

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2009/98 du 9 mars 2009

370/1331

En vigueur à partir du 1 juillet 2008

Abroge circulaire n° 2008/479
du 25 novembre 2008

Nouvelle convention type de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré à partir du 1er juillet 2008: liste définitive des établissements qui ont signé la convention contenant les noms des médecins prescripteurs

**Cette circulaire modifie le contenu de la circulaire 2008/479 du 25 novembre 2008 (rubrique 370/1316), en ce qui concerne uniquement le point 4 : liste des médecins prescripteurs.
L'annexe 5 de la circulaire précédente est remplacée par une liste définitive des établissements qui ont signé la nouvelle convention-type concernée, d'application à partir du 1^{er} juillet 2008. En outre, les médecins qui sont autorisés à prescrire des programmes d'autogestion du diabète sont mentionnés par établissement conventionné.**

Le 1^{er} juillet 2008, une nouvelle convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré entre en vigueur. Cette convention est valable jusqu'au 31 décembre 2009 inclus. Le texte de cette convention est annexé à la présente circulaire. Les modifications par rapport à la précédente convention qui sont pertinentes pour les organismes assureurs sont commentées dans la présente circulaire. Une copie des lettres aux hôpitaux (lettre pour les hôpitaux fusionnés et pour les hôpitaux non fusionnés) contenant des informations et des instructions relatives à l'entrée en vigueur de la nouvelle convention est également annexée à cette circulaire.

Une liste comprenant les hôpitaux avec lesquels la nouvelle convention a effectivement été conclue, est ajoutée à l'annexe 5 de la présente circulaire.

Les hôpitaux avec lesquels la nouvelle convention sera en principe conclue sont les mêmes hôpitaux que ceux avec lesquels la précédente convention avait été conclue, à la seule différence près que dans le passé, plusieurs contrats pouvaient être conclus avec un même hôpital (un contrat par site, chacun avec son numéro d'identification), alors que maintenant seul un contrat peut être conclu par hôpital (un contrat pour tous les sites, avec un même numéro d'identification). Par conséquent, pour certains sites hospitaliers, les dossiers de demande individuels pourront mentionner à l'avenir un autre numéro d'identification qu'auparavant.

Prestations de rééducation fonctionnelle

Dans la nouvelle convention, l'ancien groupe de patients 1 est ventilé en deux groupes, le 1A et le 1B. Toutefois, le forfait de rééducation fonctionnelle est identique pour les deux groupes et correspond au forfait mensuel qui s'appliquait jusqu'à présent au groupe 1. Pour les deux nouveaux groupes, les factures doivent mentionner un pseudo-code différent. Cependant, concernant les accords individuels en cours, attribués conformément à la précédente convention aux patients du groupe 1 (groupe maintenant scindé), les factures portant sur les mois remboursables réalisés avant le 1^{er} octobre 2008 peuvent, à titre de mesure de transition, encore mentionner l'ancien pseudo-code pour les patients du groupe 1 (773231).

Aux termes de la nouvelle convention, il est possible, sous certaines conditions, de facturer une indemnité pour le renvoi d'un patient vers la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne d'un autre hôpital. L'indemnité de renvoi ne peut être facturée que par les hôpitaux ne disposant pas eux-mêmes d'une clinique du pied conventionnée. Dans la liste des hôpitaux avec lesquels la nouvelle convention a effectivement été conclue – liste qui se trouve à l'annexe 5 de la présente circulaire – les établissements qui ne peuvent pas facturer l'indemnité de renvoi sont indiqués par (*).

Par patient, un établissement ne peut facturer l'indemnité de renvoi qu'une seule fois. Dans les années civiles ultérieures, l'indemnité de renvoi ne pourra donc pas être de nouveau facturée à un même patient.

Facturation

À partir du 1^{er} octobre 2008, les hôpitaux seront tenus de facturer sur support magnétique les prestations de rééducation fonctionnelle remboursables en vertu de la convention. Avant cette date, les prestations visées pourront encore être facturées suivant les anciens modèles de facture.

Les mois de dispensation effective d'un programme de rééducation fonctionnelle ne pourront être facturés qu'une fois le mois écoulé.

Le prix qui peut être facturé pour un mois remboursable de dispensation effective de prestation sera (à partir du 1^{er} octobre 2008) le prix en vigueur à la dernière date de ce mois. Cette disposition a surtout son importance en cas de changement de prix, p.ex. à l'occasion d'une indexation.

Intervention pour les patients hospitalisés

- En principe, seuls les patients ambulatoires font partie des bénéficiaires de la convention. Comparée à la précédente, la nouvelle convention prévoit que les patients qui, au cours d'une hospitalisation, commencent pour la première fois l'autogestion peuvent toutefois, sous certaines conditions, prétendre aussi au bénéfice de la convention. Une de ces conditions (dont le respect peut en principe être contrôlé par les organismes assureurs) est que l'hospitalisation ne peut durer plus de un mois, à compter du jour auquel commence l'autogestion (défini comme le jour x de ce mois jusqu'au jour x-1 du mois qui suit, le jour x étant la date de début de l'autogestion).

- Si le bénéficiaire ambulatoire qui suit déjà l'autogestion subit une hospitalisation intercurrente au cours d'une période de maximum un mois (jour d'hospitalisation, jour de sortie de l'hôpital et éventuels jours de congé pendant l'hospitalisation compris), l'intervention dans le programme de rééducation fonctionnelle reste due pendant la période d'hospitalisation. Jusqu'à présent, seules les hospitalisations intercurrentes de maximum 10 jours étaient autorisées : cette durée passe donc à un mois à partir du 1^{er} juillet 2008.

Si l'hospitalisation dure plus de un mois, l'intervention de l'assurance est interrompue à partir du jour d'hospitalisation. Le remboursement du mois de dispensation qui court à partir de ce moment-là est (comme dans les années passées) dû si le mois précédant la date d'hospitalisation a commencé depuis au moins 15 jours. Le jour de sortie de l'hôpital vaut comme jour x des mois de rééducation fonctionnelle qui suivent l'hospitalisation.

Demandes individuelles de prise en charge

1) Accords individuels en cours donnés dans le cadre de la précédente convention

Les accords individuels en cours donnés avant le 1^{er} juillet 2008 dans le cadre de la précédente convention pour des périodes de rééducation fonctionnelle totalement ou partiellement postérieures au 30 juin 2008 restent valables jusqu'à la date de fin de ces accords.

2) Traitement des demandes individuelles

Les demandes individuelles de prise en charge établies avant le 1^{er} juillet 2008 doivent être traitées conformément à la précédente convention en vigueur jusqu'au 30 juin 2008 inclus. Les demandes individuelles de prise en charge établies à partir du 1^{er} juillet 2008 doivent être traitées conformément à la nouvelle convention.

3) Nouveaux formulaires de demande

Les formulaires qui doivent être utilisés pour demander l'intervention dans le programme de rééducation fonctionnelle ont été modifiés conformément à la nouvelle convention. Les nouveaux formulaires ont été joints à la présente circulaire. Les demandes que le médecin-conseil reçoit à partir du 1^{er} octobre 2008 doivent être établies conformément aux nouveaux formulaires. Les demandes que le médecin-conseil reçoit avant cette date peuvent encore être établies conformément à l'ancien formulaire, mais les hôpitaux peuvent également utiliser dès à présent les nouveaux formulaires.

4) Liste des médecins prescripteurs

La présente circulaire (annexe 5) mentionne, par hôpital conventionné, les médecins autorisés à prescrire des programmes d'autogestion du diabète.

Les médecins qui sont autorisés à prescrire des programmes pompe à insuline, sont également ajoutés à cette liste. Ils ont ainsi la possibilité de prescrire également, à côté des programmes pompe à insuline, des programmes d'autogestion du diabète étant donné qu'à partir du 1^{er} août 2008 la nouvelle convention-type de rééducation fonctionnelle pompe à insuline ne prévoit plus l'autogestion.

5) Convention de rééducation en matière d'insulinothérapie par perfusion continue au moyen d'une pompe à insuline portable (7.86.5)

Le 1^{er} août 2008, la convention de rééducation en matière d'insulinothérapie par perfusion continue à domicile au moyen d'une pompe à insuline portable est elle aussi modifiée. Ces modifications feront l'objet d'une circulaire séparée.

Une des modifications dans le cadre de la convention en matière de pompes à insuline est qu'à partir du 1^{er} août 2008, l'autogestion des patients portant une pompe à insuline ne sera plus prise en charge par la convention en matière de pompes à insuline mais bien par la convention générale en matière d'autogestion. La convention en matière de pompes à insuline sera conclue uniquement avec les hôpitaux qui concluent également la convention en matière d'autogestion. Les patients qui, avant le 1^{er} août 2008, dans le cadre de la précédente convention en matière de pompes à insuline, ont déjà reçu un accord pour une période de rééducation fonctionnelle totalement ou partiellement postérieure au 31 juillet 2008 et qui font partie des groupes 1A ou 1B de la nouvelle convention en matière d'autogestion du diabète ne doivent pas introduire de nouvelle demande individuelle pour une prise en charge dans la convention en matière d'autogestion à partir du 1^{er} août 2008. L'accord donné à ces patients aux termes de la précédente convention en matière de pompes à insuline doit être automatiquement converti par les organismes assureurs en un accord individuel de prise en charge (à partir du 1^{er} août 2008) dans le cadre de la convention en matière d'autogestion dont la date de fin correspond à la date de fin de l'accord qui a été donné aux termes de la précédente convention en matière de pompes à insuline.

Ce régime vaut uniquement pour les patients des groupes 1A et 1B. Dans le cas des accords en cours pour des pompes à insuline en faveur de patients qui suivent le programme de rééducation fonctionnelle des groupes 2 et 3 de la convention en matière d'autogestion (ce qui est plutôt exceptionnel), une demande individuelle d'intervention doit être introduite pour la prise en charge dans le cadre de la convention en matière d'autogestion à partir du 1^{er} août 2008. Ces dernières demandes doivent être reçues par le médecin-conseil au plus tard le 31 octobre 2008.

Afin de rendre possible (sur le plan administratif) la prise en charge des forfaits d'autogestion (*pour les patients pompes à insuline pour lesquels un accord individuel est encore en cours*), les O.A. peuvent considérer ces patients pompes à insuline (*pour lesquels on n'introduit pas de demande pour les groupes 2 ou 3 et qui appartiennent dès lors au groupe 1 A ou 1 B*) comme des patients qui appartiennent au sous-groupe 1.a.3. de la convention autogestion (cf. les sous-groupes mentionnés sur le formulaire de demande d'intervention ; il s'agit ici d'un sous-groupe du groupe 1 A). Dans le cas où l'hôpital concerné porte en compte pour un tel patient un forfait autogestion par le biais du pseudo-code du groupe 1 B, ceci doit également être accepté.

Jusqu'au 31 juillet 2008 inclus, l'autogestion des patients portant une pompe à insuline est cependant encore remboursée conformément à la convention en matière de pompes à insuline. Par conséquent, jusqu'au 31 juillet 2008 inclus, il est défendu d'intervenir simultanément dans l'autogestion de ces patients portant une pompe à insuline sur la base de la convention en matière d'autogestion.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[Annexe 1 Aperçu des prix et des pseudo-codes au 1er janvier 2009](#)

[Annexe 2 \(1\) Lettre aux hôpitaux fusionnés](#)

[Annexe 2 \(2\) Lettre aux hôpitaux non fusionnés](#)

[Annexe 3 Texte de la convention avec annexes](#)

[Annexe 4 \(1\) formulaire de prescription pour le groupe 1a, 1b, 2,3b](#)

[Annexe 4 \(2\) formulaire de prescription pour le groupe 3a](#)

[Annexe 4 \(3\) formulaire de prescription pour le groupe 3a forfait de connexion](#)

[Annexe 5 liste des médecins prescripteurs mars 2009](#)

Pseudo-codes et prix des prestations de rééducation remboursables dans le cadre de la convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré, à partir du 1^{er} janvier 2009.

