevoegd is - voor een bepaalde rechthebbende aanvaarde revalidatieperiode, komt voor het resterende deel van die periode te vervallen indien de inrichting voor die rechthebbende de voorbije 6 maanden geen enkele vergoedbare revalidatieweek heeft gerealiseerd.

§2. Het is altijd mogelijk een nieuwe gemotiveerde aanvraag om tenlasteneming van de revalidatie in te dienen voor een rechthebbende voor wie een akkoord tot tenlasteneming komt te vervallen als gevolg van de bepalingen van dit artikel. »

Cumulatie van het revalidatieprogramma in de inrichting met andere behandelingsverstrekkingen : cf. artikel 19 van de overeenkomst :

« § 1. Van de inrichting wordt verwacht dat ze aan haar patiënten een volledig medisch-psycho-sociaal revalidatieprogramma aanbiedt dat tegemoet komt aan de noden zoals de patiënt die zelf ervaart. Om die reden en vanuit de overweging dat een gelijktijdige begeleiding van eenzelfde patiënt door twee verschillende zorgvoorzieningen therapeutisch niet opportuun is, komen patiënten die door de inrichting worden gevolgd, in dezelfde periode normaliter niet in aanmerking voor de volgende behandelingsprogramma's of revalidatieprogramma's:

- het behandelingsprogramma van een ander ambulant revalidatiecentrum voor verslaafden of van een psychosociaal revalidatiecentrum voor psychiatrische patiënten dat met het Verzekeringscomité een overeenkomst heeft gesloten;
- een partiële dag- of nachthospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis of in de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis;
- een revalidatie-nabehandeling die wordt aangeboden door een psychiatrisch ziekenhuis voor patiënten die in het psychiatrisch ziekenhuis gehospitaliseerd zijn geweest.

De inrichting zal zich permanent inspannen teneinde na te gaan of haar patiënten in een zelfde periode niet door verschillende zorgvoorzieningen worden gevolgd. Indien blijkt dat bepaalde patiënten één van de hierboven vermelde behandelingsprogramma's of revalidatieprogramma's volgen, dan zal de inrichting deze patiënten wijzen op de inopportuunheid van een gelijktijdige begeleiding door twee verschillende zorgvoorzieningen. De inrichting zal dan met de patiënt en de andere betrokken zorgvoorzieningen, vanuit een fundamenteel respect voor de vrijheid van de patiënt om zelf zijn zorgverleners te kiezen en deze keuze gelijk wanneer te wijzigen, afspraken maken met betrekking tot de zorgvoorziening die voor de begeleiding van de patiënt zal instaan.

De verzekeringstegemoetkoming kan geweigerd worden indien de patiënt in dezelfde week (van zondag tot zaterdag) al één van de hoger bedoelde behandelings- of revalidatieprogramma's gevolgd heeft die door andere zorgvoorzieningen worden aangeboden.

§ 2. Als ambulant revalidatiecentrum kan de inrichting normaliter niet tussenkomen voor patiënten die volledig gehospitaliseerd zijn (in een ziekenhuis of in een revalidatie-inrichting die een revalidatieprogramma in internaatsverband aanbiedt). Bijgevolg is de tussenkomst van de verzekering in de in artikel 12 omschreven revalidatieprestatie in ieder geval uitgesloten voor een bepaalde week en een bepaalde patiënt indien die patiënt de ganse week (van zondag tot zaterdag) volledig gehospitaliseerd is geweest. Het aanrekenen van de in artikel 12 omschreven revalidatieprestatie is echter wel mogelijk voor patiënten die slechts een deel van de week zijn gehospitaliseerd geweest of die slechts partieel gehospitaliseerd zijn geweest, behalve in de gevallen waarop de bepalingen van § 1 toepasselijk zijn. »

Voor deze inrichting komt de toestemming van de adviserend geneesheer niet te vervallen in geval van opname in een andere revalidatie-inrichting.

Rekening houdende met de hierboven geciteerde bepalingen, kan het echter wel aangewezen zijn de betrokken inrichtingen expliciet te wijzen op het gevaar van een dubbel revalidatieprogramma als een patiënt in een geheel of gedeeltelijk overlappende periode beroep doet op meerdere revalidatie-inrichtingen. Het komt immers geregeld voor dat de rechthebbenden in zulke gevallen de betrokken inrichtingen hierover niet informeren.

A.S.B.L. « PHENIX » à Namur

77303357**A.S.B.L. « PHENIX »**

Avenue Bourgmestre Jean Materne, 165
5100 JAMBES

Programme de rééducation ambulatoire (externat). Pour la plupart des patients, le programme de rééducation comprend essentiellement ou uniquement des séances de rééducation individuelles ayant une certaine durée. Pour une partie des patients, le programme de rééducation peut consister essentiellement ou uniquement à des activités de groupe (session de traitement).

Date à partir de laquelle le médecin-conseil est compétent pour prendre les décisions à propos de la prise en charge des demandes individuelles pour la rééducation dans le cadre de cette convention : 01/09/2006

But de l'établissement et de la rééducation : Cf. les articles 3 et 8 de la convention :

Article 3. L'établissement a pour but d'offrir aux toxicomanes une possibilité de traitement ambulatoire financièrement et psycho socialement accessible. Afin d'être suffisamment accessible au groupe-cible, l'établissement commencera ses prises en charges à partir des besoins concrets rencontrés par les patients chaque fois que cela sera possible, sans toutefois perdre de vue le contexte global de leur problème et sans oublier d'aborder celui-ci au moment approprié.

(...)

Article 8. § 1^{er} La rééducation fonctionnelle dans l'établissement a pour but d'améliorer sensiblement la situation du toxicomane sur les plans médical, psychologique et social. Pour ce faire, il peut être parfois indiqué d'envisager dans un premier temps d'atteindre des objectifs limités et réalisables; dans certains cas, le traitement peut même temporairement être consacré presque exclusivement à la prise de contact et au maintien de ce contact avec le toxicomane. En ce qui concerne l'usage même de la drogue, le sevrage complet demeure toujours l'objectif final; toutefois, pour beaucoup de patients du groupe cible, l'établissement devra limiter son objectif à une réduction ou suspension de l'utilisation de drogue, éventuellement par l'administration de médicaments de substitution.

§ 2. Sur le plan médical, la rééducation vise entre autres:

- *la diminution ou l'élimination de l'usage de drogue, si indiqué en utilisant des médicaments de substitution, soit à court terme (schéma de cessation progressive), soit à long terme (administration de médicaments de substitution pour la mise en place d'un programme de « maintenance »);*
- *à diagnostiquer et traiter les problèmes de santé du toxicomane qui, faute de contact avec les dispensateurs réguliers de soins, n'ont pas été traités;*
- *à diagnostiquer et traiter les problèmes psychiatriques du toxicomane;*

- *la prévention individuelle de nouveaux problèmes de santé en combattant un comportement à risques et de mauvaises habitudes de vie par exemple sur le plan de l'hygiène et de l'alimentation.*

§ 3. Sur les plans psychiatrique et psychologique en particulier, la rééducation a pour but de diagnostiquer et de traiter les problèmes relevant de ces domaines qui sont à la base de la consommation de drogues ou qui l'entretiennent, de façon à accroître la satisfaction psychologique, à améliorer l'intégration sociale et à réduire ou à supprimer la dépendance aux drogues.

Selon la problématique du patient, on peut travailler avec lui :

- *l'acceptation des expériences traumatiques et le traitement des névroses, des dépressions, des phobies ou d'autres troubles d'anxiété ;*
- *le développement de la faculté de résistance du patient (tolérance à la frustration, faire face au sentiment de perte et aux émotions négatives, ...) et de la capacité à résoudre certains problèmes de façon constructive;*
- *le renforcement de la confiance en soi et l'image de soi;*
- *l'amélioration des aptitudes sociales;*
- *la résolution de problèmes sur le plan du sens et de la finalité de la vie;*
- *la résolution de problèmes relationnels et familiaux.*

§ 4. Sur le plan social, la rééducation peut se concentrer sur :

- *la satisfaction des besoins primaires du patient (la nourriture, les vêtements, le logement), le cas échéant, en faisant appel temporairement à des refuges pour sans-abri;*
- *l'amélioration de la situation financière du patient par l'obtention d'un revenu légal stable et, si indiqué, par la gestion du budget;*
- *l'amélioration de la situation sur le plan du logement du patient;*
- *la régularisation de l'assurabilité du patient dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;*
- *l'amélioration de la situation juridique du patient;*
- *le rétablissement des contacts avec la famille du patient et une diminution des conflits familiaux;*
- *l'occupation utile des temps libres;*
- *l'encouragement du patient à suivre un programme d'enseignement ou une formation professionnelle appropriés;*
- *l'accompagnement du patient dans la recherche d'un travail, la sollicitation et le maintien du travail;*
- *l'augmentation des aptitudes et de la capacité à résoudre les problèmes du patient sur tous les terrains précités;*
- *l'envoi effectif vers des instances spécialisées qui peuvent aider le patient sur les plans susvisés.*

Population visée : Cf. article 7 de la convention :

Article 7. *Les bénéficiaires de la présente convention sont des bénéficiaires de l'assurance qui consomment des drogues illégales. Il s'agit de patients atteints de troubles liés à l'utilisation de produits psycho-actifs décrits dans le «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-IV) sous les codes 304.00, 304.10,*

304.20, 304.30, 304.40, 304.50, 304.60, 304.80 et 304.90.

Seuls les patients confrontés à une problématique multifonctionnelle (médicale, psychique et/ou sociale), et pour lesquels un traitement multidisciplinaire est indiqué peuvent bénéficier des soins et de l'encadrement mis à leur disposition dans l'établissement.

En principe, la rééducation fonctionnelle est limitée en durée. Dès qu'un traitement multidisciplinaire ne lui est plus nécessaire, le patient ne fait plus partie du groupe-cible de l'établissement et ce dernier prend les mesures utiles pour réaliser le transfert du patient vers d'autres services de soins.

Durée du programme de rééducation :

Cf. les dispositions générales contenues dans la rubrique « population visée ». La convention proprement dite ne fixe pas une durée de rééducation maximale précise. Dans la pratique, il n'est pas exceptionnel qu'un programme de rééducation ait une durée de 1 à 2 ans.

Les reprises (*après une interruption précoce d'un programme de rééducation suivi antérieurement ou après un programme de rééducation antérieur achevé*) ne sont pas exclues dans la convention.

Le suivi d'un programme de rééducation dans l'établissement peut être aussi indiqué après que le patient ait déjà suivi un programme de rééducation dans un autre établissement (peu importe que le programme de rééducation ait été achevé ou pas).

Prestations de rééducation remboursables :

- entretien individuel (1 heure) ;
- entretien individuel (1 heure 30 minutes) ;
- session de traitement (3 heures) ;
- session de traitement (6 heures).

Seules les prestations de rééducation qui sont réalisées durant la période de rééducation accordée par le Médecin-conseil peuvent être prise en compte pour le remboursement.

Lorsque le médecin-conseil a approuvé la prise en charge de la période de rééducation fonctionnelle pour certains bénéficiaires, toutes les prestations de rééducation remboursables mentionnées ci-dessus, peuvent (conformément à l'article 14 de la convention) être réalisées, dans les limites de cette période de rééducation et en fonction de ce qui est indiqué pour ce bénéficiaire. La nature et la fréquence des prestations de rééducation remboursables réalisées peuvent cependant varier d'un patient à l'autre et être modifiées au cours du programme de rééducation en fonction des besoins de chaque patient.

« (...) »

Toutefois, le Collège des médecins-directeurs, ou le médecin-conseil – si ce dernier est compétent – peut toujours prendre une décision motivée de limiter la fréquence et les types de prestations de rééducation fonctionnelle pour ce bénéficiaire

lors de sa décision de prise en charge du programme de rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire. » (Article 14, dernier alinéa).

Article 10, § 3 : *Un seul entretien individuel ou une seule session de traitement peuvent être remboursés par bénéficiaire et par jour.*

Article 10, § 4 : *Les membres de l'entourage immédiat du bénéficiaire (parents, partenaire, enfants, ...) peuvent éventuellement participer à un entretien individuel si leur participation peut contribuer à la réalisation des buts individuels de la rééducation fonctionnelle pour ce bénéficiaire.*

Si plusieurs bénéficiaires, au sens de l'article 7, participent à un entretien individuel (p.e. des bénéficiaires qui forment un couple), la session ne peut être facturée que pour un seul bénéficiaire.

L'établissement peut aussi réaliser, sur le plan psychique et/ou social, des entretiens individuels auxquels prennent part exclusivement des membres de l'entourage immédiat d'un bénéficiaire (parents, partenaire, enfants, ..., mais pas d'intervenants professionnels), si ce genre d'entretiens sont utiles à la réalisation des buts individuels de la rééducation fonctionnelle pour ce bénéficiaire.(...) Le nombre d'entretiens individuels d'1 heure remboursables auxquels prennent part exclusivement les membres de l'entourage du bénéficiaire est limité pour chaque mois au nombre d'entretiens individuels d'1 heure remboursables qui ont eu lieu au cours de ce mois avec la participation du bénéficiaire concerné (...).

(...)

Pour ces séances de rééducation auxquelles les personnes de l'entourage du bénéficiaire participent, que le bénéficiaire soit présent ou pas, l'accord du médecin-conseil n'est pas exigé. Il n'est cependant pas possible de prendre en charge les personnes de l'entourage du toxicomane si le toxicomane lui-même n'est pas suivi dans l'établissement : le toxicomane est toujours le bénéficiaire. Le médecin-conseil ne peut donc pas donner un accord de prise en charge si il apparaît que l'établissement n'a des contacts qu'avec l'entourage du toxicomane et non avec le toxicomane lui-même.

Article 10, § 5 : *Pour tout nouveau patient se présentant à l'établissement, les deux premiers entretiens individuels d'une durée minimale d'1 heure ont pour objet de diagnostiquer l'état du patient sur les plans médical, psychique et social et de dispenser les soins urgents nécessaires. Ces entretiens individuels sont, pour cette raison, considérés comme des sessions d'observation. Ils ne peuvent être portés en compte ni au patient, ni aux organismes assureurs.*

Seuls les patients qui n'ont encore jamais antérieurement été rééduqués sont considérés comme nouveaux patients.

Article 10, § 6 : *Les activités de groupe non-structurées où les participants ne sont pas présents en permanence, ne peuvent pas être considérées comme des activités de rééducation fonctionnelle.*

(...)