Prestation de rééducation	Pseudo-code	Type de forfait	Prix à partir du 1 ^{er} juillet 2008	Prix à partir du 1 ^{er} septembre 2008	Prix à partir du 1 ^{er} janvier 2009
Exécution pendant un mois du programme de rééducation pour patients du groupe 1A	770033 ¹	forfait mensuel	113,89 euro	114,75 euro	114,79 euro
Exécution pendant un mois du programme de rééducation pour patients du groupe 1B	770055 ¹	forfait mensuel	113,89 euro	114,75 euro	114,79 euro
Exécution pendant un mois du programme de rééducation pour patients du groupe 1	773231 ²	forfait mensuel	113,89 euro	114,75 euro	114,79 euro
Exécution pendant un mois du programme de rééducation pour patients du groupe 2	773253	forfait mensuel	65,30 euro	65,96 euro	65,99 euro
Exécution pendant un mois du programme de rééducation pour patients du groupe 3A (ayant un DMG)	771573	forfait mensuel	26,17 euro	26,41 euro	26,42 euro
Programme de connexion pour patients du groupe 3A sans DMG	773592	forfait unique	78,51 euro	79,24 euro	79,26 euro
Exécution pendant un mois du programme de rééducation pour patients du groupe 3B	771595	forfait mensuel	26,17 euro	26,41 euro	26,42 euro
Indemnité pour le renvoi d'un patient vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne	770070	forfait unique	36,24 euro	36,96 euro	37 euro
<i>Exécution pendant un mois du programme de rééducation pour patients du groupe 3</i>	<i>773275 ³</i>	<i>forfait mensuel</i>	-	-	

¹ Pour la facturation des prestations réalisées à partir du 1^{er} octobre 2008 (cela concerne tous les mois de prestations facturés dont la date de début est le 1^{er} octobre 2008 ou plus tard), une distinction obligatoire doit être faite entre le pseudocode des patients du groupe 1A et des patients du groupe 1B. Les pseudocodes pour le groupe 1A et pour le groupe 1B peuvent cependant déjà être utilisés à partir du 1^{er} juillet 2008;

² Pour la facturation des prestations réalisées jusqu'au 30 septembre 2008 inclus (cela concerne tous les mois de prestations facturés dont la date de début ne tombe pas après le 30 septembre 2008), cet ancien pseudo-code pour les patients du groupe 1 peut encore être utilisé ;

³ La prestation « exécution pendant un mois du programme de rééducation pour patients du groupe 3 » n'est plus remboursable dans le cadre de la nouvelle convention. Toutefois, cette prestation était remboursable dans le cadre de la convention qui était d'application jusqu'au 31 décembre 2005. Le pseudocode de cette prestation est mentionné pour information ci-dessus pour le cas où certains hôpitaux factureraient cette prestation (avec un certain retard).

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

Service des soins de santé

Correspondant : FRANKEN Céline
Attaché

Tél.: 02/739.73.90 **Fax :** 02/739.73.52

E-mail : celine.franken@inami.fgov.be

Nos références : 1830/CF/

Votre lettre du :

Vos références :

Bruxelles, le

Nouvelle convention type de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré

Madame, Monsieur,

La convention type de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints du diabète sucré que votre hôpital a conclue avec le Comité de l'assurance a expiré le 30 juin 2008.

Comme vous le savez, l'article 13, § 7 de cette convention stipulait que les prix et honoraires qui y sont mentionnés devaient être revus le plus rapidement possible en fonction de la baisse du coût du matériel d'autosurveillance. A cette fin, l'INAMI a mené des négociations avec les entreprises concernées et maintes discussions ont également eu lieu au sein du Conseil d'accord en matière d'autogestion dans lequel vous êtes représentés par des endocrino-diabétologues, au même titre que tous les centres agréés. Ce rééchelonnement des montants forfaitaires est concrétisé aujourd'hui, à l'instar de certaines autres adaptations qui s'imposaient, par une nouvelle proposition de convention type de rééducation. Cette proposition ne modifie pas les montants forfaitaires actuels, mais tient compte explicitement du personnel éducatif susceptible d'être rémunéré sur la base de ces forfaits. **La proposition oblige les services hospitaliers conventionnés d'occuper le cadre prévu en matière de personnel éducatif** dans le cadre de la convention. Pour certains hôpitaux qui occupaient jusqu'ici relativement peu de personnel éducatif dans le cadre de la convention en matière d'autogestion, la proposition peut, dès lors, avoir pour conséquence l'extension obligatoire de ce cadre du personnel (au plus tard le 1^{er} janvier 2009).

En ses séances du 28 juillet et du 8 septembre 2008, le Comité de l'assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, s'est prononcé en faveur de cette nouvelle proposition de convention type de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré. La convention entre en vigueur le 1^{er} juillet 2008 et est valable jusqu'au 31 décembre 2009.

La nouvelle convention diffère en plusieurs points de celle qui était d'application avant le 1^{er} juillet 2008.

Ci-après, vous trouverez un résumé des principales modifications :

- Pour un patient qui **entame** pour la première fois **un programme d'autogestion au cours d'une hospitalisation**, la période pour laquelle un forfait est dû dans le cadre de la convention peut dorénavant, sous certaines conditions, déjà commencer à courir pendant la période d'hospitalisation (voir article 4, § 1^{er}).

...

L'article 14, § 2 modifie les conséquences au niveau du forfait si un patient qui suit déjà un programme d'autogestion **subit une hospitalisation intercurrente**. Aussi longtemps que l'hospitalisation n'excède pas **1 mois** (*de jour x à jour x-1 du mois suivant*), le forfait d'autogestion peut continuer à être facturé et la période de facturation ne doit donc pas être interrompue.

- Afin d'avoir une idée plus précise du nombre de patients pour lesquels il est recommandé sur le plan médical de pratiquer plus de 160 mesures de glycémie par mois au lieu de 120 et plus par mois, il est établi une **distinction** au sein du groupe 1 entre **groupe 1a et groupe 1b**. Le forfait mensuel reste toutefois identique pour les deux groupes (voir article 4, § 2). L'autogestion des patients dont le diabète est traité à l'aide d'une pompe à insuline doit être prise en charge à partir du 1^{er} août 2008 (= date d'entrée en vigueur de la nouvelle convention type de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable) dans le cadre de la nouvelle convention en matière d'autogestion, normalement dans le groupe 1a.
- **Les enfants et les adolescents** doivent normalement être accompagnés pour leur diabète par un hôpital disposant d'une convention relative au diabète des enfants (cf. article 4, § 3). L'article 15, § 10 prévoit toutefois, sous certaines conditions, la possibilité d'un accompagnement commun des enfants et adolescents par un centre conventionné pour enfants diabétiques et par un hôpital ayant conclu une convention générale en matière d'autogestion.
- **Les membres de l'entourage du patient** (*le cas échéant, aussi des dispensateurs de soins professionnels*) peuvent prendre en charge sous certaines conditions certains aspects de l'autogestion ou de l'autosurveillance si le patient n'est plus en état de le faire lui-même (article 4, § 4). Ces dispositions sont certainement aussi importantes pour **les patients admis dans une maison de repos et de soins ou dans une maison de repos pour personnes âgées. Les patients pour lesquels les mesures de glycémie ne servent pas suffisamment ou pas du tout** (*dans le cas où c'est indiqué sur la base des résultats des mesures de glycémie*) **à adapter les doses d'insuline et les repas, ne font pas partie des bénéficiaires de la convention.**
- Chaque patient doit avoir été **en rapport au moins une fois par an** avec le médecin responsable de l'établissement ou un autre endocrino-diabétologue de l'établissement (ou un autre médecin de l'établissement qui, en vertu des dispositions de la convention, est compétent pour prescrire des programmes d'autogestion du diabète), un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et un diététicien du service hospitalier conventionné (cf. article 5, § 2). Cette disposition ne s'applique qu'aux demandes au sujet desquelles le médecin-conseil prend une décision à partir du 1^{er} octobre 2008. L'article 5, § 2 stipule aussi que chaque patient doit subir **chaque année** un certain nombre **d'examen préventifs. L'autogestion et l'autosurveillance doivent être interrompues si ces conditions ne sont pas respectées** (cf. article 4, § 4). Il ne peut y être dérogé que très exceptionnellement, sous réserve de l'accord explicite du Collège des médecins-directeurs (cf. article 4, § 4).
- **Le cadre du personnel** qui est compris dans le forfait, est clairement défini dans la convention (article 8). Ce cadre doit être adapté **proportionnellement en fonction du nombre de patients diabétiques** effectivement accompagnés par l'hôpital dans le cadre de la convention en matière d'autogestion. Aux fins de respecter la taille du cadre requis, il y a lieu de tenir compte du nombre de patients des différents groupes (groupe 1, groupe 2 et groupe 3), ce cadre différant d'un groupe à l'autre. Quel que soit le nombre de patients accompagnés, l'équipe éducative doit cependant, dans le cadre de la convention en matière d'autogestion, **toujours** comporter **au moins** 0,5 ETP endocrino-diabétologue (ou assimilé), 0,5 ETP praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et 0,5 ETP diététicien (ETP = équivalent temps plein).

L'hôpital doit tenir en permanence un relevé des membres faisant partie de l'équipe éducative (cf. article 8, § 9).

Les hôpitaux qui ne respecteraient pas le cadre requis au cours d'une année civile déterminée pourraient être sanctionnés (cf. article 8, § 11).

- Les consultations pour les patients faisant partie du groupe cible de la convention doivent se dérouler dans le cadre de **consultations multidisciplinaires**. Cette obligation n'est applicable qu'à partir du 1^{er} octobre 2008. Au cours de ces consultations multidisciplinaires, l'endocrino-diabétologue, le praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et le diététicien doivent être présents et disponibles. L'établissement organisera au moins quatre demi-journées par semaine pareilles consultations multidisciplinaires (cf. article 9).
- L'article 10, § 2 de la convention définit les conditions sous lesquelles la convention peut être appliquée sur les **différents sites de l'hôpital**. Ces conditions ne s'appliquent qu'à partir du 1^{er} octobre 2008. L'article 10, §§ 3 et 4 s'attarde sur les effets d'une fusion ou d'une défusion d'hôpitaux pour la convention.
- La nouvelle convention prévoit, sous certaines conditions, une **indemnité de renvoi** pour un hôpital conventionné ne disposant pas lui-même d'une clinique du pied conventionnée et qui renvoie un patient diabétique présentant des plaies au pied **vers une clinique du pied agréée** d'un autre hôpital (article 14, § 4).
- La partie indexable des **forfaits** est désormais liée à l'indice pivot, et sera donc **adaptée à chaque dépassement de l'indice pivot** (cf. article 15, § 6). Dorénavant, des indexations pourront donc intervenir dans le courant de l'année. Seule une adaptation des forfaits aura encore lieu au 1^{er} janvier à condition que l'indice pivot ait été dépassé en décembre. En conséquence de cette modification et du dépassement de l'indice pivot, une adaptation du prix a lieu au 1^{er} septembre 2008 (cf. aperçu des prix en annexe 2).
- La **facturation** des forfaits remboursables devra désormais toujours être opérée sur la base de la **bande magnétique de l'hôpital** (cf. article 16). A titre de mesure transitoire, l'établissement peut encore porter en compte, sur la base des modèles de facture antérieurs, les prestations réalisées jusqu'au 30 septembre 2008.
- Le prix qui peut être porté en compte pour un mois donné de prestation effective est **celui en application à la date finale de ce mois de prestation effective** (cf. article 16). Ce principe ne s'applique qu'aux prestations remboursables entamées au plus tôt le 1^{er} octobre 2008. Cette adaptation n'est importante qu'en cas de modifications de prix. Si, par exemple (exemple fictif), le prix change au 1^{er} décembre 2008, il y a lieu dans le cas d'un patient pour lequel un forfait mensuel est porté en compte pour la période du 3 novembre 2008 au 2 décembre 2008 inclus, d'attester déjà le nouveau prix valable à partir du 1^{er} décembre 2008.
- La nouvelle convention tend à une simplification administrative. L'obligation de communiquer chaque année le nombre de patients de chaque groupe ayant été pris en charge est supprimée parce que ces nombres peuvent également être déduits des chiffres de production. De même, le récapitulatif des recettes et des dépenses dans le cadre de la convention ne doit plus être transmis chaque année de façon automatique au Service des soins de santé, mais uniquement à la demande expresse de ce Service.
- Les dispositions qui dans l'ancienne convention anticipaient sur les trajets de soins ont été supprimées dans le nouveau texte. C'est le but qu'avant le 31 décembre 2009, plus de clarté soit apportée concernant l'implication de la mise en route des trajets de soins (prévue normalement le 1^{er} janvier 2009) pour le groupe de patients 3 A de la convention de rééducation fonctionnelle ; groupe qui fait également partie du groupe cible prévu dans le cadre des trajets de soins.

En annexe 1, vous trouverez deux exemplaires de la nouvelle convention type de rééducation fonctionnelle. Nous vous demandons de nous retourner les deux exemplaires signés par les personnes habilitées à cet effet. Un exemplaire, signé par les deux parties, vous parviendra ultérieurement. **Ce n'est qu'après que vous aurez signé la convention que nous pourrions informer les organismes assureurs (les mutualités) que vous avez conclu cette convention avec l'INAMI.** Il y va, dès lors, de l'intérêt de votre hôpital de nous renvoyer les deux exemplaires signés de la convention dans les plus brefs délais (*en tout cas avant le 15 octobre 2008*). Si vous ne le faites pas, vous courez le risque que les organismes assureurs refusent sous peu les demandes individuelles de prise en charge de l'autogestion et/ou refusent de payer les forfaits mensuels facturés par vous.

Si vous constatez que les conventions que nous avons établies, renferment des données erronées en rapport, par exemple, avec les noms du pouvoir organisateur ou de l'établissement hospitalier, vous pouvez corriger ces données à la main (en apposant toujours votre paraphe) ou, le cas échéant, nous communiquer vos corrections et nous demander de vous envoyer les exemplaires amendés pour signature. **Quant à la signature de la convention, nous vous demandons de la faire signer par une ou plusieurs personnes compétentes pour conclure la convention au nom du pouvoir organisateur de l'hôpital, ainsi que par le médecin en chef de l'hôpital.**

Notre Service a constaté que votre hôpital portant le numéro d'agrément 7.10.xxx.xx dispose de plusieurs sites avec lesquels ont été conclues dans le passé plusieurs conventions distinctes ayant chacune leur propre numéro d'identification (dans certains cas, les anciennes conventions distinctes étaient déjà converties en une seule convention, mais les numéros d'identification différents ont été conservés). A ce propos, la nouvelle convention précise qu'il ne peut plus être conclu avec un même établissement hospitalier qu'un contrat portant un seul numéro d'identification. Ce contrat s'applique alors aux différents sites, pourvu que les conditions fixées à ce sujet à l'article 10, § 2 de la convention soient respectées à partir du 1^{er} octobre 2008.

En annexe, vous ne trouverez, dès lors, qu'un contrat qui est conclu avec votre hôpital et qui s'applique à ses différents sites. A ce contrat est attribué le numéro d'identification suivant **x.xx.xxx.xx**. Nous maintiendrons encore 2 ans les numéros d'identification des autres conventions conclues autrefois avec certains sites de votre hôpital (les numéros x.xx.xxx.xx et x.xx.xxx.xx) de sorte que les accords individuels de prise en charge en vigueur puissent expirer (cf. article 10, § 3 de la convention). **A compter de ce jour, veuillez cependant introduire toutes les nouvelles demandes de prise en charge de l'autogestion ainsi que toutes les demandes de prolongation de la prise en charge de l'autogestion sous le seul numéro d'identification de la convention qui reste maintenu à long terme.**

Il importe que vous mentionniez le numéro d'identification sur toutes les lettres et tous les documents adressés aux organismes assureurs et/ou à l'INAMI.

Si votre hôpital avait conclu jusqu'ici plusieurs conventions pour différents sites, tous les médecins compétents dans le cadre de ces anciennes conventions pour prescrire un programme d'autogestion ou d'autosurveillance sur un des sites hospitaliers peuvent continuer à le faire dans le cadre de la nouvelle convention commune, et ce sur tous les sites de votre hôpital. **Veillez toutefois nous communiquer, avant le 15 octobre 2008, le nom du médecin désormais responsable de la convention en matière d'autogestion qui est conclue avec votre hôpital.**

Conformément aux dispositions de l'article 138, 2°, b) de l'Arrêté royal du 3 juillet 1996, le médecin-conseil de l'organisme assureur de l'intéressé reste compétent pour prendre une décision au sujet des demandes individuelles de remboursement du coût des prestations de rééducation fonctionnelle dispensées dans le cadre de cette convention. La règle relative aux demandes tardives (voir aussi l'article 11 de la nouvelle convention), fixée à l'article 142, § 2 de l'Arrêté royal précité, reste également d'application : le médecin-conseil doit donc toujours avoir reçu les demandes individuelles de remboursement du programme d'autogestion dans les 30 jours suivant le début de la période à prendre en charge.

Pour l'introduction des demandes de remboursement des prestations de rééducation fonctionnelle à partir d'aujourd'hui, il y a lieu d'utiliser les formulaires de demande joints en

annexe 1 à la convention. Il s'agit en l'occurrence (*comme dans l'ancienne convention*) de 3 formulaires différents (légèrement adaptés) :

- Le formulaire de demande et la prescription médicale pour les patients des groupes 1a, 1b, 2 ou 3b ;
- Le formulaire de demande et la prescription médicale pour les patients du groupe 3a disposant d'un Dossier Médical Global;
- Le formulaire de demande et la prescription médicale pour les patients du groupe 3a ne disposant pas encore d'un Dossier Médical Global (formulaire de demande spécifique au forfait de connexion).

Les formulaires qui figurent également comme annexe à la présente lettre, diffèrent légèrement des formulaires qui ont été envoyés pour information en août. Plus spécifiquement, la date mentionnée dans le titre a été modifiée et placée dans une note de bas de page et l'indication « des patients présentant une nésioblastose » mentionné pour le groupe 3b-4 a été déplacé au groupe 3b-6. Dès à présent, **seuls ces formulaires de demandes individuelles définitifs** doivent être utilisés. Toutes les demandes qui sont établies à partir de maintenant et signées par les patients, doivent donc être introduites par le biais des formulaires annexés à la présente lettre.

A titre de mesure transitoire, les organismes assureurs accepteront encore, jusqu'au 30 septembre 2008 (c'est-à-dire la date de réception de la demande par le médecin-conseil de l'organisme assureur concerné) les formulaires de demandes qui devaient être utilisés jusqu'au 30 juin 2008.

Les demandes individuelles que le médecin-conseil recevra à partir du 1^{er} octobre 2008 ne peuvent cependant plus être introduites par le biais des formulaires qui étaient d'application dans le cadre de l'ancienne convention (jusqu'au 30 juin 2008).

Les demandes individuelles en cours qui relèvent en tout ou en partie du délai d'application de cette nouvelle convention, mais qui ont déjà été approuvées dans le cadre de l'ancienne convention, **restent valables** dans le cadre de la nouvelle convention jusqu'à la date de fin normale de l'accord.

La disposition selon laquelle la facturation des mois remboursables ne peut être effectuée qu'après que le médecin-conseil de l'intéressé se soit prononcé en faveur de la prise en charge du programme d'autogestion du bénéficiaire concerné est également maintenue. Cette décision sera notifiée par le médecin-conseil. La facturation d'une prestation mensuelle ne peut être opérée qu'à l'issue de ce mois de sorte qu'il peut notamment être tenu compte dans la facturation d'hospitalisations intermédiaires.

Etant donné que les dispositions de la nouvelle convention font une distinction au niveau du groupe 1 entre groupe 1a et groupe 1b, il est demandé aux services hospitaliers conventionnés de vérifier eux-mêmes à partir du 1^{er} octobre 2008 si les patients du groupe 1 pour lesquels un accord est toujours en cours en ce qui concerne le remboursement font partie du groupe 1a ou 1b, et d'en tenir compte lors de la facturation des prestations dispensées à ces patients à partir du 1^{er} octobre 2008. En effet, à compter du 1^{er} octobre 2008, différents pseudo-codes de la nomenclature devront être utilisés pour les patients des groupes 1a et 1b afin de porter en compte les forfaits mensuels.

En annexe 2 figure un aperçu de toutes les prestations remboursables ainsi que des pseudo-codes de la nomenclature et des prix y afférents. Vous trouverez dans cet aperçu, les prix et honoraires adaptés à l'indice pivot du mois de mai 2008 (base 2004) et d'application à partir du 1^{er} juillet 2008. Les prix et honoraires ont été adaptés au 1^{er} septembre 2008 à la suite du nouvel indice pivot 110,51 (base 2004) ; vous trouverez également ces prix et honoraires dans l'aperçu.

L'article 21 de la nouvelle convention fait référence aux chiffres de production qui doivent encore toujours être transmis chaque trimestre au Service des soins de santé de l'INAMI via une application informatique. Etant donné que la nouvelle convention établit à présent une distinction entre groupe 1a et groupe 1b dans le groupe 1 et qu'une indemnité de renvoi est instaurée pour le renvoi d'un patient diabétique présentant des plaies au pied vers une clinique du pied conventionnée, l'application informatique devra être adaptée en conséquence. A ce propos,

...

notre Service, en la personne de M. De Saeger (eddy.desaeger@riziv.fgov.be), transmettra par courriel les instructions nécessaires à votre responsable des chiffres de production.

En ce qui concerne l'adaptation proportionnelle du cadre du personnel en fonction du nombre de patients accompagnés par le centre, l'établissement dispose à titre de mesure transitoire de 6 mois, soit jusqu'au 31 décembre 2008 inclus, pour satisfaire aux dispositions de la nouvelle convention quant au nombre requis de membres de l'équipe de chaque discipline. A partir du 1^{er} juillet 2008, toutes les disciplines prévues doivent (comme auparavant) être représentées dans l'équipe éducative.

Dans l'attente que vous transmettiez les exemplaires signés à notre Service, veuillez agréer, Madame, Monsieur nos salutations distinguées.

Geert Verscuren

Conseiller

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

Service des soins de santé

Correspondant : FRANKEN Céline
Attaché

Tél.: 02/739.73.90 **Fax :** 02/739.73.52

E-mail : celine.franken@inami.fgov.be

Nos références : 1830/CF/

Votre lettre du :

Vos références :

Bruxelles, le

Nouvelle convention type de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré

Madame, Monsieur,

La convention type de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints du diabète sucré que votre hôpital a conclue avec le Comité de l'assurance a expiré le 30 juin 2008.

Comme vous le savez, l'article 13, § 7 de cette convention stipulait que les prix et honoraires qui y sont mentionnés devaient être revus le plus rapidement possible en fonction de la baisse du coût du matériel d'autosurveillance. A cette fin, l'INAMI a mené des négociations avec les entreprises concernées et maintes discussions ont également eu lieu au sein du Conseil d'accord en matière d'autogestion dans lequel vous êtes représentés par des endocrino-diabétologues, au même titre que tous les centres agréés. Ce rééchelonnement des montants forfaitaires est concrétisé aujourd'hui, à l'instar de certaines autres adaptations qui s'imposaient, par une nouvelle proposition de convention type de rééducation. Cette proposition ne modifie pas les montants forfaitaires actuels, mais tient compte explicitement du personnel éducatif susceptible d'être rémunéré sur la base de ces forfaits. **La proposition oblige les services hospitaliers conventionnés d'occuper le cadre prévu en matière de personnel éducatif** dans le cadre de la convention. Pour certains hôpitaux qui occupaient jusqu'ici relativement peu de personnel éducatif dans le cadre de la convention en matière d'autogestion, la proposition peut, dès lors, avoir pour conséquence l'extension obligatoire de ce cadre du personnel (au plus tard le 1^{er} janvier 2009).

En ses séances du 28 juillet 2008 et 8 septembre 2008, le Comité de l'assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, s'est prononcé en faveur de cette nouvelle proposition de convention type de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré. La convention entre en vigueur le 1^{er} juillet 2008 et est valable jusqu'au 31 décembre 2009.

La nouvelle convention diffère en plusieurs points de celle qui était d'application avant le 1^{er} juillet 2008.

Ci-après, vous trouverez un résumé des principales modifications :

- Pour un patient qui **entame** pour la première fois **un programme d'autogestion au cours d'une hospitalisation**, la période pour laquelle un forfait est dû dans le cadre de la convention peut dorénavant, sous certaines conditions, déjà commencer à courir pendant la période d'hospitalisation (voir article 4, § 1^{er}).

...

L'article 14, § 2 modifie les conséquences au niveau du forfait si un patient qui suit déjà un programme d'autogestion **subit une hospitalisation intercurrente**. Aussi longtemps que l'hospitalisation n'excède pas **1 mois** (*de jour x à jour x-1 du mois suivant*), le forfait d'autogestion peut continuer à être facturé et la période de facturation ne doit donc pas être interrompue.