Rapport médical : Cf. article 15, § 2 de la convention :

Article 15, § 2 : *L'Arrêté royal cité au § 1^{er} prévoit notamment que le bénéficiaire introduit sa demande de prise en charge au moyen du modèle approuvé par le Comité de l'assurance. Un rapport médical rédigé sous la responsabilité d'un médecin de l'établissement doit être joint en annexe à ce formulaire; il doit notamment comprendre un rapport diagnostique et mentionner les dates des séances d'observation, la période de rééducation demandée et le contenu prévu de la rééducation.*

Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment imposer un modèle pour l'établissement de ce rapport médical.

Le Collège des médecins-directeurs n'a jusqu'à présent pas encore imposé un modèle pour ce rapport médical.

Situation dans laquelle une période de prise en charge autorisée par le médecin-conseil vient à expirer : Cf. article 17, § 3 de la convention

Article 17, § 3 : *La partie restante d'une période de prise en charge de la rééducation fonctionnelle acceptée par le Collège des médecins-directeurs, ou par le médecin-conseil – si ce dernier est compétent – pour un certain bénéficiaire, expire si l'établissement ne réalise aucune prestation de rééducation remboursable pendant une période de 6 mois avec le bénéficiaire en question.*

Toutefois, il est toujours possible d'introduire une nouvelle demande de prise en charge de rééducation fonctionnelle pour un bénéficiaire pour lequel un accord de prise en charge vient à expiration suite aux dispositions de cet article.

Cumul du programme de rééducation dans l'établissement avec un autre programme de rééducation : Cf. article 17, §§ 1 et 2 de la convention

Article 17 : § 1. *L'établissement doit offrir à ses patients un programme de rééducation fonctionnelle médico-psycho-social complet qui tient compte des besoins exprimés qu'ils expriment. Pour ce motif et pour le motif qu'un traitement simultané d'un même patient par deux structures de soins différentes n'est pas opportun d'un point de vue thérapeutique, un patient suivi par l'établissement ne peut normalement pas bénéficier, au cours de la même période de rééducation fonctionnelle, de soins s'inscrivant dans des programmes thérapeutiques ou des programmes de rééducation fonctionnelle des types suivants :*

- *le programme thérapeutique d'un autre centre de rééducation ambulatoire pour toxicomanes ou d'un centre de rééducation psycho-sociale pour patients psychiatriques ayant conclu une convention avec le Comité de l'assurance ;*
- *une hospitalisation partielle de jour ou de nuit dans un hôpital psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un hôpital général ;*
- *le programme de postcure de rééducation fonctionnelle organisé par un hôpital psychiatrique pour des patients qui y sont ou qui y ont été hospitalisés.*

L'établissement devra constamment vérifier que les patients qu'il prend en charge ne sont pas traités simultanément par plusieurs structures de soins. S'il

s'avère que certains d'entre eux suivent l'un (ou plusieurs) des programmes thérapeutiques ou programmes de rééducation fonctionnelle mentionnés ci-dessus, l'établissement signalera à ces patients l'inadéquation d'un traitement simultané par deux structures de soins différentes. Le cas échéant, l'établissement, le patient et les autres structures de soins concernées conviendront de la structure de soins qui s'occupera du traitement du patient, en respectant la liberté du patient qui peut choisir lui-même ses dispensateurs de soins et en changer quand il le désire.

L'intervention de l'assurance pour les prestations réalisées par l'établissement pour un patient au cours d'une semaine peut toujours être refusée dans le cas où ce patient s'est déjà adressé au cours de cette même semaine (du dimanche au samedi) à une autre structure dans laquelle il a bénéficié de soins s'inscrivant dans un programme thérapeutique ou un programme de rééducation fonctionnelle susvisé.

§ 2. L'intervention de l'assurance dans les prestations de rééducation fonctionnelle définies à l'article 10 est exclue dans le cas où un patient a été admis dans un établissement hospitalier (ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle organisant un programme de rééducation fonctionnelle en internat) le jour où la prestation de rééducation fonctionnelle a été effectuée, sauf dans le cas où l'admission (dans un établissement hospitalier ou dans un établissement de rééducation fonctionnelle) du patient a eu lieu après que la prestation de rééducation fonctionnelle a été effectuée. Seules les admissions en internat sont visées dans ce paragraphe. Le cumul d'une prestation de rééducation fonctionnelle définie à l'article 10 et d'une admission en programme ambulatoire est donc possible, sauf pour les hospitalisations partielles en institution psychiatrique visées au § 1er du présent article.

Obligation de fournir des renseignements à l'égard du médecin-conseil : Cf. article 16 de la convention

Article 16 : *L'établissement s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs, ou au médecin-conseil – si ce dernier est compétent – toute information demandée pour évaluer les demandes individuelles d'intervention.*