- Afin d'avoir une idée plus précise du nombre de patients pour lesquels il est recommandé sur le plan médical de pratiquer plus de 160 mesures de glycémie par mois au lieu de 120 et plus par mois, il est établie une **distinction** au sein du groupe 1 entre **groupe 1a et groupe 1b**. Le forfait mensuel reste toutefois identique pour les deux groupes (voir article 4, § 2). L'autogestion des patients dont le diabète est traité à l'aide d'une pompe à insuline doit être prise en charge à partir du 1^{er} août 2008 (= date d'entrée en vigueur de la nouvelle convention type de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable) dans le cadre de la nouvelle convention en matière d'autogestion, normalement dans le groupe 1a.
- **Les enfants et les adolescents** doivent normalement être accompagnés pour leur diabète par un hôpital disposant d'une convention relative au diabète des enfants (cf. article 4, § 3). L'article 15, § 10 prévoit toutefois, sous certaines conditions, la possibilité d'un accompagnement commun des enfants et adolescents par un centre conventionné pour enfants diabétiques et par un hôpital ayant conclu une convention générale en matière d'autogestion.
- **Les membres de l'entourage du patient** (*le cas échéant, aussi des dispensateurs de soins professionnels*) peuvent prendre en charge sous certaines conditions certains aspects de l'autogestion ou de l'autosurveillance si le patient n'est plus en état de le faire lui-même (article 4, § 4). Ces dispositions sont certainement aussi importantes pour **les patients admis dans une maison de repos et de soins ou dans une maison de repos pour personnes âgées. Les patients pour lesquels les mesures de glycémie ne servent pas suffisamment ou pas du tout** (*dans le cas où c'est indiqué sur la base des résultats des mesures de glycémie*) **à adapter les doses d'insuline et les repas, ne font pas partie des bénéficiaires de la convention.**
- Chaque patient doit avoir été **en rapport au moins une fois par an** avec le médecin responsable de l'établissement ou un autre endocrino-diabétologue de l'établissement (ou un autre médecin de l'établissement qui, en vertu des dispositions de la convention, est compétent pour prescrire des programmes d'autogestion du diabète), un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et un diététicien du service hospitalier conventionné (cf. article 5, § 2). Cette disposition ne s'applique qu'aux demandes au sujet desquelles le médecin-conseil prend une décision à partir du 1^{er} octobre 2008. L'article 5, § 2 stipule aussi que chaque patient doit subir **chaque année** un certain nombre **d'examen préventifs. L'autogestion et l'autosurveillance doivent être interrompues si ces conditions ne sont pas respectées** (cf. article 4, § 4). Il ne peut y être dérogé que très exceptionnellement, sous réserve de l'accord explicite du Collège des médecins-directeurs (cf. article 4, § 4).
- **Le cadre du personnel** qui est compris dans le forfait, est clairement défini dans la convention (article 8). Ce cadre doit être adapté **proportionnellement en fonction du nombre de patients diabétiques** effectivement accompagnés par l'hôpital dans le cadre de la convention en matière d'autogestion. Aux fins de respecter la taille du cadre requis, il y a lieu de tenir compte du nombre de patients des différents groupes (groupe 1, groupe 2 et groupe 3), ce cadre différant d'un groupe à l'autre. Quel que soit le nombre de patients accompagnés, l'équipe éducative doit cependant, dans le cadre de la convention en matière d'autogestion, **toujours** comporter **au moins** 0,5 ETP endocrino-diabétologue (ou assimilé), 0,5 ETP praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et 0,5 ETP diététicien (ETP = équivalent temps plein).

L'hôpital doit tenir en permanence un relevé des membres faisant partie de l'équipe éducative (cf. article 8, § 9).

Les hôpitaux qui ne respecteraient pas le cadre requis au cours d'une année civile déterminée pourraient être sanctionnés (cf. article 8, § 11).

- Les consultations pour les patients faisant partie du groupe cible de la convention doivent se dérouler dans le cadre de **consultations multidisciplinaires**. Cette obligation n'est applicable qu'à partir du 1^{er} octobre 2008. Au cours de ces consultations multidisciplinaires, l'endocrino-diabétologue, le praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et le diététicien doivent être présents et disponibles. L'établissement organisera au moins quatre demi-journées par semaine pareilles consultations multidisciplinaires (cf. article 9).
- L'article 10, § 2 de la convention définit les conditions sous lesquelles la convention peut être appliquée sur les **différents sites de l'hôpital**. Ces conditions ne s'appliquent qu'à partir du 1^{er} octobre 2008. L'article 10, §§ 3 et 4 s'attarde sur les effets d'une fusion ou d'une défusion d'hôpitaux pour la convention.
- La nouvelle convention prévoit, sous certaines conditions, une **indemnité de renvoi** pour un hôpital conventionné ne disposant pas lui-même d'une clinique du pied conventionnée et qui renvoie un patient diabétique présentant des plaies au pied **vers une clinique du pied agréée** d'un autre hôpital (article 14, § 4).
- La partie indexable des **forfaits** est désormais liée à l'indice pivot, et sera donc **adaptée à chaque dépassement de l'indice pivot** (cf. article 15, § 6). Dorénavant, des indexations pourront donc intervenir dans le courant de l'année. Seule une adaptation des forfaits aura encore lieu au 1^{er} janvier à condition que l'indice pivot ait été dépassé en décembre. En conséquence de cette modification et du dépassement de l'indice pivot, une adaptation du prix a lieu au 1^{er} septembre 2008 (cf. aperçu des prix en annexe 2).
- La **facturation** des forfaits remboursables devra désormais toujours être opérée sur la base de la **bande magnétique de l'hôpital** (cf. article 16). A titre de mesure transitoire, l'établissement peut encore porter en compte, sur la base des modèles de facture antérieurs, les prestations réalisées jusqu'au 30 septembre 2008.
- Le prix qui peut être porté en compte pour un mois donné de prestation effective est **celui en application à la date finale de ce mois de prestation effective** (cf. article 16). Ce principe ne s'applique qu'aux prestations remboursables entamées au plus tôt le 1^{er} octobre 2008. Cette adaptation n'est importante qu'en cas de modifications de prix. Si, par exemple (exemple fictif), le prix change au 1^{er} décembre 2008, il y a lieu dans le cas d'un patient pour lequel un forfait mensuel est porté en compte pour la période du 3 novembre 2008 au 2 décembre 2008 inclus, d'attester déjà le nouveau prix valable à partir du 1^{er} décembre 2008.
- La nouvelle convention tend à une simplification administrative. L'obligation de communiquer chaque année le nombre de patients de chaque groupe ayant été pris en charge est supprimée parce que ces nombres peuvent également être déduits des chiffres de production. De même, le récapitulatif des recettes et des dépenses dans le cadre de la convention ne doit plus être transmis chaque année de façon automatique au Service des soins de santé, mais uniquement à la demande expresse de ce Service.
- Les dispositions qui dans l'ancienne convention anticipaient sur les trajets de soins ont été supprimées dans le nouveau texte. C'est le but qu'avant le 31 décembre 2009, plus de clarté soit apportée concernant l'implication de la mise en route des trajets de soins (prévue normalement le 1^{er} janvier 2009) pour le groupe de patients 3 A de la convention de rééducation fonctionnelle ; groupe qui fait également partie du groupe cible prévu dans le cadre des trajets de soins.

En annexe 1, vous trouverez deux exemplaires de la nouvelle convention type de rééducation fonctionnelle. Nous vous demandons de nous retourner les deux exemplaires signés par les

personnes habilitées à cet effet. Un exemplaire, signé par les deux parties, vous parviendra ultérieurement. **Ce n'est qu'après que vous aurez signé la convention que nous pourrions informer les organismes assureurs (les mutualités) que vous avez conclu cette convention avec l'INAMI.** Il y va, dès lors, de l'intérêt de votre hôpital de nous renvoyer les deux exemplaires signés de la convention dans les plus brefs délais (*en tout cas avant le 15 octobre 2008*). Si vous ne le faites pas, vous courez le risque que les organismes assureurs refusent sous peu les demandes individuelles de prise en charge de l'autogestion et/ou refusent de payer les forfaits mensuels facturés par vous.

Si vous constatez que les conventions que nous avons établies, renferment des données erronées en rapport, par exemple, avec les noms du pouvoir organisateur ou de l'établissement hospitalier, vous pouvez corriger ces données à la main (en apposant toujours votre paraphe) ou, le cas échéant, nous communiquer vos corrections et nous demander de vous envoyer les exemplaires amendés pour signature. **Quant à la signature de la convention, nous vous demandons de la faire signer par une ou plusieurs personnes compétentes pour conclure la convention au nom du pouvoir organisateur de l'hôpital, ainsi que par le médecin en chef de l'hôpital.**

Le numéro d'identification de la convention déjà attribué à votre hôpital dans le passé reste d'application pour la nouvelle convention. Il s'agit du numéro x.xx.xxx.xx. Il est important que ce numéro figure sur toutes les lettres et tous les documents adressés aux organismes assureurs et/ou à l'INAMI.

Conformément aux dispositions de l'article 138, 2°, b) de l'Arrêté royal du 3 juillet 1996, le médecin-conseil de l'organisme assureur de l'intéressé reste compétent pour prendre une décision au sujet des demandes individuelles de remboursement du coût des prestations de rééducation fonctionnelle dispensées dans le cadre de cette convention. La règle relative aux demandes tardives (voir aussi l'article 11 de la nouvelle convention), fixée à l'article 142, § 2 de l'Arrêté royal précité, reste également d'application : le médecin-conseil doit donc toujours avoir reçu les demandes individuelles de remboursement du programme d'autogestion dans les 30 jours suivant le début de la période à prendre en charge.

Pour l'introduction des demandes de remboursement des prestations de rééducation fonctionnelle à partir d'aujourd'hui, il y a lieu d'utiliser les formulaires de demande joints en annexe 1 à la convention. Il s'agit en l'occurrence (*comme dans l'ancienne convention*) de 3 formulaires différents (légèrement adaptés) :

- Le formulaire de demande et la prescription médicale pour les patients des groupes 1a, 1b, 2 ou 3b ;
- Le formulaire de demande et la prescription médicale pour les patients du groupe 3a disposant d'un Dossier Médical Global;
- Le formulaire de demande et la prescription médicale pour les patients du groupe 3a ne disposant pas encore d'un Dossier Médical Global (formulaire de demande spécifique au forfait de connexion).

Les formulaires qui figurent également comme annexe à la présente lettre, diffèrent légèrement des formulaires qui ont été envoyés pour information en août. Plus spécifiquement, la date mentionnée dans le titre a été modifiée et placée dans une note de bas de page et l'indication « des patients présentant une nésidoblastose » mentionné pour le groupe 3b-4 a été remplacé au groupe 3b-6. Dès à présent, **seuls ces formulaires de demandes individuelles définitifs** doivent être utilisés. Toutes les demandes qui sont établies à partir de maintenant et signées par les patients, doivent donc être introduites par le biais des formulaires annexés à la présente lettre.

A titre de mesure transitoire, les organismes assureurs accepteront encore, jusqu'au 30 septembre 2008 (c'est-à-dire la date de réception de la demande par le médecin-conseil de l'organisme assureur concerné) les formulaires de demandes qui devaient être utilisés jusqu'au 30 juin 2008.

Les demandes individuelles que le médecin-conseil recevra à partir du 1^{er} octobre 2008 ne peuvent cependant plus être introduites par le biais des formulaires qui étaient d'application dans le cadre de l'ancienne convention (jusqu'au 30 juin 2008).

Les demandes individuelles en cours qui relèvent en tout ou en partie du délai d'application de cette nouvelle convention, mais qui ont déjà été approuvées dans le cadre de l'ancienne convention, **restent valables** dans le cadre de la nouvelle convention jusqu'à la date de fin normale de l'accord.

La disposition selon laquelle la facturation des mois remboursables ne peut être effectuée qu'après que le médecin-conseil de l'intéressé se soit prononcé en faveur de la prise en charge du programme d'autogestion du bénéficiaire concerné est également maintenue. Cette décision sera notifiée par le médecin-conseil. La facturation d'une prestation mensuelle ne peut être opérée qu'à l'issue de ce mois de sorte qu'il peut notamment être tenu compte dans la facturation d'hospitalisations intermédiaires.