Lorsque le traitement de rééducation fonctionnelle d'un patient prend fin, l'établissement s'engage également à remettre au Collège des médecins-directeurs, ou au médecin-conseil – si ce dernier est compétent – un rapport final concernant la rééducation fonctionnelle avec mention des résultats obtenus. Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment imposer un modèle pour l'établissement de ce rapport final.

~~~~~



**Convention de rééducation fonctionnelle entre le comité de l'assurance soins de santé de l'institut national d'assurance maladie-invalidité et l'a.s.b.l. centre médical « Clairs Vallons » pour son unité de rééducation fonctionnelle pour enfants atteints de maladie chronique**

Convention spécifique.

Population visée :

**Article 3** Tout bénéficiaire au sens de la présente convention doit satisfaire aux 4 conditions suivantes :

1. Il doit être âgé de 0 à 18 ans accomplis – toutefois, à titre d'exception, un bénéficiaire qui a débuté sa rééducation dans l'établissement avant l'âge de 18 ans accomplis et n'a pas achevé son cycle d'enseignement secondaire, peut obtenir une prolongation de la période d'intervention de l'assurance, au maximum jusqu'à l'âge de 21 ans accomplis, sous réserve d'une décision favorable du Collège des médecins-directeurs prise en application des dispositions de l'article 20.
2. Il doit souffrir d'une maladie chronique
  - 2.1. clairement diagnostiquée
  - 2.2. et nécessitant des soins actifs spécifiques qui relèvent d'une rééducation multidisciplinaire intensive ne pouvant être dispensée ni durant une hospitalisation, ni dans un traitement ambulatoire extérieur à l'établissement, ni par un établissement médico-pédagogique.

Sont notamment considérées comme maladies chroniques les maladies reprises dans la liste non-exhaustive qui suit :

- a) maladies pneumologiques :
  - pathologie bronchique itérative (p. ex. : dyskinésie ciliaire, bronchiectasies, séquelles d'inhalation, de tuberculose pulmonaire, de détresse respiratoire néonatale, dysplasie broncho-pulmonaire, suite de réanimation néonatale, enfants trachéotomisés) ;
  - mucoviscidose ;
  - asthme avec fréquence de crises  $\geq 3$  sur l'échelle de K. AAS et/ou avec une dose inhalée de corticoïdes  $\geq 400$   $\mu\text{g}$  par jour avec dans le passé soit, une utilisation intermédiaire de corticothérapie, soit un recours constant à la corticothérapie ;
  - pneumonie interstitielle et bronchiolite oblitérante ;
  - syndrome d'Ondine, syndrome de Pickwick ;
- b) maladies néphrologiques :
  - insuffisance rénale ;
  - pré et post-greffe rénale ;
- c) maladies gastro-entérologiques :
  - pathologies nécessitant une alimentation entérale ou parentérale ;
  - gastrostomie ;
  - insuffisances hépatiques et pancréatiques ;
- d) maladies orthopédiques :
  - revalidation postopératoire intensive ;
- e) maladies cardiologiques :
  - état postopératoire ;
  - pathologie vasculaire grave ;
- f) maladies métaboliques, immunitaires, génétiques et maladies orphelines nécessitant des soins spécifiques, des régimes adaptés et une surveillance suivie ;
- g) maladies endocrinologiques :
  - diabète ;
  - pathologies thyroïdiennes ;
  - retards de croissance ;

- h) maladies hématologiques :
  - hémophilie ;
  - drépanocytose ;
  - suivi oncologique chez les enfants sans immuno-suppression sévère ;
- i) maladies infectieuses chroniques ;
- j) neurologie (avec pathologie associée) :
  - spina bifida ;
- k) maladies psychosomatiques sévères ;
- l) maladies dermatologiques :
  - affections de la peau généralisées, affectant plus de 18% de la surface de la peau, à l'admission, dont les brûlures graves.
- m) obésité caractérisée :
  - pour les enfants jusqu'à 16 ans accomplis, par un Body Mass Index  $\geq 97^{\text{ème}}$  percentile, en fonction du sexe, selon les courbes établies en France par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.) ;
  - pour des adolescents de 17 et 18 ans, par un Body Mass Index  $\geq 35$ .

Pour toute maladie qui n'est pas reprise dans cette liste, son caractère de maladie chronique doit être établi de manière probante dans le rapport médical visé à l'article 20, § 1.

3. Il doit être issu d'un des groupes-cible suivants :
  - 3.1. enfants hospitalisés pour une longue durée, dont la maladie a atteint un stade qui ne justifie plus le maintien en hôpital ;
  - 3.2. enfants hospitalisés de manière répétée, dont la rééducation dans l'établissement permet d'éviter de nouvelles hospitalisations ;
  - 3.3. enfants dont le maintien à domicile est compromis par la maladie chronique, ses conséquences et/ou son traitement ;
  - 3.4. enfants dont la famille est dans l'incapacité momentanée d'assurer à domicile le traitement prescrit de la maladie chronique et pour lesquels une rééducation dans l'établissement permet d'éviter une aggravation de cette maladie et une hospitalisation.
4. Il doit être admis sur prescription du médecin qui a le bénéficiaire en traitement, ce médecin n'étant pas repris dans la liste du personnel annexée à la présente convention et ne remplaçant pas un médecin repris dans cette liste.

## Répartition des bénéficiaires de la convention en 2 groupes :

**Article 4 § 1** Tout bénéficiaire de la présente convention est admis en fonction de sa situation pathologique et du degré d'intensité du programme de rééducation qu'il requiert, soit dans le groupe dit « des pathologies modérées », soit dans le groupe dit « des pathologies sévères ».

L'admission dans l'un de ces groupes se fait selon la décision prise par le Collège des médecins-directeurs conformément aux dispositions de l'article 20, sur la proposition d'un médecin de l'établissement.

**§ 2** La proposition d'un médecin de l'établissement d'admettre le bénéficiaire dans le groupe des pathologies sévères, requérant un programme de rééducation intensif, doit être étayée par un dossier médical complet démontrant la pertinence de cette admission et décrivant le programme de rééducation prévu. Ce dossier doit être joint au rapport médical visé à l'article 20, § 1.

**§ 3** Le fait que le bénéficiaire présente une obésité, telle que visée au point 2, m), de l'article 3, ne constitue pas un argument suffisant pour justifier son admission dans le groupe des pathologies sévères. La proposition du médecin de l'établissement d'admettre un bénéficiaire obèse dans ce dernier groupe doit être fondée sur la présence simultanée d'une autre pathologie, soit une pathologie mentale qui ne résulte pas de l'obésité, soit une pathologie somatique, telle que l'état de santé général du bénéficiaire justifie un programme de rééducation intensif. Cette proposition doit être étayée comme prévu au § 2 ci-dessus.

## Prestation de rééducation remboursables et durée du programme de rééducation fonctionnelle :

**Article 6** § 1 Les prestations de rééducation prévues par la présente convention sont dénommées « journée (de rééducation) ambulatoire non-intensive », « journée (de rééducation) interne non-intensive », « journée (de rééducation) ambulatoire intensive » et « journée (de rééducation) interne intensive ».

§ 2 Sauf application des dispositions de l'article 7,

- toute journée ambulatoire implique la présence du bénéficiaire dans l'établissement durant au moins 7 heures,
- toute journée interne implique la présence du bénéficiaire dans l'établissement durant au moins 7 heures, entre 7h et 22h, et durant la nuit qui suit.

§ 3 Toute journée non-intensive est dispensée en faveur d'un bénéficiaire appartenant au groupe des pathologies modérées visé à l'article 4.

Toute journée intensive est dispensée en faveur d'un bénéficiaire appartenant au groupe des pathologies sévères visé au même article.

**Article 9** § 1 Tout programme de rééducation multidisciplinaire individuel consiste dans l'ensemble des prestations réalisées en faveur d'un bénéficiaire en vue d'atteindre un ou plusieurs des objectifs visés sous le chapitre II de la présente convention.

§ 2 Tout programme individuel est préétabli sous une forme écrite détaillée par l'équipe multidisciplinaire. Il est spécifique au bénéficiaire ; il dépend de sa situation pathologique, familiale et sociale et des objectifs spécifiques de sa rééducation. Il fait l'objet d'une réévaluation régulière, et, le cas échéant, d'une adaptation à l'évolution de cette situation et de ces objectifs.

Selon cette situation et ces objectifs, il peut se composer de journées ambulatoires et/ou de journées internes.

Selon que le bénéficiaire appartient au groupe des pathologies modérées ou au groupe des pathologies sévères, il se compose respectivement, soit de journées non-intensives, soit de journées intensives. [...]

La durée des périodes accordées n'est pas spécifiée par la convention. Il est d'usage d'accorder des périodes d'un an, au maximum.

## Interdictions de cumul :

**Article 25** L'établissement s'engage à ne pas réclamer plus d'un prix de journée par jour et par bénéficiaire.

**Article 26** § 1 Les prestations prévues dans la nomenclature des prestations de santé peuvent être portées en compte en supplément des prix fixés à l'article 21, sauf lorsqu'il s'agit :

1. d'une consultation, d'une visite ou d'un avis d'un médecin dont la spécialité est représentée parmi les médecins liés conventionnellement à l'établissement, à l'exception toutefois de consultations, visites ou avis dispensés par un praticien ayant conclu un accord de collaboration avec l'établissement dans le cadre du suivi thérapeutique de l'enfant et des consultations, visites ou avis justifiés par une situation médicale d'urgence, survenant en dehors des heures de présence des médecins de l'établissement et n'ayant pas un rapport direct avec la prise en charge assurée par l'établissement ;
2. de prestations de kinésithérapie (article 7, § 1, de la nomenclature des prestations de santé) ;
3. de soins dispensés par des praticiens de l'art infirmier (article 8, § 1, de la nomenclature des prestations de santé) ;
4. de prestations de logopédie (article 36, § 1, de la nomenclature des prestations de santé) ;
5. de prestations de diététique (arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation).

§ 2 En outre, les prestations de santé qui peuvent être remboursées en supplément des prix de journée, telles qu'énumérées au § 1 ci-dessus, ne peuvent l'être que si elles ont lieu en dehors de l'établis-

ment et si elles sont dispensées par un prestataire n'étant pas lié conventionnellement à l'établissement. Si ces prestations sont effectuées dans l'établissement, elles sont supposées être comprises dans le prix et ne peuvent être facturées ni au bénéficiaire, ni aux organismes assureurs.

**§ 3** Si, pendant la période d'intervention de l'assurance dans les prix de journée acceptée par le Collège des médecins-directeurs, un bénéficiaire reçoit dans un autre établissement de soins une des prestations prévues dans la nomenclature des prestations de santé pouvant être portée en compte, l'établissement est tenu d'avertir le dispensateur de soins que le patient est pris en charge par un établissement conventionné avec l'I.N.A.M.I. et de lui transmettre le numéro d'identification de l'établissement.

A cette occasion, l'établissement rappelle au dispensateur de soins que pour les prestations ayant des codes de nomenclature différents pour les patients ambulants et les patients hospitalisés, les numéros de code de nomenclature et les honoraires réservés aux bénéficiaires hospitalisés sont d'application et qu'il convient de mentionner sur les attestations de soins donnés, le numéro d'identification de l'établissement dans la case normalement prévue pour le numéro de l'établissement de soins.

**§ 4** En ce qui concerne plus particulièrement les prestations de biologie clinique, l'établissement fait parvenir au service des soins de santé de l'I.N.A.M.I., pour tout laboratoire de biologie clinique effectuant des analyses pour l'établissement, un document attestant que le laboratoire marque son accord sur les obligations de la présente convention, ainsi que sur l'utilisation pour ces analyses des numéros de code de nomenclature et des honoraires réservés aux bénéficiaires hospitalisés et de la mention sur les attestations de soins du numéro d'identification de l'établissement.

**Article 27** L'établissement s'engage à prendre toutes les mesures utiles en vue de l'application des dispositions de l'article 26. Il s'engage en outre à en exposer les termes par écrit au représentant légal du bénéficiaire, moyennant récépissé signé par ce dernier, et à lui en expliquer la portée.

**Article 28 § 1** L'établissement s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire de supplément aux prix de journée fixés dans la présente convention, à la seule exception des frais occasionnés,

- soit des avances sur les prestations de santé visées par l'article 7, § 2 de la présente convention ;
- soit par la fourniture de services, liés à des besoins personnels indépendants de la prise en charge.

**§ 2** Les frais afférents aux prestations dispensées par le personnel de l'établissement au bénéficiaire et ne relevant pas de la rééducation, ne peuvent être facturés ni au bénéficiaire, ni aux organismes assureurs.

### Rapport médical à soumettre :

Un rapport médical doit être joint aux demandes, mais il n'y a pas de modèle fixé.

# Convention de rééducation pour les centres de référence en IMOC

## Convention type

### bénéficiaires

**Art. 2. § 1<sup>er</sup>.** Les bénéficiaires au sens de la présente convention sont :

1. des enfants de 2 à 8 ans inclus avec une infirmité motrice d'origine cérébrale (indiquée ci-après comme 'IMOC'), c'est-à-dire avec des troubles du mouvement et de la position causés par une encéphalopathie non évolutive qui s'est manifestée de façon congénitale ou dans les 2 premières années après la naissance, quelle qu'en soit la pathologie sous-jacente ou le trouble les provoquant.
2. Toutes les personnes âgées de > 8 ans, également des adultes, avec l'IMOC décrite en 1.
3. Des enfants de < 2 ans ou éventuellement aussi des personnes plus âgées avec des troubles du mouvement et de la position probablement causés par une IMOC décrite en 1. En règle générale ces personnes sont adressées par écrit au centre de référence en IMOC par un médecin spécialiste qui envisage le diagnostic d'IMOC. Le médecin généraliste du bénéficiaire peut aussi assurer l'envoi écrit s'il envisage le diagnostic d'IMOC.

**§ 2.** Les troubles du mouvement et de la position mentionnés au § 1<sup>er</sup> du présent article peuvent s'accompagner ou non de troubles concomitants (cognitifs, psychiques, alimentaires, communicatifs, visuels...) qui contribuent à entraver le développement du bénéficiaire et/ou son intégration maximale dans la famille et le milieu.

### Les prestations remboursables au sens de cette convention

**Art. 7.** Les prestations pouvant être prises en charge notamment sur base de cette convention par l'assurance obligatoire soins de santé sont :

- 1) pour chaque bénéficiaire vu pour la première fois, l'élaboration d'un plan de traitement et de rééducation sur base d'un bilan diagnostique et fonctionnel, et sa communication personnelle au bénéficiaire et à sa famille, ainsi que, le cas échéant, la communication au moins par écrit au médecin référant et aux autres personnes concernées du réseau de soins autour du bénéficiaire ;
- 2) pour un bénéficiaire pour lequel une prestation mentionnée au 1) ci-dessus a déjà eu lieu, l'évaluation et, le cas échéant, l'adaptation du plan de traitement et de rééducation initialement élaboré, notamment en fonction de l'âge et de l'évolution du bénéficiaire, ainsi que des résultats obtenus, et sa communication personnelle au bénéficiaire et à sa famille, ainsi que, le cas échéant, la communication au moins par écrit au médecin référant et aux autres personnes concernées du réseau de soins autour du bénéficiaire ;
- 3) la fourniture séparée d'un avis ponctuel en matière de :
  - a) l'aide communicative la mieux adaptée, si le besoin s'en manifeste,
  - b) la chaise roulante la mieux adaptée, si le besoin s'en manifeste,
  - c) les éventuels aides nécessaires et les adaptations à utiliser par le bénéficiaire pour les activités de la vie quotidienne dans le milieu dans lequel il fonctionne au quotidien,
  - d) tout autre problème ponctuel éventuel relatif à l'IMOC d'un bénéficiaire, pour lequel un avis autorisé est indispensable.

### Rapport médical à soumettre :

A la demande est jointe soit une copie de la lettre de renvoi du médecin référant de laquelle appert la suspicion du diagnostic d'IMOC, soit, si le bénéficiaire n'a pas été référé par un médecin référant « externe », un rapport médical du centre de référence en IMOC établi selon le modèle en annexe 2 à cette convention.

## **Rapport Médical**

***Numéro d'identification INAMI du centre de référence IMOC:***

Données administratives:

Nom et prénom:

Adresse:

Date de naissance:

Organisme assureur:

Anamnèse et rapport du premier examen clinique informatif:

Période pour laquelle l'accord est demandé:

Date de début:

Date de fin:

Identification INAMI, date et signature du responsable médical du centre de référence IMOC:

| Réservé au médecin conseil:                                                                                                                                                                                  | Réservé aux instances de décision:                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Date de réception de ce formulaire de demande:</li> <li>- décision:</li> <li><input type="checkbox"/> favorable</li> <li><input type="checkbox"/> autre:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> décision favorable<br/>date de début de l'accord:<br/>date de fin de l'accord:</li> <li><input type="checkbox"/> autre:</li> </ul> |

# **Avenant à la convention de rééducation pour les centres de référence en IMOC concernant la prise en charge des bénéficiaires atteints d'un spina bifida**

texte type

## bénéficiaires

**Art. 2bis. § 1<sup>er</sup>.** Les bénéficiaires au sens de la présente convention peuvent aussi être :

- 1) Des personnes avec un spina bifida aperta ou avec un spina bifida occulta et une forme démontrée de tethered cord syndrome. Les deux formes de spina bifida, c.à.d. un déficit de clôture congénital du tube neural, sont indiquées ci-après comme SB. Un nouveau-né avec une lésion transversale périnatale de la moelle est assimilé à un bénéficiaire avec SB pour l'application de cette convention. Les bénéficiaires au sens de cette convention avec un spina bifida aperta présentent un méningocèle ou un méningomyélocèle, avec hydrocéphalie associée ou non.

Les bénéficiaires au sens de cette convention avec un spina bifida occulta présentent une forme démontrée de tethered cord syndrome entraînant un déficit moteur et tactile avec gêne fonctionnel grave.

- 2) Tous les bénéficiaires mentionnés au 1) sont des nouveau-nés, des enfants ou des jeunes jusqu'à 18 ans inclus lors du 1<sup>er</sup> contact avec le centre de référence en SB.
- 3) A partir de l'âge de 19 ans les bénéficiaires décrits en 1) et 2) peuvent rester accompagnés dans le centre de référence en SB.  
Seulement au cours de l'année d'entrée en vigueur du présent avenant et au cours de la première année qui la suit, les bénéficiaires mentionnés en 1) peuvent aussi avoir 19 ans ou plus lors du 1<sup>er</sup> contact et ensuite rester accompagnés par le centre de référence en SB.

**§ 2.** Le SB dont question au § 1<sup>er</sup> du présent article est accompagné de troubles concomitants (moteurs, tactiles, urinaires, d'alimentation et de défécation, visuels...) et le cas échéant d'une épilepsie, qui contribuent à entraver le développement du bénéficiaire et/ou son intégration maximale dans la famille et le milieu.

## Les prestations remboursables au sens de cette convention

**Art. 7bis.** Pour le centre de référence en CP qui comporte aussi une section fonctionnant comme centre de référence en SB les prestations pouvant être prises en charge notamment sur base de cet avenant par l'assurance obligatoire soins de santé sont analogues pour les bénéficiaires avec SB à celles pour les bénéficiaires avec CP décrites à l'Art. 7, 1) et 2). Elles sont exécutées par l'équipe du centre de référence en SB mentionnée à l'Art. 5bis, § 2.

Si nécessaire, l'équipe du centre de référence en SB fournit aussi séparément un avis ponctuel relatif à tout trouble associé au SB, notamment en ce qui concerne les troubles des sphincters de la vessie et de l'intestin et en ce qui concerne les problèmes qu'ils entraînent.

## Rapport médical à soumettre :

A la demande est jointe soit une copie de la lettre de renvoi du médecin référant de laquelle appert la suspicion du diagnostic d'IMOC ou SB, soit, si le bénéficiaire n'a pas été référé par un médecin référant « externe », un rapport médical du centre de référence en SB ou du centre de référence en IMOC établi selon le modèle en annexe 2 ou 2bis à cette convention.

## **Rapport Médical**

***Numéro d'identification INAMI du centre de référence SB:***

Données administratives:

Nom et prénom:

Adresse:

Date de naissance:

Organisme assureur:

Diagnostic (cf. Art. 2bis. § 1. 1) de la convention), anamnèse et rapport du premier examen clinique informatif:

Période pour laquelle l'accord est demandé:

Date de début:

Date de fin:

Identification INAMI, date et signature du responsable médical du centre de référence SB:

| Réservé au médecin conseil:                                                                                                                                                                                  | Réservé aux instances de décision:                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Date de réception de ce formulaire de demande:</li> <li>- décision:</li> <li><input type="checkbox"/> favorable</li> <li><input type="checkbox"/> autre:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> décision favorable</li> <li>date de début de l'accord:</li> <li>date de fin de l'accord:</li> <li><input type="checkbox"/> autre:</li> </ul> |

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963  
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

## Service des soins de santé

### **CONVENTION DE REEDUCATION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET #NOM DU POUVOIR ORGANISATEUR# POUR LE CENTRE DE REFERENCE EN INFIRMITÉ MOTRICE D'ORIGINE CÉRÉBRALE QUI FONCTIONNE DANS #NOM DE L'HOPITAL ET EVENTUELLEMENT DU SITE DE L'HOPITAL#.**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6° et 23 § 3;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

Le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

et d'autre part,

Le *#nom du pouvoir organisateur#*, désigné ci-après dans la convention comme le “ pouvoir organisateur ”, dont dépend le centre de référence en infirmité motrice d'origine cérébrale qui fonctionne dans *#nom de l'hôpital et éventuellement du site de l'hôpital#*, désigné ci-après dans le texte comme « le centre de référence en IMOC ».

## **OBJET DE LA CONVENTION**

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente convention détermine notamment les conditions en matière des bénéficiaires et du centre de référence en IMOC au sens de la convention, les prestations remboursables prévues ainsi que les montants et les modalités de paiement des prix et honoraires de celles-ci. Elle décrit également les relations entre les différentes parties impliquées dans la conclusion et la mise en application de cette convention, à savoir le pouvoir organisateur, le centre de référence en IMOC, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé tels que définis à l'Art. 2 et leurs référants éventuels, le réseau de structures de soins duquel le centre de référence en IMOC est le pivot, les organismes assureurs et le Service des soins de santé de l'INAMI.

## **BENEFICIAIRES AU SENS DE LA CONVENTION**

**Art. 2. § 1<sup>er</sup>.** Les bénéficiaires au sens de la présente convention sont :

1. des enfants de 2 à 8 ans inclus avec une infirmité motrice d'origine cérébrale (indiquée ci-après comme 'IMOC'), c'est-à-dire avec des troubles du mouvement et de la position causés par une encéphalopathie non évolutive qui s'est manifestée de façon congénitale ou dans les 2 premières années après la naissance, quelle qu'en soit la pathologie sous-jacente ou le trouble les provoquant.

2. Toutes les personnes âgées de > 8 ans, également des adultes, avec l'IMOC décrite en 1.
3. Des enfants de < 2 ans ou éventuellement aussi des personnes plus âgées avec des troubles du mouvement et de la position probablement causés par une IMOC décrite en 1. En règle générale ces personnes sont adressées par écrit au centre de référence en IMOC par un médecin spécialiste qui envisage le diagnostic d'IMOC. Le médecin généraliste du bénéficiaire peut aussi assurer l'envoi écrit s'il envisage le diagnostic d'IMOC.

**§ 2.** Les troubles du mouvement et de la position mentionnés au § 1<sup>er</sup> du présent article peuvent s'accompagner ou non de troubles concomitants (cognitifs, psychiques, alimentaires, communicatifs, visuels...) qui contribuent à entraver le développement du bénéficiaire et/ou son intégration maximale dans la famille et le milieu.

### **BUT DE CETTE CONVENTION**

**Art. 3. § 1.** Cette convention a pour but de permettre pour chaque bénéficiaire décrit à l'Art. 2 qui est vu pour la première fois dans le centre de référence en IMOC l'élaboration d'un bilan diagnostique et fonctionnel le plus complet possible sur base de données objectives. Ce bilan est élaboré par l'équipe du centre de référence en IMOC visée à l'Art. 5, § 2. Dans ce but elle collabore autant que possible avec le médecin par lequel le bénéficiaire a éventuellement été référé et avec les éventuelles personnes et structures auxquelles il faisait déjà appel auparavant en ce qui concerne ses troubles. Aussi utilise-t-elle pour cela autant que possible des données anamnestiques et objectives qui peuvent être obtenues via cette collaboration ou sur base d'examens déjà effectués au préalable et qui ne doivent pas nécessairement être répétés.

En cas d'IMOC, le centre de référence en IMOC formule alors – sur base de ce bilan diagnostique et fonctionnel et en tenant compte du contexte social dans lequel le bénéficiaire fonctionne et des personnes et structures auxquelles il faisait déjà appel – de façon optimale les buts accessibles à chaque bénéficiaire et lui trace un plan de traitement et de rééducation. Celui-ci est communiqué au bénéficiaire et/ou à son représentant légal, à l'éventuel médecin référant et aux personnes et structures susvisées, avec, au besoin, copie au médecin généraliste.

**§ 2.** Ultérieurement, les résultats du plan de traitement et de rééducation sont aussi régulièrement évalués objectivement dans le centre de référence en IMOC. Si nécessaire, le plan de traitement et de rééducation est adapté. Tout cela se fait en concertation avec et éventuellement à la demande de la famille et du milieu dans lequel le bénéficiaire fonctionne, des personnes qui le traitent et le rééduquent au quotidien et/ou du bénéficiaire lui-même.

**§ 3.** S'il le faut, le centre de référence en IMOC donne aussi un avis ponctuel au bénéficiaire, à sa famille ou à ceux qui le rééduquent au quotidien, au sujet de l'utilisation de l'aide à la communication, de la chaise roulante et/ou des aides pour les actes de la vie quotidienne les plus adaptées, au sujet d'adaptations au domicile ou au sujet d'un éventuel autre problème ponctuel en rapport avec l'IMOC, qui nécessite son avis autorisé.

**Art. 4.** Il faut donc souligner que le centre de référence en IMOC est sensé fonctionner en tant que pivot d'un réseau de structures de soins pour patients présentant une IMOC, tel que décrit à l'Art. 17 de cette convention.

Cette convention ne vise donc pas des prestations concurrentielles mais en premier lieu conseillères, coordonnant les soins et complémentaires par rapport aux possibilités de diagnostic, d'évaluation, de traitement et de rééducation existantes au sein et en dehors de l'INAMI, auxquelles le bénéficiaire et sa famille faisaient et font appel ou pourraient le faire. Elle vise à favoriser leur utilisation la plus rationnelle et effective possible pour chaque bénéficiaire, en fonction de ses

besoins initiaux et de son potentiel, de son âge et de son évolution ultérieure.

## **LE CENTRE DE RÉFÉRENCE EN IMOC AU SENS DE CETTE CONVENTION**

**Art. 5. § 1<sup>er</sup>.** Le centre de référence en IMOC au sens de cette convention est, en tant que pivot d'un réseau de structures de soins pour patients IMOC, une entité fonctionnelle au sein (du site) de l'hôpital, spécialisée en IMOC et clairement identifiable et reconnaissable en tant que telle pour toute personne extérieure concernée. Il est placé sous la direction d'un des médecins cités au § 2, 1) de cet article, qui coordonne l'activité de l'équipe mentionnée au § 2.

En outre, le centre de référence en IMOC remplit les conditions mentionnées aux §§ 2, 3, 4, 5 et 6 de cet article.

**§ 2.** L'équipe du centre de référence en IMOC, clairement identifiable et reconnaissable en tant qu'entité fonctionnelle pour les bénéficiaires et autres personnes extérieures, se présente quant à sa composition et son volume au moins comme suit :

### 1) médecins

- 1 médecin spécialiste en neurologie pédiatrique
- 1 autre médecin spécialiste en neurologie, avec une expérience pratique relative aux patients adultes présentant une IMOC, et/ou 1 médecin spécialiste en physiothérapie et rééducation, avec une expérience pratique relative aux patients présentant une IMOC
- 1 médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et avec une expérience pratique dans la chirurgie chez les patients présentant une IMOC

Ensemble (l'équiv. de) 45,6 h/sem.  
(= 1,2 ETP)

Au moins un de ces médecins a obtenu une spécialisation complémentaire en réadaptation fonctionnelle de handicapés locomoteurs.

Un de ces médecins est désigné en tant que « médecin coordinateur » de toute l'équipe du centre de référence en IMOC.

### 2) kinésithérapeute(s)..... (l'équiv. de) 38 h/sem.

### 3) paramédicaux

- ergothérapeute(s), spécialisés en aides diverses, chaises roulantes...
- assistant(s) sociaux
- logopède(s), spécialisés en aides communicatives.....
- Diététicien(ne)
- Infirm(ier/ière) coordina(teur/trice)

Ensemble (l'équiv. de) 85,5 h/sem.  
(= 2,25 ETP)

Dans ces 85,5 h/sem. (= 2,25 ETP) de paramédicaux, au moins 19 h/sem. (= 0,5 ETP) sont prises par le(s) ergothérapeute(s)

### 4) psychologie

- Psychologue clinicien  
et/ ou orthopédaogogue
- Et assistant(e) en psychologie

Ensemble (l'équiv. de) 28,5 h/sem.  
(= 0,75 ETP)

### 5) membre du personnel (au moins A1) spécialisé en mécanique de la marche... 19 h/sem.

## 6) secrétariat

secrétaire(s)..... (l'équiv. de) 38 h/sem.

Durant ces heures susmentionnées cette équipe se consacre exclusivement à des activités dans le cadre de l'IMOC et des problèmes et troubles du développement connexes. Les prestations mentionnées à l'Art. 7 et les traitements mentionnés à l'Art. 10 en font aussi partie. Durant ces heures cette susmentionnée l'équipe ne se consacre donc pas à des activités dans le cadre du traitement d'enfants ou d'adultes présentant d'autres troubles.

Ceci appert pour chacun des membres du personnel concernés d'un contrat signé par un responsable au nom du pouvoir organisateur, par le médecin coordinateur au nom du centre de référence en IMOC et par le membre du personnel concerné. Ce contrat mentionne explicitement pour chaque membre du personnel concerné le nombre d'h/sem. exclusivement consacrées à des activités dans le cadre de l'IMOC, et leur horaire prévu.

Outre ces membres de l'équipe, dans le centre de référence en IMOC doivent pouvoir être consultées les disciplines médicales suivantes : la cardiologie, la dermatologie, la médecin physique et la rééducation, la gastro-entérologie, la génétique, la gynécologie obstétrique, la médecine interne, la néonatalogie, l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la pneumologie, la psychiatrie, la stomatologie et l'urologie, ainsi qu'un orthopédiste ou bandagiste. Notamment tous les problèmes du développement mental, du langage... doivent ainsi pouvoir être abordés dans le centre de référence en IMOC.

**§ 3.** La spécialisation et l'expérience en matière d'IMOC que les membres de l'équipe du centre de référence en IMOC ont acquis déjà avant la conclusion de cette convention apparaissent de l'historique du centre et des activités de ses membres de son équipe - avec pour chaque patient présentant une IMOC au moins 2 interventions par un des médecins de l'équipe - pour un nombre de ces patients qui s'élevait à au moins 100 au cours de l'année calendrier précédant la conclusion de la présente convention.

Une fois la convention conclue, le maintien de cette expérience en matière de diagnostic, évaluation, rééducation et traitement de l'IMOC apparaît :

- 1) du fait que par année calendrier complète au cours de la quelle la convention produit ses effets, l'équipe mentionnée au § 2 est intervenue minimum 2 fois auprès de minimum 100 bénéficiaires différents en vue d'une des prestations mentionnées à l'Art. 7;
- 2) du fait que chaque membre de l'équipe mentionnée au § 2 participe chaque année au moins une fois à une activité extérieure de formation continue en matière de diagnostic, de traitement ou de rééducation dans le cadre de l'IMOC.

**§ 4.** Le fonctionnement en tant qu'équipe multidisciplinaire des membres du personnel du centre de référence en IMOC prévus au § 2 apparaît entre autres du fait qu'au moins une fois par semaine ils se réunissent durant au moins 1 heure sous la direction du médecin coordinateur et/ou de l'autre médecin ayant obtenu une spécialisation complémentaire en rééducation fonctionnelle de handicapés locomoteurs, mentionné au § 2, 1), qui est présent durant toute la réunion d'équipe. D'autres membres de l'équipe peuvent éventuellement n'être présents que lors de la discussion de bénéficiaires chez lesquels ils sont intervenus ou à l'occasion de sujets qui les intéressent.

A ces réunions d'équipe, entre autres le cas de bénéficiaires individuels est discuté et les interventions nécessaires de plusieurs membres de l'équipe chez eux sont coordonnées. L'élaboration d'un plan de traitement et de rééducation pour un bénéficiaire, notamment sur base du bilan diagnostique et fonctionnel, est toujours au préalable le sujet d'une discussion en équipe, de même que chaque adaptation ultérieure de celui-ci. Le cas échéant, s'il exécute lui-même l'un des traitements ou interventions mentionnés à l'Art. 10, § 1<sup>er</sup>, le médecin non appartenant à l'équipe du centre de référence en IMOC, visé à l'Art. 10, §§ 2 et 3, doit également y assister quand le cas du bénéficiaire concerné est discuté.