Etant donné que les dispositions de la nouvelle convention font une distinction au niveau du groupe 1 entre groupe 1a et groupe 1b, il est demandé aux services hospitaliers conventionnés de vérifier eux-mêmes à partir du 1^{er} octobre 2008 si les patients du groupe 1 pour lesquels un accord est toujours en cours en ce qui concerne le remboursement font partie du groupe 1a ou 1b, et d'en tenir compte lors de la facturation des prestations dispensées à ces patients à partir du 1^{er} octobre 2008. En effet, à compter du 1^{er} octobre 2008, différents pseudo-codes de la nomenclature devront être utilisés pour les patients des groupes 1a et 1b afin de porter en compte les forfaits mensuels.

En annexe 2 figure un aperçu de toutes les prestations remboursables ainsi que des pseudo-codes de la nomenclature et des prix y afférents. Vous trouverez dans cet aperçu, les prix et honoraires adaptés à l'indice pivot du mois de mai 2008 (base 2004) et d'application à partir du 1^{er} juillet 2008. Les prix et honoraires ont été adaptés au 1^{er} septembre 2008 à la suite du nouvel indice pivot 110,51 (base 2004) ; vous trouverez également ces prix et honoraires dans l'aperçu.

L'article 21 de la nouvelle convention fait référence aux chiffres de production qui doivent encore toujours être transmis chaque trimestre au Service des soins de santé de l'INAMI via une application informatique. Etant donné que la nouvelle convention établit à présent une distinction entre groupe 1a et groupe 1b dans le groupe 1 et qu'une indemnité de renvoi est instaurée pour le renvoi d'un patient diabétique présentant des plaies au pied vers une clinique du pied conventionnée, l'application informatique devra être adaptée en conséquence. A ce propos, notre Service, en la personne de M. De Saeger (eddy.desaeger@riziv.fgov.be), transmettra par courriel les instructions nécessaires à votre responsable des chiffres de production.

En ce qui concerne l'adaptation proportionnelle du cadre du personnel en fonction du nombre de patients accompagnés par le centre, l'établissement dispose à titre de mesure transitoire de 6 mois, soit jusqu'au 31 décembre 2008 inclus, pour satisfaire aux dispositions de la nouvelle convention quant au nombre requis de membres de l'équipe de chaque discipline. A partir du 1^{er} juillet 2008, toutes les disciplines prévues doivent (comme auparavant) être représentées dans l'équipe éducative.

Dans l'attente que vous transmettiez les exemplaires signés à notre Service, veuillez agréer, Madame, Monsieur nos salutations distinguées.

Geert Verscuren

Conseiller

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Établissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

**CONVENTION DE RÉÉDUCATION EN MATIÈRE
D'AUTOGESTION DE PATIENTS ATTEINTS DE DIABÈTE SUCRÉ**

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 conclu entre,

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part,

dont dépend le service de diabétologie de la ##### à ##### service désigné dans la présente convention par le terme « établissement »,

la présente convention de rééducation fonctionnelle.

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}. § 1^{er}. La présente convention définit en premier lieu les rapports entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé définis à l'article 4, de même que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs. Elle définit en outre la rééducation à l'autogestion du diabète sucré, le contenu des différents programmes d'autogestion, les prestations indispensables à cet effet et les prix et honoraires de ces dernières.

§ 2. Elle établit ensuite une série de structures et de procédures qui permettent entre autres la réalisation du but spécifique défini à l'article 2, § 2.

**BUT DE LA PRÉSENTE CONVENTION POUR LES BÉNÉFICIAIRES ET
POUR L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ**

Article 2. § 1^{er}. Le but premier et immédiat de la présente convention de rééducation fonctionnelle est d'offrir à des groupes bien définis de bénéficiaires souffrant de diabète sucré, des programmes déterminés d'autogestion qui, moyennant des conditions clairement définies, sont susceptibles d'être pris en considération pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 2. Subsidiairement, la présente convention de rééducation fonctionnelle a pour but de vérifier dans quelle mesure et de quelle manière, il est possible de développer davantage et, le cas échéant, d'améliorer les acquis en matière d'autogestion du diabète sucré, des conventions de rééducation à l'autosurveillance de la glycémie existant depuis 1986 au sein du Service des soins de santé - dans le cadre d'une prévention efficace et d'un ralentissement de l'apparition des complications chroniques - et ce, en recourant autant que possible à l'offre de services des dispensateurs de soins existant dans notre pays et dans le respect de leur organisation.

DÉFINITION DE L'AUTOGESTION DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE CONVENTION DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Article 3. Partant du consensus selon lequel la normoglycémie est l'objectif fondamental de tout traitement du diabète, afin de prévenir ou de ralentir ses complications, et que cet objectif, dans l'état actuel de la science et de la technologie médicales, peut être atteint chez le diabétique* qui est traité à raison de plusieurs administrations d'insuline par jour, en lui apprenant à adapter lui-même son traitement en fonction des mesures de glycémie qu'il effectue également régulièrement lui-même, on entend par autogestion au sens de la présente convention, en premier lieu, la prise en charge par le bénéficiaire, en collaboration avec l'équipe de diabétologie définie plus loin et avec son médecin généraliste, de tous les aspects du traitement de son diabète, y compris la mesure de la glycémie et entre autres en fonction de ces mesures, l'adaptation de la dose d'insuline, la technique d'injection, l'identification des signes d'hypoglycémie et leur correction, l'intégration de l'activité physique dans le schéma des injections et des repas, ainsi que l'établissement d'une alimentation équilibrée.

Au sens de la présente convention, l'autosurveillance du diabète doit être comprise comme étant une forme d'autogestion avec des mesures de glycémie moins fréquentes (à savoir pour les patients du groupe 3, comme précisé à l'article 4, § 2).

BÉNÉFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 4. § 1^{er}. Moyennant certaines réserves spécifiées ci-après en matière de qualité de soins, tant du chef des bénéficiaires que de celui dudit établissement de rééducation fonctionnelle conventionné, tout diabétique ambulatoire traité par au moins deux administrations d'insuline au cours du nycthémère, c.-à-d. une journée de 24 heures (*ainsi que les autres groupes de bénéficiaires cités explicitement au § 2 du présent article*) souhaitant apprendre - notamment sur la base des mesures de glycémie effectuées par lui-même - à adapter immédiatement son traitement dans ses diverses composantes et qui le fait effectivement, est un bénéficiaire de la convention. Moyennant les réserves spécifiées au § 4 du présent article, les personnes de l'entourage du patient peuvent également assurer certains aspects de l'autogestion ou de l'autosurveillance.

Les patients hospitalisés ne font normalement pas partie des bénéficiaires de la présente convention. Les patients qui, au cours d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier ayant conclu la présente convention (*hospitalisation liée à leur diabète*), entament pour la première fois un programme d'autogestion ou d'autosurveillance (*et qui entrent pour ce faire en ligne de compte en vertu des dispositions de la présente convention après la sortie de l'hôpital*) font toutefois déjà partie des bénéficiaires de la présente convention pendant cette hospitalisation (*en raison de l'éducation nécessaire par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement*), et ce, à partir du jour où l'éducation à l'autogestion ou à l'autosurveillance a débuté (*éducation par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire visée à l'article 8 de la présente convention*) et à condition que les mesures de glycémie ont également commencées et que les conditions supplémentaires suivantes soient respectées :

* Pour des motifs d'ordre stylistique, on a omis l'emploi des deux genres dans ce texte pour désigner les patients diabétiques ; le genre masculin désignant les bénéficiaires des deux sexes.

- à partir du jour où l'éducation à l'autogestion ou à l'autosurveillance a débutée, l'hospitalisation ne peut pas durer plus de un mois (ce mois est défini comme suit : le jour x d'un mois civil jusque et y compris le jour x - 1 du mois civil suivant, le jour x étant le jour où l'éducation à l'autogestion ou à l'autosurveillance a débutée) ;
- à partir du jour où l'éducation à l'autogestion ou à l'autosurveillance a débutée, le patient soit en contact au moins chaque jour ouvrable avec un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie ou un diététicien de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire pendant le reste de son hospitalisation.

§ 2. En fonction de ce qui est nécessaire à l'obtention d'une normoglycémie - entre autres le nombre d'injections d'insuline par jour, le port ou l'implantation d'une pompe à insuline ou encore la situation ou pathologie spécifique de chaque patient -, on peut déterminer plusieurs groupes de bénéficiaires de la convention sur la base de l'intensité requise pour leur formation, leur suivi et le matériel spécialisés nécessaires au schéma indiqué pour le nombre de mesures de glycémie.

Ces groupes se répartissent comme suit :

Groupe 1. Les patients dits « très intensifs » qui ont besoin de l'autogestion du diabète, avec un minimum de 4 mesures de glycémie par jour et un minimum de 120 mesures de glycémie par mois, pour se maintenir et qui savent le faire dans des conditions de sécurité et le font (continuent à le faire).

Le groupe 1 comprend deux sous-groupes :

- Le groupe 1 A : patients du groupe 1 comme décrit ci-dessus, recevant 3 administrations d'insuline ou plus par nycthémère, à qui il est recommandé d'effectuer au minimum 160 mesures de glycémie par mois et qui le font (continuent à le faire) et qui font partie d'un des groupes suivants ;
 - Patients souffrant de diabète instable de type 1 ;
 - Patients qui s'injectent des analogues d'insuline à action rapide ;
 - Patients qui s'administrent de l'insuline au moyen d'une pompe à insuline sous-cutanée ou intrapéritonéale ;
 - Femmes diabétiques enceintes ;
 - Femmes diabétiques qui souhaitent une grossesse au plus vite (pendant 1 an au maximum, sauf dérogations motivées) ;
 - Patients sujets à l'*hypoglycemia unawareness* ;
 - Patients travaillant dans les transports (chauffeur de poids lourd, chauffeur de taxi, etc.).
- Le groupe 1 B : tous les patients du groupe 1 précité qui ne font pas partie du groupe 1 A.

Il s'agit de patients s'administrant de l'insuline 3 fois ou plus par nycthémère. En raison de l'accompagnement multidisciplinaire intensif nécessaire et de la nécessité de procéder à de fréquents contrôles de glycémie, les patients suivants font également partie du groupe 1 B, même s'ils ne sont pas traités à raison de 3 injections d'insuline par jour :

- les diabétiques aveugles traités à l'insuline ;
- les femmes diabétiques désirant avoir un enfant traitées à raison de 2 administrations d'insuline par nycthémère (programme de maximum 1 an, sauf dérogations motivées) ;
- les femmes diabétiques enceintes traitées à raison de 2 administrations d'insuline par nycthémère ;
- les femmes présentant un diabète gestationnel traitées à raison de 2 administrations d'insuline par nycthémère ;
- les enfants et les adolescents diabétiques (jusqu'à l'âge de 18 ans, y compris le mois de prestation, comme défini à l'article 14, § 2, pendant lequel ils atteignent l'âge de 18 ans) qui sont traités par l'établissement dans les conditions précisées au § 3 du présent article même s'ils effectuent moins de 120 mesures de glycémie par mois ;
- les patients en dialyse rénale traités par insuline qui doivent faire 4 mesures de glycémie par jour ;
- les diabétiques traités à l'insuline qui ont subi une transplantation rénale.

Groupe 2. Les patients qui recourent à l'autorégulation pour gérer eux-mêmes leur diabète, qui savent le faire dans des conditions sûres et le font effectivement (continuent à le faire) et qui effectuent, à cet effet, un minimum de 60 mesures de glycémie par mois.

Il s'agit de patients s'administrant de l'insuline 3 fois ou plus par nycthémère.

Sont assimilés à ceux-ci en raison de la surveillance nécessaire, même s'ils ne sont pas traités à raison de 3 injections d'insuline par jour:

- les diabétiques après une transplantation du pancréas ou de cellules pancréatiques bêta ;
- les femmes souffrant de diabète gestationnel traitées à raison de 1 administration d'insuline par nycthémère ;
- les patients en dialyse rénale traités par insuline.

Groupe 3. Les patients qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler de près leur diabète et détecter et corriger à temps tout dérèglement et qui peuvent le faire et le font effectivement (continuent à le faire) et qui effectuent, à cet effet, 30 mesures de glycémie par mois.