Des sujets généraux en rapport avec l'IMOC peuvent aussi être à l'ordre du jour d'une réunion d'équipe, en guise d'information et de formation continue.

**§ 5.** Quant à son infrastructure, le centre de référence en IMOC doit par ailleurs aussi disposer de suffisamment de locaux d'examen, d'entretien, de traitement et de réunion pour le personnel mentionné au § 2 et ses activités dans le cadre de la présente convention au profit des bénéficiaires.

**§ 6.** Le centre de référence en IMOC doit également disposer d'un 'labo de marche' permettant de décrire le mouvement (la marche) d'un bénéficiaire capable de marcher, et de rechercher les causes de ses troubles du mouvement et de la position. Dans ce but le labo de marche est équipé d'appareils d'enregistrement tridimensionnel (3D), soit d'un système d'analyse automatique vidéo en 3D, soit d'un autre système automatique équivalent permettant l'enregistrement en 3D du mouvement. Ce système d'enregistrement du mouvement spécialisé doit être combiné à des caméras vidéo normales qui fournissent une image plus clinique du bénéficiaire. Puis, le labo de marche comporte aussi des appareils de mesure spécifiques capables d'enregistrer toutes les facettes des forces de réaction au sol au cours de la marche (habituellement plates-formes de forces 3D). L'activité musculaire est déterminée au labo de marche de manière objective au moyen d'appareillage EMG (un minimum de 8 canaux est nécessaire pour un enregistrement simultané de plusieurs groupes musculaires) qui permet d'évaluer l'activité de plusieurs groupes musculaires pendant la marche.

Le fonctionnement synchronisé de ces différents systèmes de mesure doit permettre d'établir des liens entre causes et effets, entre divers niveaux (cheville, genou, hanche, bassin) et entre différentes phases de la marche. Cet aperçu des différentes facettes de la marche permet d'opérer une sélection justifiée des groupes musculaires qui sont à l'origine de mouvements pathologiques et qui peuvent entraîner, à un stade ultérieur, des problèmes secondaires défavorables.

Sans préjudice du § 2, 5) du présent Art. et quand il n'est pas utilisé dans le cadre de cette convention, le labo de marche peut également être utilisé dans d'autres indications pour l'examen de la marche.

**Art. 6.** Lors de sa demande de conclusion d'une convention, le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC transmet au Service des soins de santé à l'attention du Collège des médecins-directeurs tous les renseignements qui doivent permettre au Collège de constater que toutes les conditions mentionnées à l'Art. 5 sont remplies.

### **LES PRESTATIONS REMBOURSABLES AU SENS DE CETTE CONVENTION.** **DEFINITION, CONTENU, PRIX ET HONORAIRES**

**Art. 7.** Les prestations pouvant être prises en charge notamment sur base de cette convention par l'assurance obligatoire soins de santé sont :

- 1) pour chaque bénéficiaire vu pour la première fois, l'élaboration d'un plan de traitement et de rééducation sur base d'un bilan diagnostique et fonctionnel, et sa communication personnelle au bénéficiaire et à sa famille, ainsi que, le cas échéant, la communication au moins par écrit au médecin référant et aux autres personnes concernées du réseau de soins autour du bénéficiaire ;
- 2) pour un bénéficiaire pour lequel une prestation mentionnée au 1) ci-dessus a déjà eu lieu, l'évaluation et, le cas échéant, l'adaptation du plan de traitement et de rééducation initialement élaboré, notamment en fonction de l'âge et de l'évolution du bénéficiaire, ainsi que des résultats obtenus, et sa communication personnelle au bénéficiaire et à sa famille, ainsi que, le cas échéant, la communication au moins par écrit au médecin référant et aux autres personnes concernées du réseau de soins autour du bénéficiaire ;
- 3) la fourniture séparée d'un avis ponctuel en matière de :

- a) l'aide communicative la mieux adaptée, si le besoin s'en manifeste,
- b) la chaise roulante la mieux adaptée, si le besoin s'en manifeste,
- c) les éventuels aides nécessaires et les adaptations à utiliser par le bénéficiaire pour les activités de la vie quotidienne dans le milieu dans lequel il fonctionne au quotidien,
- d) tout autre problème ponctuel éventuel relatif à l'IMOC d'un bénéficiaire, pour lequel un avis autorisé est indispensable.

**Art. 8. § 1<sup>er</sup>.** Quant à son contenu, chaque prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) comporte toutes les prestations médicales diagnostiques nécessaires pouvant être prises en charge séparément par l'assurance obligatoire soins de santé, effectuées par les médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, pour lesquelles l'indication a été posée en partie sur base des problèmes déjà signalés lors de l'éventuel envoi et d'éventuels examens antérieurs, et toujours sur base d'un premier examen clinique informatif par l'un des médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, 1).

Elle comporte aussi, chez tout bénéficiaire où cela est possible et indiqué, un examen du bénéficiaire dans le labo de marche mentionné à l'Art. 5, § 6, pouvant être pris en charge séparément par l'assurance obligatoire soins de santé.

Elle comporte également l'intervention face au bénéficiaire et/ou sa famille d'au moins 5 autres membres de l'équipe, dont

- 1) un des kinésithérapeutes mentionnés à l'Art. 5, § 2, 2) de la présente convention,
- 2) et au moins deux personnes différentes de deux disciplines différentes parmi les ergothérapeute(s), logopède(s), infirmière coordinatrice ou diététicien(ne) mentionnés à l'Art. 5, § 2, 3) de la présente convention,
- 3) et un (des) assistant(s) social(s) mentionné(s) à l'Art. 5, § 2, 3) de la présente convention,
- 4) et minimum une des personnes mentionnées à l'Art. 5, § 2, 4) de cette convention.

Enfin, elle comporte le rassemblement des constats de toutes les personnes qui sont intervenues auprès d'un bénéficiaire et la discussion à l'occasion d'une des réunions d'équipe mentionnées à l'Art. 5, § 4, suite à laquelle est élaboré par écrit sous la responsabilité d'un des médecins du centre de référence en IMOC un plan de traitement et de rééducation pour le bénéficiaire. Sans préjudice des dispositions de l'Art. 10, §§ 2 et 3, lors d'un contact personnel face au bénéficiaire et/ou sa famille, celui-ci leur est expliqué et leur est, le cas échéant, remis aussi par écrit pour le médecin référant et aux autres personnes concernées faisant partie du réseau de soins autour du bénéficiaire. Le cas échéant, un exemplaire est aussi adressé au médecin généraliste du bénéficiaire, si ce dernier ou sa famille le souhaitent.

**§ 2.** Toutes les composantes de la prestation entière dont le contenu est décrit au § 1<sup>er</sup>, non encore remboursables en vertu de la nomenclature ou d'un autre système d'intervention réglementaire, comprises entre son début (l'envoi éventuel du bénéficiaire ou sa première prise de contact spontanée) et sa fin (le contact personnel face à lui-même et/ou sa famille au cours duquel le plan de traitement et de rééducation élaboré aussi par écrit leur est expliqué) prennent – y compris le travail de secrétariat par le personnel mentionné à l'Art. 5, § 2, 6) – au minimum 6 heures pour chaque bénéficiaire et en moyenne 8 heures pour l'ensemble des bénéficiaires vu au cours d'une année calendaire.

Toute la prestation, entre son début et sa fin, prend au total une période de 3 mois au maximum.

Toutes les composantes de la prestation sont effectuées autant que faire se peut de façon groupée, de sorte à limiter autant que possible le nombre de déplacements au Centre de référence en IMOC pour le bénéficiaire et/ou sa famille.

**Art. 9. § 1<sup>er</sup>.** Quant à son contenu, chaque prestation mentionnée à l'Art. 7, 2) comporte toutes les prestations médicales diagnostiques nécessaires pouvant être prises en charge séparément

par l'assurance obligatoire soins de santé, effectuées par les médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, pour lesquelles l'indication a été posée en partie sur base des problèmes déjà signalés lors de l'éventuel envoi et d'éventuels examens antérieurs, et toujours sur base d'un premier examen clinique informatif par l'un des médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, 1) (= le début de la prestation).

Elle peut aussi comporter un examen du bénéficiaire dans le labo de marche mentionné à l'Art. 5, § 6, pouvant être pris en charge séparément par l'assurance obligatoire soins de santé.

Elle comporte également toutes les interventions nécessaires face au bénéficiaire et/ou sa famille d'au moins deux autres membres différents de l'équipe, appartenant à deux disciplines différentes mentionnées à l'Art. 5, § 2, 2), 3) ou 4) de cette convention.

Enfin, elle comporte le rassemblement des constats de toutes les personnes qui sont intervenues auprès d'un bénéficiaire et la discussion à l'occasion d'une des réunions d'équipe mentionnées à l'Art. 5, § 4, suite à laquelle est élaborée par écrit sous la responsabilité d'un des médecins du centre de référence en IMOC (en règle générale le médecin coordinateur) une évaluation et, au besoin, une adaptation du plan de traitement et de rééducation pour le bénéficiaire. Sans préjudice des dispositions de l'Art. 10, §§ 2 et 3, lors d'un contact personnel face au bénéficiaire et/ou sa famille, celui-ci leur est expliqué (= la fin de la prestation) et leur est, le cas échéant, remis aussi par écrit pour le médecin référant et aux autres personnes concernées faisant partie du réseau de soins autour du bénéficiaire. Le cas échéant, un exemplaire est aussi adressé au médecin généraliste du bénéficiaire, si ce dernier ou sa famille le souhaitent.

**§ 2.** Toutes les composantes de la prestation entière, dont le contenu est décrit au § 1<sup>er</sup>, non encore remboursables en vertu de la nomenclature ou d'un autre système d'intervention réglementaire, entre son début et sa fin, prennent – y compris le travail de secrétariat par le personnel mentionné à l'Art. 5, § 2, 6) – au minimum 3 heures pour chaque bénéficiaire et en moyenne 4 heures pour l'ensemble des bénéficiaires vus pour cette prestation au cours d'une année calendaire.

Entre le début et la fin de la prestation, il se passe une période de 2 mois au maximum.

Toutes les composantes de la prestation sont effectuées autant que faire se peut de façon groupée, de sorte à limiter autant que possible le nombre de déplacements au Centre de référence en IMOC pour le bénéficiaire et/ou sa famille.

**Art. 10. § 1<sup>er</sup>.** Sans préjudice de l'Art. 4 de la présente convention, le cas échéant, si un bilan diagnostique et fonctionnel mentionné à l'Art. 7 dont le contenu est décrit à l'Art. 8, ou une évaluation ultérieure mentionnée à l'Art. 7 dont le contenu est décrit à l'Art. 9 faisait apparaître qu'un des traitements ou interventions suivants est indiqué chez un bénéficiaire :

- a) un traitement à la BTxA,
- b) un traitement par pompe à baclofen
- c) une rhizotomie dorsale
- d) une ou plusieurs interventions chirurgicales correctrices,

celui-ci doit toujours pouvoir être effectué par l'un des médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, dans le (site de l'hôpital du) centre de référence en IMOC même. Egalement toute préparation et tous les soins ultérieurs autour d'un de ces traitements ou interventions susmentionnés chez un bénéficiaire sont coordonnés par le centre de référence en IMOC et doivent pouvoir être effectués dans le (site de l'hôpital du) centre.

**§ 2.** Le traitement à la BTxA visé au § 1<sup>er</sup> pour lequel l'indication a été posée et toutes les modalités ont été fixées au sein du centre de référence en IMOC - toujours dans le plein respect des dispositions de la réglementation en la matière, en vigueur au moment de son exécution – peut éventuellement aussi être effectué en dehors du centre de référence en IMOC, soit par un médecin appartenant à l'équipe visée à l'Art. 5, § 2 de la présente convention qui se déplace à cette fin dans une autre institution où le bénéficiaire est pris en charge au quotidien, soit par un médecin propre de l'institution précitée. Dans ce dernier cas, l'institution susvisée doit toujours

faire partie du réseau de structures de soins visé à l'Art. 17 et son propre médecin précité qui effectue le traitement est alors tenu de respecter toutes les modalités convenues en matière de traitement et de soins l'entourant, à l'occasion d'une réunion d'équipe visée à l'Art. 5, à laquelle il a aussi participé,

**§ 3.** Egalement si exceptionnellement un traitement ou une intervention visé au § 1<sup>er</sup>, b), c) ou d) n'était pas exécuté au sein (du site de l'hôpital) du centre de référence en IMOC par un médecin faisant partie de l'équipe visée à l'Art. 5, § 2, 1) de cette convention, pour ce traitement ou intervention les mêmes conditions sont valables que celles citées déjà au § 2 pour le traitement à la BTxA exécuté hors du centre de référence en IMOC.

**Art. 11.** Le contenu de chaque prestation mentionnée à l'Art. 7, 3) comporte, outre toutes les consultations ou autres prestations médicales séparément remboursables, effectuées par des médecins du centre de référence en IMOC et des médecins consultants, l'intervention d'un (des) membre(s) du centre de référence en IMOC, spécialisé(s) cités à l'Art. 5, § 2, 2), 3) ou 4). Le cas échéant, (l'un de) ceux-ci effectue(nt) à cette fin une visite au domicile du bénéficiaire.

La prescription même du ou des aides et adaptations ou la remise même de l'avis est effectuée par le médecin coordinateur du centre de référence en IMOC après concertation avec le(s) membre(s) de l'équipe concerné(s). L'ensemble de la prestation, entre la demande et la remise de la prescription ou de l'avis au bénéficiaire et/ou à sa famille, prend au maximum 4 semaines. Toutes les composantes de la prestation sont effectuées autant que faire se peut de façon groupée, de sorte à limiter autant que possible le nombre de déplacements au Centre de référence en IMOC pour le bénéficiaire et/ou sa famille.

**Art. 12. § 1<sup>er</sup>.** Le médecin coordinateur et les autres membres de l'équipe du centre de référence en IMOC s'engagent à éviter que dans le cadre d'une des prestations mentionnées à l'Art. 7, tous les examens déjà effectués par le médecin spécialiste référant éventuel ou par le médecin spécialiste extérieur au centre, visé à l'Art. 10, §§ 2 et 3, soient répétés inutilement. Si besoin en est, les résultats de ces examens déjà effectués sont demandés par écrit par le médecin coordinateur du centre de référence en IMOC à l'autre médecin concerné. Le cas échéant, ces résultats sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire au centre de référence en IMOC.

**§ 2.** Une fois que le bénéficiaire a obtenu une prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) et décrite à l'Art. 8 quant à son contenu, aucune intervention de l'assurance soins de santé obligatoire n'est plus possible pour une telle prestation effectuée dans le centre de référence en IMOC ni dans un autre centre de référence avec une même convention et ce, au cours de l'année calendrier de sa fin et au cours des 2 années calendrier qui la suivent.

**§ 3.** Une fois que le bénéficiaire a obtenu une prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) et décrite à l'Art. 8 quant à son contenu et qu'il a obtenu pour elle une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, au maximum 1 fois par année calendrier au cours de laquelle la prestation décrite à l'Art. 8 a été achevée et au maximum 2 fois au cours de toute autre année calendrier, une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire est possible pour une prestation mentionnée à l'Art. 7, 2) et décrite à l'Art. 9 quant à son contenu, effectuée dans le centre de référence en IMOC ou dans un autre centre de référence avec une même convention.

En outre, pour un même bénéficiaire au moins 3 mois se passent entre la fin d'une prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) et décrite à l'Art. 8 quant à son contenu et le début d'une prestation mentionnée à l'Art. 7, 2) et décrite à l'Art. 9 quant à son contenu, remboursable par l'assurance soins de santé obligatoire. Pour un même bénéficiaire également au moins 3 mois se passent entre la fin d'une prestation décrite à l'Art. 9, remboursable par l'assurance soins de santé obligatoire et le début d'une autre prestation décrite à l'Art. 9, remboursable par l'assurance soins de santé obligatoire.

Pour un même bénéficiaire au moins 6 mois se passent entre une prestation remboursable par l'assurance soins de santé obligatoire décrite à l'Art. 11 et la fin d'une des prestations remboursables par l'assurance soins de santé obligatoire décrites à l'Art. 8 ou à l'Art. 9.