Le groupe 3 comprend lui aussi deux sous-groupes :

- le groupe 3 A : les patients tels que décrits ci-dessus, avec 2 injections ou plus d'insuline par nycthémère et qui souffrent du diabète de type 2. Ces patients ne peuvent bénéficier de l'autosurveillance que s'ils satisfont à toutes les conditions supplémentaires suivantes :
 - Le bénéficiaire dispose d'un dossier médical global (DMG). Cette règle souffre les exceptions suivantes :
 - Lorsque l'assurance maladie ne peut prendre en charge la prestation DMG pour un bénéficiaire, notamment dans le cas où le code de qualification du médecin du bénéficiaire ne permet pas à l'assurance d'intervenir dans la prestation DMG, il suffit d'une attestation dans laquelle le médecin généraliste du bénéficiaire déclare tenir le dossier médical du patient.

- Le bénéficiaire qui est d'avis qu'il dispose d'un DMG mais pour qui l'organisme assureur n'a pas enregistré de prestation DMG peut cependant prétendre provisoirement à l'autosurveillance. Est appliquée dans ce cas la procédure décrite à l'article 13, § 2, de la présente convention.
 - Le nouveau bénéficiaire sans DMG qui (sur la base des modalités de son traitement diabétique) ne faisait pas encore partie du groupe cible de la convention mais qui, au cours d'une hospitalisation en raison de complications aiguës, commence par minimum 2 injections d'insuline par nyctémère et de ce fait peut prétendre à l'autosurveillance aux termes de la présente convention, peut - pendant son hospitalisation (sous les conditions définies à l'article 4, § 1^{er}, alinéa 2) ou après sa sortie de l'hôpital - commencer immédiatement l'autosurveillance, au moyen du forfait de connexion défini à l'article 14, pourvu qu'il s'engage à demander un DMG immédiatement après sa sortie de l'hôpital. Pour les bénéficiaires qui ne font pas à temps les démarches nécessaires afin de demander un DMG, l'assurance ne peut plus continuer à prendre en charge l'autocontrôle après le délai de 3 mois remboursé par le forfait de connexion, et ce tant qu'il n'est pas satisfait à l'obligation de disposer d'un DMG.
- Le bénéficiaire dispose d'un passeport du diabète ou le demande immédiatement par le biais des formulaires visés aux articles 11 et 12 de la présente convention et destinés aux patients du groupe 3 A (formulaires repris dans les annexes à la présente convention).
 - L'équipe de diabétologie multidisciplinaire de l'établissement (cf. article 8) et le médecin généraliste du bénéficiaire élaborent un plan de traitement individuel, comme défini à l'article 6 de la présente convention.
 - S'il est déjà suivi depuis 1 an minimum au sens de la convention, le bénéficiaire doit – en vertu de ses déclarations – avoir consulté son médecin généraliste au sujet de son diabète au moins 2 fois durant les 12 derniers mois.
- Le groupe 3 B : patients s'administrant de l'insuline 2 fois ou plus par nyctémère, qui répondent à la description générale du groupe 3 et qui souffrent du diabète de type 1.

Les patients qui font partie d'un des groupes suivants sont, par souci de prévention, également inclus dans le groupe 3 B, même si de l'insuline ne leur est pas du tout administrée ou ne leur est pas administrée 2 fois par nyctémère :

- les diabétiques après une transplantation ;
- les patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose) ;
- les patients souffrant de nésioblastose ;
- les diabètes gestationnels ;
- les patients en dialyse rénale traités par insuline .

§ 3. Les bénéficiaires visés dans la présente convention sont en premier lieu des patients adultes âgés de plus de 18 ans.

Compte tenu des besoins spécifiques en matière de suivi médical, d'accompagnement et d'éducation des enfants et adolescents diabétiques ainsi que de leur entourage et compte tenu de l'existence d'une convention séparée qui rencontre ces besoins spécifiques et qui a été conclue avec divers services hospitaliers, les enfants et adolescents seront accompagnés de préférence par un service hospitalier ayant conclu avec l'INAMI une convention distincte pour l'accompagnement et l'éducation d'enfants et d'adolescents.

Les médecins et les autres membres de l'équipe qui suivent les patients dans le cadre de la présente convention signaleront, dès lors, aux enfants et adolescents âgés de moins de 16 ans qui les ont sollicité l'existence de services hospitaliers spécialisés qui accompagnent les enfants et adolescents diabétiques et leur préciseront lesquels ils sont et s'efforceront de les inciter à s'adresser à l'un de ces services hospitaliers spécialisés pour enfants et adolescents diabétiques en vue de leur accompagnement. Ces dispositions s'appliquent aux nouveaux enfants et adolescents diagnostiqués. Pour les enfants et les adolescents déjà suivis depuis un certain temps par l'établissement pour leur diabète, il peut cependant être dérogé à ces dispositions.

En outre, les enfants et adolescents diabétiques peuvent toujours - *si c'est indiqué, p.ex. pour des raisons de distance géographique* - en concertation avec le service hospitalier spécialisé pour enfants et adolescents diabétiques et l'établissement, être suivis collectivement par deux services hospitaliers et ce, aux conditions précisées à l'article 15 § 10 de la présente convention. Si le patient et son représentant légal refusent de faire appel à un service hospitalier spécialisé pour enfants et adolescents diabétiques, l'établissement peut toujours accompagner lui-même le patient aux conditions mentionnées à l'article 8, § 1^{er} (à savoir la présence dans l'équipe d'un médecin spécialiste en pédiatrie fixe) et, moyennant une mention explicite de ce refus et des explications sur la raison de ce refus dans la demande de prise en charge de la rééducation fonctionnelle, visée aux articles 11 et 12.

§ 4. Si des patients faisant partie des groupes cibles de la présente convention ne sont pas en état, pour des raisons physiques ou psychiques, d'assumer eux-mêmes les différents aspects de l'autogestion ou de l'autosurveillance (mentionnés à l'article 3) et qu'une autogestion ou une autosurveillance est pourtant médicalement indiquée dans leur cas pour obtenir une normoglycémie, des membres de leur entourage (voire, le cas échéant, des dispensateurs de soins professionnels) peuvent assurer certains aspects de l'autogestion ou de l'autosurveillance. Toutefois, ce n'est possible qu'à la condition que ces tiers accompagnent le patient dans ses contacts avec l'établissement ou, si ce n'est pas faisable, qu'ils aient au moins des contacts réguliers avec l'établissement (notamment après chaque contact du patient avec l'établissement), de sorte que l'autogestion et l'autosurveillance pour ces patients puissent se faire dans des conditions sûres, que l'éducation et l'accompagnement nécessaires soient donnés aux patients et aux tiers en question et que les résultats des mesures de glycémie servent effectivement aux adaptations des doses d'insuline, à l'identification et à la correction des symptômes d'hypoglycémie, à la mise au point d'une alimentation équilibrée et éventuellement à l'intégration d'exercices physiques dans le schéma des injections et des repas.

Les patients pour lesquels les mesures de glycémie ne permettent pas ou permettent insuffisamment (dans les cas où l'adaptation des doses d'insuline et des repas est justifiée sur base des résultats des mesures de glycémie) d'adapter les doses d'insuline et les repas, ne font pas partie des bénéficiaires de la présente convention (à l'exception des patients qui ne sont pas traités par insuline et qui, conformément au § 2 du présent article, font pourtant partie des groupes cibles de la présente convention).

Les limitations physiques ou psychiques (notamment en matière de mobilité) ne libèrent jamais les patients et les établissements des autres obligations de la présente convention, e.a. les obligations mentionnées à l'article 5, § 2, parce que l'autogestion et l'autosurveillance (qui, comme le précise l'article 3, sont surtout d'un intérêt préventif) ne sont pas considérées comme étant judicieuses si les mesures préventives réputées nécessaires ne sont pas respectées sur d'autres plans. L'autogestion et l'autosurveillance doivent dès lors normalement être interrompues si ces conditions ne sont pas respectées. Il ne peut y être dérogé qu'exceptionnellement moyennant l'accord explicite du Collège des médecins-directeurs. L'établissement doit adresser une demande explicite à cet effet au Collège des médecins-directeurs (et envoyer une copie de cette demande au médecin-conseil) dans laquelle il explique en détail les raisons pour lesquelles la poursuite de l'autogestion et de l'autosurveillance est indiquée et les raisons pour lesquelles certaines obligations de la convention en la matière ne peuvent pas être respectées. Le Service des Soins de santé de l'INAMI notifiera la décision du Collège des médecins-directeurs à l'organisme assureur concerné.

Si des dispensateurs de soins ou accompagnateurs professionnels assurent eux-mêmes certains aspects de l'autogestion ou de l'autosurveillance, toutes leurs interventions liées à la présente convention doivent être mentionnées dans le dossier du patient tenu par les dispensateurs de soins ou accompagnateurs professionnels concernés. Concernant les patients pour qui intervient un praticien de l'art infirmier à domicile, ces interventions doivent être mentionnées dans le dossier infirmier. Concernant les patients séjournant dans une résidence collective (maison de repos pour personnes âgées, maison de repos et de soins, home pour personnes handicapées, ...), ces interventions doivent être mentionnées dans le dossier de soins individuel du patient que tient cette résidence. L'établissement attirera l'attention des tiers concernés pour ces patients sur cette obligation.

PROGRAMMES DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Article 5. § 1^{er}. En fonction de l'individu, de sa phase de vie, de ses possibilités (y compris ses moyens financiers), de ses conditions de vie et de la façon dont « son » diabète sucré se manifeste chez lui, il est possible de mettre au point une stratégie qui, dans un contexte de prévention active, permette d'atteindre son niveau optimal de régulation du diabète.

Dans certains cas - comme il a déjà été dit -, l'état actuel de la science et de la technologie médicales permettent de développer dans cette stratégie des adaptations des doses d'insuline faites par le patient lui-même, en fonction de ses propres mesures de glycémie, sous réserve de formation spécialisée et d'accompagnement nécessaires.

Dans le contexte de la présente convention de rééducation fonctionnelle, l'application de cette stratégie est appelée programme de rééducation fonctionnelle.

Le nombre de déterminations de glycémie dans un tel programme de rééducation fonctionnelle diffère pour les divers groupes de bénéficiaires décrits dans l'article 4.

§ 2. Tout programme de rééducation fonctionnelle au sens de la présente convention de rééducation répond aux exigences suivantes :

- il est individuel ;
- il implique obligatoirement les quatre volets de tout traitement du diabète :
 - insulinothérapie (sauf les exceptions précisées à l'art. 4) ;
 - éducation au diabète ;
 - nutrition ;
 - activité physique ;

- il implique que chaque patient est vu au moins une fois par an par le médecin responsable de l'établissement ou par un autre endocrino-diabétologue de l'établissement (*ou par un autre médecin de l'établissement qui est compétent - en vertu des dispositions de l'article 8 § 1^{er} et de l'article 12 § 1 – pour prescrire des programmes d'autogestion dans le cadre de la présente convention*), ainsi qu'au moins une fois par an par le praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie (infirmier pour l'éducation) et par le diététicien ;
- il intègre obligatoirement les mesures médicales minimales de prévention des complications spécifiques de la maladie :
 - examen annuel du fond de l'œil par un ophtalmologue ;
 - contrôle annuel de la fonction rénale avec recherche de la micro-albuminurie ;
 - dépistage annuel de neuropathie périphérique ;
 - examen clinique annuel des pieds ;

L'établissement s'assurera pour chaque patient, compte tenu des dispositions de l'article 6, a), que ces examens sont effectivement pratiqués chaque année et, le cas échéant, il prendra les mesures nécessaires pour faire pratiquer ces examens dans l'établissement, dans l'hôpital auquel est attaché l'établissement ou ailleurs.

- il s'intègre dans la politique de prévention cardiovasculaire menée par les médecins traitants - dont le médecin généraliste – en étant attentif au poids, à la tension artérielle, aux lipides, au tabagisme.

§ 3. Dans le cadre de la formation et de l'accompagnement continu du bénéficiaire dans l'autogestion et l'autosurveillance du diabète sucré, l'établissement mettra à la disposition des bénéficiaires une brochure qui pourra servir de « manuel » en vue d'atteindre le but visé dans la présente convention.