**§ 4.** Le médecin coordinateur et les autres membres de l'équipe du centre de référence en IMOC s'engagent à mettre au courant par écrit chaque bénéficiaire des limitations quantitatives en matière de nombre de prestations, mentionnées aux §§ 2 jusqu'à 4 y compris de cet article. En guise d'accusé de réception de cette information, le bénéficiaire signe un double qui est conservé au centre de référence en IMOC.

Si la demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour des prestations mentionnées à l'Art. 7 est demandée au moins 4 semaines avant le début de la première prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) ou à l'Art. 7, 3), par l'intermédiaire du centre de référence en IMOC, les organes compétents de l'assurance obligatoire soins de santé s'engagent à avertir, le cas échéant, le centre de référence en IMOC que le bénéficiaire concerné dispose déjà d'un accord en cours dans un autre centre de référence en IMOC, sans mentionner lequel.

**Art. 13. § 1<sup>er</sup>.** Les montants des prix et honoraires forfaitairement fixés en fonction de cette convention pour les prestations mentionnées à l'Art. 7 sont :

| Prestation mentionnée à        | Montants des prix et honoraires |                             |                                |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
|                                | Totaux<br>(= 100%)              | Partie indexable<br>(= 95%) | Partie non indexable<br>(= 5%) |
| L'Art. 7, 1)                   | € 542,74                        | € 515,60                    | € 27,14                        |
| L'Art. 7, 2)                   | € 271,37                        | € 257,80                    | € 13,57                        |
| L'Art. 7, 3), a), b), c) et d) | € 128,34                        | € 121,92                    | € 6,42                         |

Ces prix et honoraires couvrent les frais pour :

- toutes les interventions directes et indirectes au sein et éventuellement en dehors du centre de référence en IMOC, à l'exclusion de toutes les prestations qui sont déjà prévues dans la nomenclature des prestations de soins de santé ou dans un autre système réglementaire d'intervention. Ces dernières prestations peuvent donc aussi être portées en compte, dans les conditions fixées par la nomenclature des prestations de soins de santé ou par l'autre système réglementaire d'intervention, en sus des prix et honoraires susmentionnés ;
- le travail en équipe de toutes les personnes du centre de référence en IMOC intervenant auprès d'un bénéficiaire et le travail administratif y lié, pour l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7,
- la communication personnelle au bénéficiaire et à sa famille du plan de traitement et de rééducation élaboré, de l'évaluation ultérieure ou de la prescription ou avis au bénéficiaire et à sa famille et la communication au moins écrite au médecin référant éventuel et aux autres personnes concernées faisant partie du réseau de structures de soins autour du bénéficiaire, ainsi que toute communication ultérieure à ce sujet avec eux.

Pour information le calcul détaillé des prix et honoraires susmentionnés se trouve en annexe 3 à la convention.

**§ 2.** Seule la partie indexable mentionnée au § 1<sup>er</sup> des montants y figurant est liée à l'indice pivot 111,64 du 1<sup>er</sup> juin 2003 (base 1996) des prix à la consommation. Cette partie indexable de ces prix est adaptée conformément aux dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 portant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

**§ 3.** Si les prestations mentionnées à l'Art. 7, 1) et 2) étaient suivies d'un des traitements spécialisés mentionnés à l'Art. 10 exécuté dans le centre de référence en IMOC même, ainsi que de la préparation et des soins continus en la matière également effectués dans le centre de référence en IMOC, elles sont cumulables dans le chef du centre de référence en IMOC.

**§ 4.** Au cas où le médecin spécialiste référant éventuel et/ou le médecin généraliste du bénéficiaire et/ou le médecin visé à l'Art. 10, §§ 2 et 3 non appartenant à l'équipe du centre de référence en IMOC mentionnée à l'Art. 5, § 2 participeraient à une réunion d'équipe, pour chacun d'eux le centre peut facturer une fois par participation un honoraire de 68,63 euros à l'assurance obligatoire soins de santé, qui doit cependant être versé intégralement au(x) médecin(s) concerné(s).

Egalement au cas où un kinésithérapeute visé à l'Art. 17, § 4, travaillant en première ligne et qui n'appartient pas à l'équipe du centre de référence en IMOC mentionnée à l'Art. 5, § 2 participerait à une réunion d'équipe, le centre peut facturer une fois par participation un honoraire de 31,31 euros à l'assurance obligatoire soins de santé, qui doit cependant être versé intégralement au kinésithérapeute concerné.

Ces montants sont liés à l'indice pivot 111,64 du 1<sup>er</sup> juin 2003 (base 1996) des prix à la consommation et sont adaptés conformément aux dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 portant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

**Art. 14.** Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à veiller à ce que jamais aucun des prestataires de soins du centre ou de l'hôpital auquel est rattaché ce dernier ne demande une intervention ou supplément que ce soit pour les prestations prévues dans la présente convention, ni un supplément aux honoraires dus pour le diagnostic, le traitement et la rééducation des bénéficiaires visés à l'Art. 2.

**Art. 15. § 1<sup>er</sup>.** Conformément aux dispositions de l'AR du 5 mars 1997, modifié par l'AR du 15 septembre 1997, fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation, pour chaque bénéficiaire hospitalisé les dispositions reprises dans cet arrêté sont applicables, sans que chaque prix mentionné à l'Art. 13 et facturé à son organisme assureur doive encore être diminué additionnellement du montant prévu par l'AR susmentionné.

**§ 2.** Conformément aux dispositions de l'AR du 29 avril 1996, modifié par l'AR du 12 février 1999, portant fixation du montant de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'Art. 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, pour chaque bénéficiaire ambulatoire chaque prix mentionné à l'Art. 13, porté en compte à son organisme assureur doit être diminué du montant prévu à l'AR susmentionné.

**MODALITES DE FONCTIONNEMENT PROPRES AU CENTRE DE RÉFÉRENCE EN IMOC AU  
SENS DE CETTE CONVENTION.**

**Art. 16.** Le centre de référence en IMOC est censé fonctionner effectivement comme centre de référence pour des médecins, kinésithérapeutes et paramédicaux « externes », qui assurent au quotidien la prise en charge des bénéficiaires.

Ce fonctionnement effectif comme centre de référence pour ces « externes » est également démontré par le fait qu'à partir de l'année d'entrée en vigueur de cette convention et ensuite chaque année calendrier complète suivante, le centre de référence en IMOC n'effectue la prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) pour chaque bénéficiaire mentionné à l'Art. 2, § 1er, 3) que sur renvoi de l'extérieur.

**Art.17.** Le centre de référence en IMOC est également censé fonctionner effectivement comme pivot d'un réseau de structures de soins pour des patients présentant une IMOC.

En guise de preuve de cette fonction en tant que pivot et sans préjudice du libre choix du bénéficiaire et du médecin référant éventuel en ce qui concerne les personnes et/ou institutions qui s'occupent (s'occuperont) ensuite au quotidien de la rééducation ultérieure et du suivi du bénéficiaire après qu'il a reçu l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7 de cette convention, lors de la demande de conclusion de cette convention, le centre de référence en IMOC doit présenter un contrat écrit entre, d'une part, son médecin coordinateur et un responsable compétent pour engager son pouvoir organisateur et, d'autre part, le(s) responsable(s) respectif(s) compétents pour engager les instances ou personnes suivantes en vue d'une collaboration prompte et facile au profit de chaque bénéficiaire leur adressé par le centre de référence en IMOC :

- 1) Avec au moins une institution subsidiée par les Régions/Communautés pour l'accueil et l'hébergement de patients présentant un IMOC ;
- 2) Avec au moins un établissement avec une convention de rééducation conclue avec le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI par laquelle principalement la rééducation locomotrice de bénéficiaires présentant une IMOC est prévue ;
- 3) Avec au moins un établissement avec une convention de rééducation conclue avec le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI par laquelle, outre la rééducation locomotrice, aussi la rééducation psychique éventuellement nécessaire de bénéficiaires présentant une IMOC est prévue ;
- 4) Avec au moins trois kinésithérapeutes travaillant en première ligne, que le centre de référence en IMOC estime suffisamment compétents pour le traitement de patients présentant une IMOC.

Puis, lors de la demande de conclusion de cette convention – encore sans préjudice du libre choix du bénéficiaire et du médecin référant éventuel – le centre de référence en IMOC doit également démontrer qu'il est à même de référer le cas échéant le bénéficiaire pour l'obtention facile d'un éventuel appareillage de communication, d'une chaise roulante ou d'autres aides ou adaptations adéquates pour ses actes de la vie quotidienne.

**Art. 18.** Pour chaque bénéficiaire chez lequel il a effectué l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7, le centre de référence en IMOC tient à jour un dossier médical qui, outre les éléments figurant normalement dans chaque dossier médical, comporte explicitement les éléments suivants :

- 1) La lettre d'envoi éventuelle ;

- 2) Les résultats de toutes les prestations visant le diagnostic et l'évaluation de l'état fonctionnel du bénéficiaire et les interventions qui ont contribué au résultat final de l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7 ;  
Il s'agit aussi bien de résultats transmis d'examens déjà effectués par des tiers que de résultats d'examens effectués au besoin dans le centre de référence en IMOC même. Le cas échéant, copie est également gardée dans le dossier du bénéficiaire de la lettre par laquelle les résultats d'examens effectués déjà auparavant ont été demandés.
- 3) Copie de l'information écrite visée à l'Art. 12, § 4, premier alinéa, contresignée par le bénéficiaire ;
- 4) Les conclusions des réunions d'équipe concernant le bénéficiaire ;
- 5) Copie de chaque plan de traitement et de rééducation élaboré par écrit, visé à l'Art. 8, § 1<sup>er</sup>, de chaque évaluation et adaptation éventuelle de ce plan de traitement et de rééducation, élaborée par écrit, visées à l'Art. 9, § 1<sup>er</sup>, et de chaque prescription ou avis visé à l'Art. 11.

**Art. 19. § 1<sup>er</sup>.** Le centre de référence en IMOC tient un registre de toutes les prestations effectuées et portées en compte, mentionnées à l'Art. 7 et décrites aux Art. 8, 9 et 11.

Par bénéficiaire et par prestation effectuée pour lui, ce registre comporte toutes les interventions effectuées par chaque membre de l'équipe mentionné à l'Art. 5, § 2, 1) jusqu'à 5) inclus, avec, par intervention, la date, l'heure du début et de la fin de l'intervention et le nom de chaque membre de l'équipe qui est intervenu. De même, il contient par bénéficiaire et par prestation la date de chaque réunion d'équipe à laquelle il a été discuté et l'identification de chaque participant, membre de l'équipe et du/des médecin(s) « externe(s) » éventuel(s).

**§ 2.** Le registre du centre de référence en IMOC sert de base pour la facturation des prestations mentionnées à l'Art. 7. De même, il sert de base pour la liste de bénéficiaires mentionnée à l'Art. 20.

Ce registre reste au centre de référence en IMOC à la disposition du Service des soins de santé et du Service d'évaluation et du contrôle médical de l'INAMI, ainsi que des médecins conseil des organismes assureurs et ce, durant au moins 5 ans.

**Art. 20. § 1<sup>er</sup>.** Afin de permettre que le Service des soins de santé de l'INAMI vérifie si le centre de référence en IMOC répond aux dispositions de l'Art. 5, § 3, deuxième alinéa, le centre adresse au plus tard pour le 31 mars de l'année calendrier suivante au Service des soins de santé de l'INAMI une liste de tous les bénéficiaires pour lesquels il a effectué au cours de l'année calendrier complète précédente l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7.  
Par bénéficiaire le centre de référence en IMOC y mentionne :

- 1) Toutes les prestations mentionnées à l'Art. 7 et décrites aux Art. 8, 9 ou 11, qui ont été terminées pour lui au cours de l'année calendrier concernée, avec le type de chaque prestation.
- 2) L'éventuelle prestation mentionnée à l'Art. 7 et décrite aux Art. 8, 9 ou 11, qui a été entamée et non encore terminée au cours de l'année calendrier concernée, avec le type de chaque prestation.

Le centre de référence en IMOC y joint aussi une liste de tous les membres du personnel qui au cours de l'année calendrier concernée ont fait partie de l'équipe mentionnée à l'Art. 5, § 2, 1) jusqu'à 5) inclus, avec, par membre du personnel, mention de toutes les activités de formation continue externe qu'il a suivies.

Pour ce faire, le centre de référence en IMOC suit le modèle et les instructions de l'annexe 1 à la présente convention.

**§ 2.** En cas de non transmission à temps de la liste mentionnée au § 1<sup>er</sup>, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'obligation visée au § 1<sup>er</sup> au Pouvoir Organisateur du centre de référence en IMOC et au centre de référence en IMOC par lettre recommandée à la poste, en leur demandant de la respecter encore de manière complète et correcte dans le mois qui suit cet envoi. Ils sont également avertis par la même lettre recommandée à la poste qu'au cas où cet engagement n'aurait pas encore été respecté de façon correcte et complète dans le mois suivant cet envoi, il sera demandé par circulaire aux organismes assureurs de suspendre d'office à partir du 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant cet envoi tout paiement de prestations facturées en application de la présente convention, quelle que soit la date à laquelle ces prestations aient été effectuées.

**§ 3.** En cas de transmission dans le délai de listes non remplies de manière complète et correcte selon le schéma et les instructions de l'annexe 1 à cette convention, le Service des soins de santé de l'INAMI indique par lettre au centre de référence en IMOC les manques constatés, en l'invitant à les compléter ou corriger dans le mois qui suit l'envoi de cette lettre.

En l'absence de réaction adéquate et dans le délai à cette lettre, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'obligation visée au § 1<sup>er</sup> au Pouvoir Organisateur du centre de référence en IMOC et au centre de référence en IMOC par lettre recommandée à la poste, en leur demandant de la respecter encore de manière complète et correcte dans le mois qui suit cet envoi. Ils sont également avertis par la même lettre recommandée à la poste qu'au cas où cette obligation n'aurait pas encore été respectée de façon correcte et complète dans le mois suivant cet envoi, il sera demandé par circulaire aux organismes assureurs de suspendre d'office à partir du 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant cet envoi tout paiement de prestations facturées en application de la présente convention, quelle que soit la date à laquelle ces prestations aient été effectuées.

**§ 4.** Uniquement un respect finalement correct et complet de l'obligation visée au § 1<sup>er</sup> du présent article lève une suspension d'office visée au §§ 2 et 3 du présent article. Dans ce cas, les organismes assureurs sont avertis par circulaire de cette levée de suspension.

**§ 5.** Sans préjudice des dispositions des §§ 2, 3 et 4 du présent Art., en cas de non envoi de la liste visée au § 1<sup>er</sup> concernant l'année calendrier précédente complète au plus tard pour le 30 juin de l'année calendrier suivante, le centre de référence en IMOC est considéré d'office et irrévocablement comme n'ayant pas répondu durant l'année calendrier précédente complète aux dispositions mentionnées à l'Art. 5, § 3, deuxième alinéa.

## **PROCEDURE DE DEMANDE ET D'ACCORD EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE**

**Art. 21. § 1<sup>er</sup>.** Une demande de prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé d'une des prestations mentionnées à l'Art. 7 de cette convention doit être introduite par le bénéficiaire selon les dispositions des articles 139 et 142, § 2, de l'AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En cas d'accord de l'instance compétente, l'intervention de l'assurance n'est due que pour les prestations effectuées en réalité conformément à toutes les dispositions de cette convention, à partir de la date fixée par la dite instance et au plus tôt 30 jours avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin conseil. Un accord donné est valable jusqu'à la date de fin qui y est fixée et qui peut se situer au maximum 5 ans après la date de début de l'accord.

Le centre de référence en IMOC s'engage à aider le bénéficiaire à introduire la demande de prise en charge.