Cette brochure comprendra au moins les données suivantes :

- Des renseignements relatifs à l'autogestion et à l'autosurveillance proprement dites, ainsi que des renseignements relatifs à ce qu'on attend du patient dans ce contexte (notamment en ce qui concerne les examens médicaux visés au § 2 à faire annuellement à titre préventif) et à ce que le patient peut attendre de l'établissement et de son médecin généraliste ;
- toutes les informations utiles relatives à l'établissement, notamment des données concernant certains aspects du fonctionnement de l'établissement mentionnés à l'article 9 de la présente convention, comme les consultations multidisciplinaires organisées par l'établissement, des données relatives à l'accessibilité et à la disponibilité de l'établissement, entre autres lors d'un état d'urgence.

Article 6. Chaque programme comprend plusieurs volets :

a. *L'intervention de l'équipe de diabétologie de l'établissement.*

La mise au point, avec le patient et son médecin généraliste, de la stratégie qui doit conduire à l'autogestion (c.q. autosurveillance individuelle du diabète), l'apprentissage de la technique de mesure de la glycémie et des adaptations de thérapie y afférentes, le contrôle de ses connaissances et aptitudes et l'entretien de celles-ci constituent la mission de l'équipe de diabétologie.

Cette mise au point avec le médecin généraliste est formalisée par l'envoi – au moins annuellement – d'un plan de traitement qui reproduit les éléments suivants :

- les objectifs de traitement personnels du patient dont obligatoirement le taux à atteindre d'HbA1c et le poids idéal ;
- des conseils spécialisés au médecin généraliste sur le moyen d'atteindre ces objectifs ;
- quand les mesures médicales préventives de l'article 5, § 2, sont indiquées et qui se charge de leur exécution ;
- qui veille aux divers aspects de l'administration d'insuline, de l'autogestion et de l'autosurveillance, si le patient ne peut (sous les conditions définies à l'article 4, § 4) veiller lui-même à ceux-ci à cause de limitations physiques ou psychiques.

Le médecin généraliste est supposé fournir à ce propos un feed-back - éventuellement via le passeport du diabète - à l'équipe de diabétologie de l'établissement.

b. En outre, il y a aussi un volet « matériel » obligatoire, qui comprend la fourniture de tout le matériel nécessaire permettant au patient de mesurer lui-même le nombre prescrit de glycémies, c'est-à-dire :

- un porte-lancette ;
- des lancettes à raison d'une lancette par jour durant lequel une ou plusieurs mesures de glycémie doivent être réalisées ;
- des tigettes pour le dosage de la glycémie. Le nombre de tigettes à fournir est fonction du groupe dont fait partie chaque patient, groupes qui sont définis dans l'article 4, et doit également satisfaire aux dispositions de l'article 7 de la présente convention ;
- un lecteur de glycémie en état de marche, d'un modèle répondant aux besoins du patient, et dont l'équipe de diabétologie vérifiera régulièrement la fiabilité.

c. Le volet « matériel » ne peut pas être dissociée de l'intervention « de rééducation » de l'équipe, à savoir l'éducation et l'accompagnement indispensables des patients et éventuellement (conformément à l'article 4, § 4) des tiers intéressés, afin de leur apprendre la technique de la mesure de la glycémie et des adaptations thérapeutiques y afférentes, de contrôler et d'entretenir ces connaissances.

Aussi est-il indiqué qu'un auxiliaire paramédical membre de l'équipe définie à l'article 8 fournisse le matériel nécessaire de sorte que la fourniture du matériel s'inscrive dans le cadre de l'éducation au diabète et se fasse en fonction de la gestion du diabète durant la période écoulée, sur la base d'une évaluation de cette période : combien de mesures de glycémie ont été effectuées réellement ? le patient change-t-il d'indication (transplantation, grossesse, ...) ? quels étaient les résultats des mesures de glycémie ? ces données sont-elles en rapport avec les valeurs HgbA1c ? n'y a-t-il pas de signes de défaut d'observance ? les connaissances acquises sont-elles encore au point ? le matériel pose-t-il problème ? le patient a-t-il été hospitalisé entre-temps ? etc.

En aucun cas, la fourniture de tigettes ou de lancettes par des personnes étrangères à l'équipe de diabétologie définie à l'article 8 (et certainement pas par la pharmacie hospitalière) ne peut être considérée comme un programme de rééducation.

Article 7. § 1^{er}. L'établissement de rééducation fonctionnelle n'est en aucun cas tenu de fournir aux patients du groupe 3 sur une base mensuelle plus de 30 tigettes de glycémie et/ou plus de 10 lancettes, à réduire du nombre de lancettes et de tigettes de glycémie non utilisées par le bénéficiaire pour des mesures de glycémie dans la précédente période pour laquelle l'établissement a fourni du matériel pour l'autosurveillance.

Le coût des mesures de glycémie effectuées par les bénéficiaires du groupe 3, de leur propre initiative, et dépassant ce chiffre de 30 ne sont pas compris dans les prix fixés dans l'article 15, §§ 3 et 4. Ces frais sont donc à charge des bénéficiaires.

Ni l'établissement de rééducation fonctionnelle ni l'établissement hospitalier auquel est attaché celui-ci ne sont autorisés à vendre aux bénéficiaires du matériel d'autosurveillance de la glycémie. Les patients du groupe 3 qui souhaitent effectuer plus de 30 mesures de glycémie par mois et qui souhaitent acheter le matériel nécessaire, doivent donc faire eux-mêmes leurs achats en dehors de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

§ 2. En ce qui concerne les patients des groupes 1 et 2, l'établissement s'engage à fournir aux bénéficiaires tout le matériel nécessaire à l'exécution du nombre de mesures de glycémie qui leur est prescrit par l'équipe de diabétologie multidisciplinaire (après concertation avec le patient). Cette règle s'applique également lorsque, pour certains patients, le nombre de mesures de glycémie indiqué dépasse les effectifs minima que l'article 4 prévoit pour les différents groupes de patients ou dépasse les nombres moyens de mesures de glycémie dont le calcul des prix mentionnés à l'article 15 tient compte (cf. annexe 2 à la présente convention). Le nombre de mesures de glycémie prescrit à un patient ne peut jamais être inférieur au nombre minimum de mesures de glycémie prévu pour lui aux termes de l'article 4. Pour la fourniture du matériel nécessaire, l'établissement est pourtant censé tenir compte des mesures de glycémie prescrites pour la période écoulée mais non effectuées. Dès lors, pour déterminer la quantité du matériel à fournir pour la période future, l'établissement peut déduire le nombre de lancettes et de tiges de glycémie non utilisées par le bénéficiaire pour des mesures de glycémie dans la précédente période pour laquelle l'établissement a fourni du matériel pour l'autosurveillance.

L'établissement ne recommandera jamais au patient d'effectuer plus de mesures de glycémie que ce qui a été prescrit au patient.

§ 3. Si un bénéficiaire de la convention effectue manifestement moins de mesures de glycémie que prévues dans le programme qui lui a été prescrit, sans qu'il n'y ait d'explications temporaires et raisonnables de la différence constatée, le médecin prescripteur est censé lui prescrire un programme plus adapté (comme stipulé à l'article 8, § 1^{er}). Il y a donc lieu de procéder à une telle adaptation du programme prescrit si :

- un bénéficiaire du groupe 1 A effectue systématiquement moins de 160 mesures de glycémie par mois ;
- un bénéficiaire du groupe 1 B effectue systématiquement moins de 100 mesures de glycémie par mois ;
- un bénéficiaire du groupe 2 effectue systématiquement moins de 45 mesures de glycémie par mois ;
- un bénéficiaire du groupe 3 effectue systématiquement moins de 25 mesures de glycémie par mois.

Le non-respect répété de ces dispositions peut constituer un motif de dénonciation de la présente convention.

L'ÉQUIPE DE DIABÉTOLOGIE MULTIDISCIPLINAIRE ET SON FONCTIONNEMENT

Article 8. § 1^{er}. L'établissement tel que visé dans la présente convention est une équipe de diabétologie multidisciplinaire attachée à un établissement hospitalier qui comprend au moins :

- un médecin spécialiste en endocrino-diabétologie, qui dirige l'équipe et est responsable de son fonctionnement et de son organisation ainsi que de la qualité de l'accompagnement et de l'éducation. Ce médecin responsable est compétent pour donner aux autres membres de l'équipe les missions nécessaires pour la réalisation du programme de rééducation fonctionnelle. Il est également associé à la sélection et au recrutement des membres de l'équipe, pour lesquels son avis favorable est requis.

Un médecin qui, avant la date d'entrée en vigueur de la présente convention, était déjà responsable d'un service de diabétologie conventionné et/ou de la prescription des programmes de rééducation fonctionnelle dans le cadre de pareille convention, et dont le curriculum professionnel spécifique avait déjà été transmis au Collège des médecins-directeurs, peut garder ses prérogatives (*diriger l'équipe multidisciplinaire prévue dans la présente convention et/ou prescrire des programmes de rééducation fonctionnelle dans le cadre de la convention*).

Le médecin qui dirige l'équipe est désigné dans la suite du texte de la présente convention de rééducation fonctionnelle comme le « médecin responsable ».

Le médecin responsable de l'équipe constitue avec tous les médecins spécialistes en endocrino-diabétologie dont l'établissement dispose, et conjointement avec les médecins visés ci-dessus qui auparavant prescrivaient déjà des programmes de rééducation fonctionnelle dans le cadre d'un service de diabétologie conventionné et qui satisfont aux conditions pour garder leurs prérogatives en la matière, le « cadre médical » de l'établissement.

Ce cadre médical doit toujours compter au minimum 0,5 équivalents temps plein (ETP) même si, en vertu des autres dispositions du présent article, l'établissement peut, sur la base du nombre de patients qu'il accompagne dans le cadre de la présente convention, justifier un cadre plus restreint.

- un ou des praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie et chargés de l'éducation technique spécifique du bénéficiaire diabétique. Leur compétence régulièrement actualisée, aussi bien quant à l'éducation qu'à l'accompagnement du diabétique, doit être objectivée par un curriculum vitæ et être garantie par l'établissement et par le médecin responsable. Si, au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention, un praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie ne peut pas fournir la preuve qu'il est éducateur spécialisé en diabétologie, il doit pouvoir fournir cette preuve – en guise de mesure transitoire – au plus tard au 1er juillet 2011. Dans le cas où un nouveau praticien de l'art infirmier ne peut fournir la preuve, lors de son entrée en service, qu'il a suivi une formation spécialisée d'éducateur en diabétologie, cette preuve doit être fournie endéans les trois ans qui suivent son entrée en service.

Le nombre de praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie dont dispose l'établissement doit toujours compter au minimum 0,5 ETP, même si, en vertu des autres dispositions du présent article, l'établissement peut, sur la base du nombre de patients qu'il accompagne dans le cadre de la présente convention, justifier un cadre plus restreint.

- un ou des diététiciens dont la compétence régulièrement actualisée en diététique diabétologique a été objectivée par un curriculum vitæ et est garantie par l'établissement de rééducation fonctionnelle et par le médecin responsable.

Le nombre de diététiciens dont dispose l'établissement doit toujours compter au minimum 0,5 ETP, même si, en vertu des autres dispositions du présent article, l'établissement peut, sur la base du nombre de patients qu'il accompagne dans le cadre de la présente convention, justifier un cadre plus restreint.

- un médecin spécialiste en pédiatrie fixe dans le cas où l'établissement, compte tenu des dispositions de l'article 4 § 3, de la présente convention, prend en rééducation fonctionnelle des enfants ou adolescents diabétiques âgés de moins de 16 ans.

§ 2. Le nombre d'ETP dont doit se composer l'équipe de diabétologie mentionnée au § 1^{er}, dépend du nombre de patients des différents groupes (groupe 1, groupe 2, groupe 3) que l'établissement accompagne dans le cadre de la présente convention, de manière à ce que ces effectifs de patients puissent notamment être inférés des chiffres de production visés à l'article 21 de la présente convention. Ces effectifs de patients peuvent être calculés en divisant le nombre total de forfaits (d'une année civile déterminée) réalisés pour chaque groupe de patients (nombre total comme mentionné dans les chiffres de production) par 12 (soit le nombre annuel de forfaits pouvant être portés en compte pour un même patient).