**§ 2.** Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire les frais afférents aux prestations effectuées pendant les jours qui, pour motif de retard d'introduction de la demande d'intervention, ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance, si le centre de référence en IMOC a pris la responsabilité d'introduire lui-même la dite demande d'intervention.

**§ 3.** L'arrêté royal cité au § 1<sup>er</sup> du présent article prévoit entre autres que le bénéficiaire introduit la demande de prise en charge au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé.

A la demande est jointe soit une copie de la lettre de renvoi du médecin référant de laquelle appert la suspicion du diagnostic d'IMOC, soit, si le bénéficiaire n'a pas été référé par un médecin référant « externe », un rapport médical du centre de référence en IMOC établi selon le modèle en annexe 2 à cette convention.

### **CONSEIL D'ACCORD EN MATIERE DE CENTRES DE REFERENCE DE L'IMOC**

**Art. 22.** Par la signature de cette convention le centre de référence en IMOC adhère au Conseil d'accord en matière de Centres de référence de l'IMOC. Le médecin coordinateur du centre de référence en IMOC siège au Conseil d'accord et y représente le centre.

Le Conseil d'accord est composé des membres du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, du médecin visé à l'alinéa premier et de ces collègues des autres centre de référence en IMOC conventionnés.

La présidence en est assurée par le Président du Collège des médecins-directeurs. Le Secrétariat en est assuré par le Service des soins de santé.

Le médecin coordinateur du centre de référence en IMOC s'engage à assister à chaque réunion du Conseil d'accord. Le cas échéant, il peut aussi y déléguer l'un des autres médecins du centre de référence en IMOC visés à l'Art. 5, § 2, 1).

**Art. 23. § 1<sup>er</sup>.** Le Conseil d'accord a pour but

- 1) De favoriser la collaboration et une méthode de travail similaire parmi les Centres de référence de l'IMOC ;
- 2) D'évaluer leur rôle en tant que centres consultatifs et coordinateurs de soins au sein d'un réseau de structures de soins pour patients présentant une IMOC et de préciser les moyens de les favoriser
- 3) D'évaluer de façon critique les modalités de cette convention à la lumière des points susmentionnés et à la lumière de la contribution de cette convention à une prise en charge plus efficace des bénéficiaires décrits à l'Art. 2 en vue de leur intégration optimale et durable.

Ceci se fait notamment sur base des données de la liste visée à l'Art. 20 complétée de toute autre donnée des Centres de référence de l'IMOC qui peut être utile à cet effet.

**§ 2.** Le Conseil d'accord peut se réunir à la demande du Président du Collège des médecins-directeurs ou à la demande d'au moins trois de ses membres représentants des Centres de référence de l'IMOC. Le Conseil Général et le Comité de l'assurance peuvent aussi à tout moment demander que le Conseil d'accord se réunisse au sujet d'une question spécifique.

Il se réunit au moins une fois par an.

Sa convocation est toutefois obligatoire s'il appert des données de la liste visée à l'Art. 20 qu'au moins un centre de référence en IMOC ne répond pas pour deux années consécutives aux dispositions de l'Art. 5, § 3, deuxième alinéa.

**§ 3.** Le Conseil d'accord fait une analyse des données et des motifs qui ont provoqué sa convocation afin de permettre que, le cas échéant, le Collège des médecins-directeurs soumette une proposition d'adaptation de la convention ou de nouvelle convention au Comité de l'assurance.

## **DISPOSITIONS GENERALES**

**Art. 24.** Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à tenir une comptabilité dans laquelle les revenus et les dépenses du centre de référence en IMOC qui découlent de l'application de cette convention sont considérés comme une rubrique de frais séparée, de sorte qu'il est possible de les distinguer des revenus et dépenses d'autres activités (du site) de l'établissement hospitalier au sein duquel le centre de référence en IMOC fonctionne et des revenus et dépenses d'autres activités de l'équipe du centre de référence en IMOC pour des bénéficiaires et d'autres patients présentant une IMOC.

La tenue de cette comptabilité s'effectue conformément aux dispositions minimales du plan comptable général des hôpitaux (A.R. du 14 août 1987).

Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC adresse chaque année, dans les 6 mois qui suivent la clôture de l'exercice comptable qui commence toujours le 1<sup>er</sup> janvier et se termine toujours le 31 décembre, au Service des soins de santé de l'INAMI copie d'un compte d'exploitation qui se rapporte exclusivement à l'activité du centre de référence en IMOC.

Le Service des soins de santé peut à tout moment pour l'établissement d'un compte d'exploitation imposer un modèle uniforme.

Le pouvoir organisateur conserve les justificatifs des recettes et des dépenses durant au moins 10 ans. Ces justificatifs et la comptabilité tenue doivent toujours être accessibles aux Services de l'INAMI.

**Art. 25. § 1<sup>er</sup>.** Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à facturer aux organismes assureurs, sur les indications du centre de référence en IMOC, les prix fixés à l'Art. 13, § 1<sup>er</sup> soit par bande magnétique de l'établissement hospitalier duquel le centre de référence en IMOC fait partie (= obligatoire pour tout bénéficiaire hospitalisé), soit à l'aide d'une facture dont le modèle a été approuvé par le Comité de l'assurance.

Une copie sur papier de la facture doit être remise à chaque bénéficiaire, même si la facturation se fait par bande magnétique.

**§ 2.** Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC assume toute responsabilité en matière de conformité à toutes les dispositions de la convention, pour les prestations qui sont facturées aux organismes assureurs pour les bénéficiaires en vertu de cette convention.

**Art. 26.** Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à remettre à chaque membre de l'équipe du centre de référence en IMOC mentionnée à l'Art. 5, § 2, 1) jusqu'à 6) inclus, copie du texte entier de cette convention, afin de permettre que chaque membre de l'équipe remplisse ses tâches en conformité avec celle-ci.

Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC conserve l'accusé de réception signé à ce propos par chaque membre de l'équipe et le tient à disposition du Service des soins de santé de l'INAMI.

**Art. 27.** Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage également à fournir le cas échéant au Service des soins de santé de l'INAMI et aux organismes assureurs toute information complémentaire en vue du contrôle du respect des dispositions de cette convention sur le plan thérapeutique ou financier ou dans le cadre de la gestion globale des conventions de rééducation.

Finalement, il s'engage à permettre que chaque représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs lui rende les visites qu'il juge utiles pour l'accomplissement de ces tâches.

**DUREE DE VALIDITE DE LA CONVENTION**

**Art. 28. § 1<sup>er</sup>.** La présente convention, établie en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le ...

**§ 2.** La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2006 inclus. Toutefois, chacune des parties peut, à tout moment, la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Dans ce cas, les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois; ce préavis prend cours le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

Fait en deux exemplaires à Bruxelles le :

Pour le pouvoir organisateur du centre de  
référence en IMOC

Pour le Comité de l'assurance soins de santé

Le Responsable de la gestion (du site) de  
l'hôpital  
(nom, fonction et signature)

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.,  
G. Vereecke  
Médecin-inspecteur général

Pour le centre de référence en IMOC,  
pour information

Le médecin coordinateur  
(nom, signature et cachet)

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963  
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

## Service des soins de santé

### **AVENANT A LA CONVENTION DE REEDUCATION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET #NOM DU POUVOIR ORGANISATEUR# POUR LE CENTRE DE REFERENCE EN INFIRMITÉ MOTRICE D'ORIGINE CÉRÉBRALE QUI FONCTIONNE DANS #NOM DE L'HOPITAL ET EVENTUELLEMENT DU SITE DE L'HOPITAL#.**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6° et 23 § 3;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

Le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

et d'autre part,

Le *#nom du pouvoir organisateur#*, désigné ci-après dans la convention comme le “pouvoir organisateur”, dont dépend le centre de référence en infirmité motrice d'origine cérébrale qui fonctionne dans *#nom de l'hôpital et éventuellement du site de l'hôpital#*, désigné ci-après dans le texte comme « le centre de référence en IMOC ».

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 1<sup>er</sup> de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un deuxième alinéa, libellé comme suit :

« La présente convention détermine aussi les conditions en matière des bénéficiaires présentant un spina bifida avec ou sans hydrocéphalie associée – indiqué ci-après comme SB - et les conditions auxquelles le centre de référence en IMOC doit satisfaire afin de pouvoir fonctionner aussi comme centre de référence en SB au sens de la présente convention. »

**Article 2.** Après l'Art. 2 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 2bis, libellé comme suit :

« **Art. 2bis. § 1<sup>er</sup>.** Les bénéficiaires au sens de la présente convention peuvent aussi être :  
1) Des personnes avec un spina bifida aperta ou avec un spina bifida occulta et une forme démontrée de tethered cord syndrome. Les deux formes de spina bifida, c.à.d.

un déficit de clôture congénital du tube neural, sont indiquées ci-après comme SB. Un nouveau-né avec une lésion transversale périnatale de la moelle est assimilé à un bénéficiaire avec SB pour l'application de cette convention.

Les bénéficiaires au sens de cette convention avec un spina bifida aperta présentent un méningocèle ou un méningomyélocèle, avec hydrocéphalie associée ou non.

Les bénéficiaires au sens de cette convention avec un spina bifida occulta présentent une forme démontrée de tethered cord syndrome entraînant un déficit moteur et tactile avec gêne fonctionnel grave.

- 2) Tous les bénéficiaires mentionnés au 1) sont des nouveau-nés, des enfants ou des jeunes jusqu'à 18 ans inclus lors du 1<sup>er</sup> contact avec le centre de référence en SB.
- 3) A partir de l'âge de 19 ans les bénéficiaires décrits en 1) et 2) peuvent rester accompagnés dans le centre de référence en SB.

Seulement au cours de l'année d'entrée en vigueur du présent avenant et au cours de la première année qui la suit, les bénéficiaires mentionnés en 1) peuvent aussi avoir 19 ans ou plus lors du 1<sup>er</sup> contact et ensuite rester accompagnés par le centre de référence en SB.

**§ 2.** Le SB dont question au § 1<sup>er</sup> du présent article est accompagné de troubles concomitants (moteurs, tactiles, urinaires, d'alimentation et de défécation, visuels...) et le cas échéant d'une épilepsie, qui contribuent à entraver le développement du bénéficiaire et/ou son intégration maximale dans la famille et le milieu.

**Article 3.** Après l'Art. 4 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 4*bis*, libellé comme suit :

« **Art. 4*bis*.** Pour la section du centre de référence en IMOC qui fonctionne comme centre de référence en SB, les objectifs envers les bénéficiaires avec un SB sont les mêmes que ceux formulés aux Art. 3 en 4 pour le centre de référence en IMOC envers les bénéficiaires avec une MOC. »

**Article 4.** Après l'Art. 6 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Chapitre « **LE CENTRE DE RÉFÉRENCE EN IMOC AU SENS DE CETTE CONVENTION** » qui comporte un Art. 5*bis* et 6*bis*, libellés comme suit :

« **Art. 5*bis*.** § 1<sup>er</sup>. Le centre de référence en SB au sens de cette convention est, en tant que pivot d'un réseau de structures de soins pour patients SB, une section spécialisée en SB du centre de référence en IMOC. En tant que tel il est pour tout bénéficiaire et autre personne extérieure concernée une entité fonctionnelle clairement identifiable et reconnaissable au sein du site de l'hôpital, pas nécessairement le même que celui au sein duquel fonctionne le Centre de référence en IMOC. Il est placé sous la direction d'un des médecins cités au § 2, 1) de cet article, qui coordonne l'activité de l'équipe mentionnée au § 2.

En outre, le centre de référence en SB remplit les conditions mentionnées aux §§ 2, 3, 4, et 5 de cet article.

**§ 2.** L'équipe du centre de référence en SB, clairement identifiable et reconnaissable en tant qu'entité fonctionnelle pour les bénéficiaires et autres personnes extérieures, se présente quant à sa composition et son volume au moins comme suit :

1) médecins

- 1 médecin spécialiste en neurologie pédiatrique
- au moins 1 autre médecin, soit spécialiste en pédiatrie, neurologie, ou médecine physique et réé-

Ensemble minimum 11,4 h/sem.

ducation, avec une expérience pratique relative (= 0,3 ETP)  
 aux patients adultes présentant une SB,  
 Un de ces médecins est désigné en tant que « médecin coordinateur » de  
 toute l'équipe du centre de référence en SB.  
 Au moins un de ces médecins a obtenu un agrément complémentaire  
 comme spécialiste en réadaptation fonctionnelle.

- 2) kinésithérapeute(s)..... (l'équiv. de) 38 h/sem.  
 3)paramédicaux
- Infirmière(s) (pédiatrique(s) avec expérience) spéci-
  - ergothérapeute(s) Ensemble 24,7 h/s
  - assistant(s) sociaux ou 0,65 ETP
  - Diététicien(ne)
- 4) psychologie
- Psychologue clinicien et/ ou orthopédagogue 7,6 h/s ou 0,2 ETP
- 5) secrétariat
- secrétaire(s)..... 7,6 h/s ou 0,2 ETP.

Durant ces heures susmentionnées cette équipe se consacre exclusivement à des activités dans le cadre du SB et des problèmes et troubles connexes. Durant ces heures susmentionnées cette équipe ne se consacre donc pas à des activités dans le cadre du diagnostic, évaluation fonctionnelle, traitement ou rééducation d'enfants ou d'adultes présentant d'autres troubles.

Ceci appert pour chacun des membres du personnel concernés d'un contrat signé par un responsable au nom du pouvoir organisateur, par le médecin coordinateur au nom du centre de référence en SB et par le membre du personnel concerné. Ce contrat mentionne explicitement pour chaque membre du personnel concerné le nombre d'h/s exclusivement consacrées à des activités dans le cadre du SB, et leur horaire prévu.

Outre ces membres de l'équipe, dans le centre de référence en SB doivent pouvoir être consultées toutes les disciplines médicales éventuellement nécessaires – et certainement l'urologie, la neurochirurgie, l'orthopédie, la pédiatrie et la médecin physique et l rééducation - ainsi qu'un orthopédiste ou bandagiste.

L'urologue dont question doit certainement avoir une expérience suffisante en matière d'incontinence chez les enfants avec un SB.

**§ 3.** La spécialisation et l'expérience en matière de SB que les membres de l'équipe du centre de référence en SB ont acquis déjà avant l'entrée en vigueur de cet avenant apparaissent de l'historique du centre et des activités de ses membres de son équipe - avec pour chaque patient présentant un SB au moins 2 interventions par un des médecins de l'équipe - pour un nombre de ces patients qui s'élevait à au moins 50 au cours de l'année calendrier précédant l'entrée en vigueur de cet avenant.

Une fois le présent avenant entré en vigueur, le maintien de cette expérience en matière de diagnostic, évaluation fonctionnelle, rééducation et traitement du SB apparaît :

- 1) du fait qu'au cours de la 1<sup>ère</sup> année calendrier complète au cours de la quelle cet avenant produit ses effets, l'équipe mentionnée au § 2 est intervenue minimum 2 fois auprès de minimum 50 bénéficiaires différents en vue d'une des prestations mentionnées à l'Art. 7bis, et ensuite chaque année calendrier auprès de minimum 80 bénéficiaires différents;

- 2) du fait que chaque membre de l'équipe mentionnée au § 2 participe chaque année au moins une fois à une activité extérieure de formation continue en matière de diagnostic, de traitement ou de rééducation dans le cadre du SB, ou que l'équipe en organise une elle-même, avec participation de personnes non membre de l'équipe.

**§ 4.** Le fonctionnement en tant qu'équipe multidisciplinaire des membres du personnel du centre de référence en SB prévus au § 2 apparaît entre autres :

1. du fait que l'équipe fonctionne au moins 2 demi-jours par semaine en tant que telle dans les conditions de cet avenant, ce qui appert des horaires renseignés pour les membres de l'équipe
2. du fait qu'au moins 1 fois par semaine ils se réunissent durant au moins 1 heure sous la direction du médecin coordinateur et/ou de l'autre médecin mentionné au § 2, 1), qui est présent durant toute la réunion d'équipe. D'autres membres de l'équipe peuvent éventuellement n'être présents que lors de la discussion de bénéficiaires chez lesquels ils sont intervenus ou à l'occasion de sujets qui les intéressent.

A ces réunions d'équipe, entre autres le cas de bénéficiaires individuels est discuté et les interventions nécessaires de plusieurs membres de l'équipe chez eux sont coordonnées. L'élaboration d'un plan de traitement et de rééducation pour un bénéficiaire, notamment sur base du bilan diagnostique et fonctionnel, est toujours au préalable le sujet d'une discussion en équipe, de même que chaque adaptation ultérieure de celui-ci.

**§ 5.** Quant à son infrastructure, le centre de référence en SB doit par ailleurs aussi disposer de suffisamment de locaux d'examen, d'entretien, de traitement et de réunion pour le personnel mentionné au § 2 et ses activités dans le cadre du présent avenant au profit des bénéficiaires.

**Art. 6bis.** Lors de sa demande de conclusion d'une convention, le pouvoir organisateur du centre de référence en SB transmet au Service des soins de santé à l'attention du Collège des médecins-directeurs tous les renseignements qui doivent permettre au Collège de constater que toutes les conditions mentionnées à l'Art. 5bis sont remplies. »

**Article 5.** Après l'Art. 7 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 7bis, libellé comme suit :

« **Art. 7bis.** Pour le centre de référence en CP qui comporte aussi une section fonctionnant comme centre de référence en SB les prestations pouvant être prises en charge notamment sur base de cet avenant par l'assurance obligatoire soins de santé sont analogues pour les bénéficiaires avec SB à celles pour les bénéficiaires avec CP décrites à l'Art. 7, 1) et 2). Elles sont exécutées par l'équipe du centre de référence en SB mentionnée à l'Art. 5bis, § 2.

Si nécessaire, l'équipe du centre de référence en SB fournit aussi séparément un avis ponctuel relatif à tout trouble associé au SB, notamment en ce qui concerne les troubles des sphincters de la vessie et de l'intestin et en ce qui concerne les problèmes qu'ils entraînent. »

**Article 6.** Après l'Art. 8 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 8bis, libellé comme suit :

- « **Art. 8bis.** Pour la section du centre de référence en CP fonctionnant comme centre de référence en SB, lors de l'exécution de la prestation analogue à celle décrite à l'Art. 7, 1) la même définition du contenu et la même durée sont applicables à l'égard de bénéficiaires avec SB que celles formulées à l'Art. 8 pour le centre de référence en CP à l'égard de bénéficiaires avec CP. Toutefois, elle est exécutée par l'équipe mentionnée à l'Art. 5bis, § 2 et comporte, outre l'intervention du (des) médecin(s), aussi l'intervention du kinésithérapeute, de l'infirmière, de l'assistant social et du psychologue ou (ortho)pédagogue. »

**Article 7.** Après l'Art. 9 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 9bis, libellé comme suit :

- « **Art. 9bis.** Pour la section du centre de référence en CP fonctionnant comme centre de référence en SB, lors de l'exécution de la prestation analogue à celle décrite à l'Art. 7, 2) la même définition du contenu et de modalités sont applicables à l'égard de bénéficiaires avec SB que celles formulées à l'Art. 9 pour le centre de référence en CP à l'égard de bénéficiaires avec CP. Toutefois, elle est exécutée par l'équipe mentionnée à l'Art. 5bis, § 2. »

**Article 8.** Après l'Art. 10 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 10bis, libellé comme suit :

- « **Art. 10bis.** Chaque intervention chirurgicale nécessaire exécutée à l'indication du centre de référence en SB en cas de spina bifida aperta peut être effectuée au sein de l'hôpital duquel le centre de référence en SB fonctionne, de même que le traitement d'une hydrocéphalie associée au spina bifida aperta par drainage. De même, chaque intervention chirurgicale nécessaire exécutée à l'indication du centre de référence en SB en cas de grave tethered cord syndrome peut être effectuée au sein de l'hôpital duquel le centre de référence en SB fonctionne. »

**Article 9.** Après l'Art. 11 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 11bis, libellé comme suit :

- « **Art. 11bis.** L'éventuel avis séparé fourni par l'équipe du centre de référence en SB et relatif à un trouble associé au SB, mentionné à l'Art. 7bis, 2<sup>ème</sup> alinéa, fait partie du remboursement prévu pour les prestations mentionnées à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa. »

**Article 10.** Après l'Art. 12 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 12bis, libellé comme suit :

- « **Art. 12bis. § 1<sup>er</sup>.** Sans préjudice des §§ 2 et 3 de cet article, la prestation de rééducation pouvant être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé pour chaque bénéficiaire défini à l'Art. 2bis, § 1<sup>er</sup>, comporte l'exécution durant une année (sauf si le bénéficiaire décède antérieurement) par l'équipe visée à l'Art. 5bis, § 2, de toutes les prestations visées à l'Art. 7bis et décrites plus en détail aux Art. 8bis, 9bis et 11bis, nécessaires pour lui.

Ces prestations sont prises en charge de façon forfaitaire par un « forfait annuel ».

**§ 2.** Afin qu'il puisse être pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé, pour une année calendrier visée, un forfait annuel doit couvrir au moins :

1. pour un bénéficiaire de < 3 ans, l'exécution d'au moins 3 prestations visées à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa, ainsi que toutes les prestations nécessaires visées à l'Art. 7bis, 2<sup>ème</sup> alinéa ;
2. pour un bénéficiaire de 3 à 18 ans inclus, l'exécution d'au moins 2 prestations visées à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa, ainsi que toutes les prestations nécessaires visées à l'Art. 7bis, 2<sup>ème</sup> alinéa ;
3. pour un bénéficiaire de 19 ans ou plus, l'exécution d'au moins 1 prestation visée à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa, ainsi que toutes les prestations nécessaires visées à l'Art. 7bis, 2<sup>ème</sup> alinéa.

Toutefois, un premier forfait annuel pour un bénéficiaire de < 3 ans peut aussi être pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé s'il ne comporte que 2 prestations visées à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa.

**§ 3.** Il est question d'un programme individuel de rééducation pour un bénéficiaire avec SB du moment que pour le bénéficiaire visé un programme de diagnostic, d'évaluation et d'accompagnement tel que visé ci-dessus a été fixé, qu'il a été discuté avec lui, ses parents et son entourage et qu'en exécution de celui-ci au moins 1 séance d'au moins 1 demi-journée a été effectuée par l'équipe de rééducation, sans qu'elle ait donné lieu à une quelconque autre intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

**Article 11.** Après l'Art. 13 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 13bis, libellé comme suit :

« **Art. 13bis. § 1<sup>er</sup>.** Le forfait annuel pouvant être pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé s'élève à :

| Pour un bénéficiaire mentionné à | Montants du forfait annuel |                             |                                |
|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
|                                  | Totaux<br>(= 100%)         | Partie indexable<br>(= 95%) | Partie non indexable<br>(= 5%) |
| L'Art. 12bis, 1.                 | € 1589,34                  | € 1509,87                   | € 79,47                        |
| L'Art. 12bis, 2.                 | € 1059,56                  | € 1006,58                   | € 52,98                        |
| L'Art. 12bis, 3.                 | € 529,78                   | € 503,29                    | € 26,49                        |

Ces forfaits annuels couvrent les frais pour :

- toutes les interventions directes et indirectes de l'équipe prévue à l'Art. 5bis, § 2, au sein et éventuellement en dehors du centre de référence en SB, à l'exclusion de toutes les prestations qui sont déjà prévues dans la nomenclature des prestations de soins de santé ou dans un autre système réglementaire d'intervention. Ces dernières prestations peuvent donc aussi être portées en compte, dans les conditions fixées par la nomenclature des prestations de soins de santé ou par l'autre système réglementaire d'intervention, en sus des prix et honoraires susmentionnés ;
- le travail en équipe de toutes les personnes du centre de référence en SB intervenant auprès d'un bénéficiaire, ainsi que le travail administratif qu'il entraîne ;
- la communication personnelle au bénéficiaire et à sa famille du plan de traitement et de rééducation élaboré, de l'évaluation ultérieure ou de la prescription ou avis au bénéficiaire et à sa famille et la communication au moins écrite au médecin référant

éventuel et aux autres personnes concernées faisant partie du réseau de structures de soins autour du bénéficiaire, ainsi que toute communication ultérieure à ce sujet avec eux.

**§ 2.** Seule la partie indexable mentionnée au § 1<sup>er</sup> pour les montants y figurant est liée à l'indice pivot 111,64 du 1<sup>er</sup> juin 2003 (base 1996) des prix à la consommation. Cette partie indexable de ces prix est adaptée conformément aux dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 portant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

**Article 12.** Après l'Art. 15 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 15*bis*, libellé comme suit :

« **Art. 15*bis*.** Pour le pouvoir organisateur du centre de référence en CP qui fonctionne également comme centre de référence en SB, les mêmes modalités sont applicables à l'égard de bénéficiaires avec SB que celles formulées aux Art. 14 et 15 pour le centre de référence en CP à l'égard de bénéficiaires avec CP. »

**Article 13.** Après l'Art. 16 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 16*bis*, libellé comme suit :

« **Art. 16*bis*.** Le centre de référence en SB est aussi censé fonctionner effectivement comme centre de référence pour des médecins, kinésithérapeutes et paramédicaux, qui assurent au quotidien la prise en charge des bénéficiaires. »

**Article 14.** A l'article 17, 1<sup>er</sup> alinéa, de la convention mentionnée sous rubrique, les lettres « CP-« sont remplacées par les lettres « SB- et CP-» .

**Article 15.** Après l'Art. 18 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 18*bis*, libellé comme suit :

« **Art. 18*bis*.** Pour chaque bénéficiaire chez lequel il a effectué l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7*bis*, le centre de référence en SB tient à jour un dossier médical qui, outre les éléments figurant normalement dans chaque dossier médical, comporte explicitement les éléments suivants :

- 1) La lettre d'envoi éventuelle ;
- 2) Les résultats de toutes les prestations visant le diagnostic et l'évaluation de l'état fonctionnel du bénéficiaire et les interventions qui ont contribué au résultat final de l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7*bis* ;  
Il s'agit aussi bien de résultats transmis d'examens déjà effectués par des tiers que de résultats d'examens effectués au besoin dans le centre de référence en SB même. Le cas échéant, copie est également gardée dans le dossier du bénéficiaire de la lettre par laquelle les résultats d'examens effectués déjà auparavant ont été demandés.
- 3) Les conclusions des réunions d'équipe concernant le bénéficiaire ;
- 4) Copie de chaque plan de traitement et de rééducation élaboré par écrit, visé à l'Art. 8, § 1<sup>er</sup>, de chaque évaluation et adaptation éventuelle de ce plan de traitement et de rééducation, élaborée par écrit, visées à l'Art. 9, § 1<sup>er</sup>, et de chaque prescription ou avis visé à l'Art. 11.

**Article 16.** Après l'Art. 19 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 19*bis*, libellé comme suit :

« **Art. 19*bis*. § 1<sup>er</sup>.** Le centre de référence en SB tient un registre de toutes les prestations effectuées et portées en compte, mentionnées à l'Art. 7*bis*.

Par bénéficiaire et par prestation effectuée pour lui, ce registre comporte toutes les interventions effectuées par chaque membre de l'équipe mentionné à l'Art. 5*bis*, § 2, 1) jusqu'à 4) inclus, avec, par intervention, la date, l'heure du début et de la fin de l'intervention et le nom de chaque membre de l'équipe qui est intervenu. De même, il contient par bénéficiaire et par prestation la date de chaque réunion d'équipe à laquelle il a été discuté et l'identification de chaque participant.

**§ 2.** Le registre du centre de référence en SB sert de base pour la facturation des prestations mentionnées à l'Art. 7*bis*. De même, il sert de base pour la liste de bénéficiaires mentionnée à l'Art. 20*bis*.

Ce registre reste au centre de référence en SB à la disposition du Service des soins de santé et du Service d'évaluation et du contrôle médical de l'INAMI, ainsi que des médecins conseil des organismes assureurs et ce, durant au moins 5 ans.

**Article 17. § 1<sup>er</sup>.** A l'Art. 20 de la convention mentionnée sous rubrique, après le § 1<sup>er</sup> est inséré un § 1<sup>er</sup>*bis*, libellé comme suit :

« **§ 1<sup>er</sup>*bis*.** Afin de permettre que le Service des soins de santé de l'INAMI vérifie si le centre de référence en SB répond aux dispositions de l'Art. 12*bis*, §§ 1<sup>er</sup> et 2, et de l'Art. 5*bis*, § 3, deuxième alinéa, le centre adresse au plus tard pour le 31 mars de l'année calendrier suivante au Service des soins de santé de l'INAMI une liste de tous les bénéficiaires pour lesquels il a tarifé au cours de l'année calendrier complète précédente un forfait annuel.

Par bénéficiaire le centre de référence en SB y mentionne :

- 1) Les dates de toutes les prestations mentionnées à l'Art. 7*bis*, premier alinéa, qui ont été effectuées pour lui au cours de l'année calendrier concernée.
- 2) Les dates des éventuelles prestations mentionnée à l'Art. 7*bis*, deuxième alinéa, qui ont été effectuées pour lui au cours de l'année calendrier concernée.

Pour ce faire, le centre de référence en SB suit le modèle et les instructions de l'annexe 1*bis* à la présente convention. »

**§ 2.** Aux §§ 2, 3 et 4 de l'Art. 20 les mots « au § 1<sup>er</sup> » sont remplacés par les mots « au § 1<sup>er</sup> ou au § 1<sup>er</sup>*bis* » et les mots « centre de référence en IMOC » sont remplacés par les mots « le centre de référence en SB ou le centre de référence en IMOC ».

**§ 3.** A l'Art. 20 de la convention mentionnée sous rubrique, après le § 5 est inséré un § 5*bis*, libellé comme suit :

« **§ 5*bis*.** Sans préjudice des dispositions des §§ 2, 3 et 4 du présent Art., en cas de non envoi de la liste visée au § 1<sup>er</sup>*bis* concernant l'année calendrier précédente complète au plus tard pour le 30 juin de l'année calendrier suivante, le centre de référence en SB est considéré d'office et irrévocablement comme n'ayant pas répondu durant l'année calendrier précédente complète aux dispositions mentionnées à l'Art. 12*bis*, §§ 1<sup>er</sup> et 2, et à l'Art. 5, § 3, deuxième alinéa. »

**Article 18.** A l'Art. 21, § 1<sup>er</sup>, de la convention mentionnée sous rubrique, les mots « Art. 7 » sont remplacés par les mots « l'Art. 7 ou 7bis ».

A l'Art. 21, §§ 2 et 3, les mots « le centre de référence en IMOC » sont remplacés par les mots « le centre de référence en SB ou le centre de référence en IMOC ».

A l'Art. 21, § 3, « IMOC » est remplacé par « IMOC ou SB » et les mots « annexe 2 » sont remplacés par les mots « annexe 2 ou 2bis ».

**Article 19.** Après l'Art. 23 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 23bis libellé comme suit :

« **Art. 23bis.** Pour la section du centre de référence en CP qui fonctionne comme centre de référence en SB, les mêmes dispositions en matière de Conseil d'accord sont applicables que celles formulées aux Art. 22 et 23 pour le centre de référence en IMOC. »

**Article 20.** Après l'Art. 27 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 27bis libellé comme suit :

« **Art. 27bis.** Pour le pouvoir organisateur du centre de référence en SB, les mêmes dispositions générales que celles formulées pour le centre de référence en IMOC aux Art. 24, 25, 26 et 27 sont applicables à l'égard du centre de référence en SB. »

**Article 21. § 1<sup>er</sup>.** Le présent avenant établi en deux exemplaires et dûment signé par les deux parties entre en vigueur le....

**§ 2.** Le présent avenant est valable jusqu'au 30 juin 2007 inclus. Toutefois, chacune des parties peut, à tout moment, le dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Dans ce cas, les effets du présent avenant expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois; ce préavis prend cours le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

Fait en deux exemplaires à Bruxelles le :

Pour le pouvoir organisateur du centre de référence en SB

Pour le Comité de l'assurance soins de santé

Le Responsable de la gestion (du site) de l'hôpital  
(nom, fonction et signature)

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.  
Dr G. Vereecke  
Médecin-Inspecteur Général

Pour le centre de référence en SB, pour information

Le médecin coordinateur  
(nom, signature et cachet)