§ 3. Il est attendu d'un établissement qui, pour une année civile déterminée, accompagne 100 patients faisant partie du groupe 1 (= le total des groupes 1A et 1B), qu'il dispose au moins du cadre suivant :

- 0,1763 ETP minimum pour le cadre médical, normalement occupé par des médecins spécialistes en endocrino-diabétologie et/ou par des médecins ayant des prérogatives particulières (cf. § 1^{er}). De ces 0,1763 ETP, seule la moitié est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle, la moitié restante est censée être financée par les consultations des bénéficiaires qui font partie du groupe cible de la convention, comme stipulé ci-dessous au § 7 du présent article ;
- 0,4927 ETP minimum pour le cadre paramédical, à répartir entre les praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie et les diététiciens,;
- 0,0666 ETP minimum collaborateur de secrétariat et/ou cadre paramédical supplémentaire (praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie et/ou diététiciens).

Un établissement qui accompagne pendant une année civile déterminée 100 patients faisant partie du groupe 2 est supposé disposer au moins du cadre suivant :

- 0,1763 ETP minimum pour le cadre médical, occupé normalement par des médecins spécialistes en endocrino-diabétologie et/ou par des médecins ayant des prérogatives particulières (cf. § 1^{er}). De ces 0,1763 ETP, seule la moitié est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle, la moitié restante est censée être financée par les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention, comme stipulé au § 7 du présent article ;
- 0,3189 ETP minimum pour le cadre paramédical, à répartir entre les praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie et les diététiciens ;
- 0,0666 ETP minimum collaborateur de secrétariat et/ou cadre paramédical supplémentaire (praticiens de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et/ou diététiciens).

Un établissement qui accompagne pendant une année civile déterminée 100 patients faisant partie du groupe 3 (= le total des groupes 3A et 3B) est supposé disposer au moins du cadre qui suit :

- 0,0705 ETP minimum pour le cadre médical, occupé normalement par des médecins spécialistes en endocrino-diabétologie et/ou par les médecins ayant des prérogatives particulières (cf. § 1^{er}). De ces 0,0705 ETP, seule la moitié est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle, la moitié restante est censée être financée par les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention, comme stipulé ci-dessous au § 7 du présent article ;

- 0,0804 ETP minimum pour le cadre médical, à répartir entre les praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie et les diététiciens;
- 0,0666 ETP minimum collaborateur de secrétariat et/ou cadre paramédical supplémentaire (praticiens de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et/ou diététiciens).

§ 4. Le cadre du personnel total dont doit disposer l'établissement est le total du :

- cadre du personnel dont il doit disposer pour ses patients du groupe 1 (= le total des groupes 1A et 1B) ;
- cadre du personnel dont il doit disposer pour ses patients du groupe 2 ;
- cadre du personnel dont il doit disposer pour ses patients du groupe 3 (= le total des groupes 3A et 3B).

§ 5. L'équipe dont doit disposer l'établissement doit être adaptée proportionnellement en fonction du nombre effectif de patients des différents groupes visés aux §§ 2, 3 et 4 qui suivent réellement un programme de rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention (tels que l'indiquent les chiffres de production reproduits à l'article 21). Afin d'éviter de multiples adaptations du cadre du personnel requis, l'établissement de rééducation peut toutefois se baser, pour obtenir les effectifs requis au cours d'une année civile déterminée, sur le nombre moyen de patients accompagnés dans le cadre de la présente convention au cours des deux années civiles complètes précédentes. Il ne peut y avoir d'augmentation proportionnelle du cadre du personnel que si, sur la base du nombre moyen de patients de ces 2 dernières années civiles complètes, le cadre du personnel existant doit être augmenté de minimum 0,5 ETP médecin et/ou minimum 0,5 ETP pour tous les collaborateurs paramédicaux confondus. Si cette augmentation minimale n'est pas obtenue, soit pour le cadre médical, soit pour le cadre paramédical, cette fonction peut continuer d'être assurée avec le cadre existant.

§ 6. Si l'établissement décide de remplacer intégralement ou en partie la fonction de collaborateur de secrétariat (dont ils devraient disposer en vertu des dispositions des §§ 3, 4 et 5) par un cadre paramédical supplémentaire (praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie et/ou diététiciens supplémentaires), il peut – compte tenu de la différence de coût salarial – partir du principe qu'1 ETP collaborateur de secrétariat ne doit être remplacé que par 0,75 ETP cadre paramédical.

§ 7. Pour ce cadre requis, seul le temps de travail consacré par les différents membres de l'équipe à l'accompagnement des patients prévu dans la présente convention peut être pris en considération, c'est-à-dire tant l'accompagnement direct (*contacts directs avec les patients et leur entourage, en ce compris le temps des consultations*) que l'accompagnement indirect (*concertation au sujet des patients, réunions d'équipe, guidance téléphonique, rapports, etc.*), et ce tant pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés.

Bien que les moyens puisés par l'établissement dans la présente convention ne leur soient normalement pas destinés, le temps de travail consacré de manière sporadique par les praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie et les diététiciens à l'éducation de patients diabétiques qui ne font pas partie des bénéficiaires de la présente convention peut également être pris en considération pour atteindre le cadre requis en vertu du présent article.

Pour les médecins spécialistes en endocrino-diabétologie et les médecins ayant des prérogatives particulières (cf. § 1^{er}), le temps consacré aux consultations (et au suivi médical) de patients diabétiques et de patients souffrant d'autres affections endocrinologiques peut également être pris en considération pour atteindre le cadre requis en vertu du présent article.

Le temps de travail consacré aux simples soins médicaux et infirmiers dispensés aux bénéficiaires hospitalisés de la présente convention ne peut toutefois jamais être pris en considération comme temps de travail afin de respecter le cadre requis en vertu du présent article.

§ 8. Pour les nouveaux établissements de rééducation qui adhèrent à la présente convention et qui ne disposaient donc pas d'une convention diabète par le passé, l'équipe de départ doit proportionnellement correspondre au nombre de patients que l'établissement suit à la date d'entrée en vigueur de la convention. L'équipe doit être adaptée, au plus tard tant à la fin de la première année civile complète durant laquelle la convention était d'application qu'à la fin de la deuxième année civile complète, en fonction du nombre de patients qui suivent effectivement à la fin de ces années un programme de rééducation dans le cadre de la présente convention (tels que l'indiquent notamment les chiffres de production visés à l'article 21). Pour les années suivantes, les dispositions des paragraphes précédents du présent article sont en application.

L'équipe de départ ne peut cependant jamais compter moins d'effectifs que le cadre minimal requis en vertu des dispositions du § 1^{er} du présent article.

§ 9. L'établissement doit tenir en permanence un relevé des membres de l'équipe qu'il occupe réellement. Cet aperçu doit indiquer qui fait partie de l'équipe de l'établissement à n'importe quel moment, pour quel nombre d'ETP par semaine et avec quel horaire de travail. Il doit également pouvoir être présenté immédiatement lors de chaque visite de contrôle d'un représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs.

§ 10. Afin de respecter le cadre prévu dans le présent article, il convient de tenir compte du fait que pour tous les membres de l'équipe (médecins inclus), 1 ETP est assimilé à un temps de travail de 38 heures et qu'une même personne (sauf en ce qui concerne les médecins) ne peut jamais faire partie du cadre requis aux termes de la présente convention à raison de plus d'1 ETP.

Tant que l'établissement de rééducation, conformément aux dispositions du présent article, n'est pas obligé d'occuper plus de 0,5 ETP médecin responsable, la fonction de médecin responsable ne peut jamais être fractionnée entre plusieurs médecins spécialistes en endocrino-diabétologie. Dans le cas où l'établissement emploierait plus de 0,5 ETP médecins spécialistes en endocrino-diabétologie, le médecin responsable spécialiste en endocrino-diabétologie devrait travailler au moins 0,5 ETP pour l'établissement de rééducation.

Dans le cas où le temps de travail des praticiens de l'art infirmier spécialisés en diabétologie et des diététiciens qui font partie de l'équipe multidisciplinaire de diabétologie est plus important dans l'hôpital que le temps de travail prévu dans le cadre de la présente convention, l'établissement veillera un maximum à les occuper exclusivement dans l'équipe multidisciplinaire de diabétologie, de sorte que ces membres de l'équipe puissent se spécialiser dans l'éducation et l'accompagnement de patients diabétiques et qu'ils puissent accomplir un minimum d'autres tâches dans l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie. L'établissement fractionnera le nombre d'ETP requis pour chacune de ces fonctions en un minimum de personnes. Compte tenu des exigences de l'article 9 de la présente convention relative à l'accessibilité et à la disponibilité de l'établissement et à la continuité du fonctionnement, la fonction de praticien de l'art infirmier spécialisé en diabétologie et la fonction de diététicien peuvent toutefois toujours être fractionnées en 3 personnes.

§ 11. Le non-respect du cadre requis au cours d'une année civile déterminée, à condition que l'établissement ait eu la possibilité d'en exposer les raisons, constitue un motif pour la dénonciation de la présente convention et/ou, à titre de sanction pour l'établissement (sur la base d'une décision du Comité de l'assurance), pour une récupération d'un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations de rééducation versée pour cette année civile ; pourcentage qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l'année civile en question. L'établissement s'engage dans ce cas à ne pas facturer aux patients la partie récupérée des prestations de rééducation fonctionnelle.

Article 9. Afin de pouvoir offrir des programmes de rééducation fonctionnelle de qualité à ses patients, l'établissement organisera ses activités de manière à satisfaire aux exigences suivantes :

Consultants auxquels l'établissement peut faire appel

L'équipe de diabétologie multidisciplinaire peut toujours, au sein de l'hôpital auquel appartient l'établissement, faire appel à un assistant social ou praticien de l'art infirmier social familiarisés avec la problématique sociale du diabète sucré, un psychologue et un podologue pouvant aussi faire partie de l'équipe.

Consultations multidisciplinaires

L'établissement fera en sorte que les consultations pour patients faisant partie du groupe cible de la convention se déroulent dans le cadre des consultations multidisciplinaires. Au cours de ces consultations multidisciplinaires, les différentes disciplines médicales et paramédicales prévues à l'article 8 § 1^{er} doivent être présentes et disponibles pour l'accompagnement et l'éducation des patients.

L'établissement organisera au moins quatre demi-journées par semaine des consultations multidisciplinaires spécifiques à l'autogestion du diabète et fera aussi connaître ces consultations aux patients. Tous les demi-jours pendant lesquels l'établissement organise des consultations multidisciplinaires sur un des sites de l'hôpital peuvent être pris en considération afin de respecter le minimum requis de quatre demi-jours par semaine de consultation multidisciplinaire et à condition que les activités de rééducation fonctionnelle proposées sur un site hospitalier déterminé répondent aux conditions qui concernent spécifiquement le travail sur différents sites hospitaliers mentionnées dans la présente convention (cf. article 10 § 2 de la présente convention).

En outre, pour les patients pour lesquels un contact avec certains consultants mentionnés ci-dessus est indiqué, l'établissement est censé – dans les cas où un contact immédiat n'est pas faisable – pouvoir organiser et réaliser ce contact dans le cadre de la consultation suivante convenue avec le patient. Lors de cette consultation suivante, il doit également être possible d'avoir des contacts avec les différentes disciplines médicales et paramédicales prévues à l'article 8 § 1^{er} comme il a déjà été mentionné ci-dessus.

Réunions d'équipe

L'équipe pluridisciplinaire doit se réunir au moins six fois par an.

Chaque réunion fait l'objet d'un rapport qui comporte la liste des participants.

Dossiers individuels d'éducation

Un dossier individuel d'éducation est tenu pour chaque patient, qui mentionne au moins les éléments suivants :

- les contacts avec les patients en vue de l'accompagnement, de l'éducation et de la fourniture du matériel d'autogestion (dates, membres d'équipe concernés) ;

- l'évaluation de l'autogestion du diabète pendant la période écoulée : combien de mesures de glycémie ont été effectuées réellement ? le patient change-t-il d'indication (transplantation, grossesse, ...) ? quels étaient les résultats des mesures de glycémie ? ces données sont-elles en rapport avec les valeurs HgbA1c ? n'y a-t-il pas de signes de défaut d'observance ? les connaissances acquises sont-elles encore au point ? le matériel pose-t-il problème ? le patient a-t-il été hospitalisé entre-temps ? etc.

Ces dossiers d'éducation doivent être accessibles aux différents membres de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire qui ont des contacts avec le patient ainsi que, le cas échéant, aux collaborateurs du service des urgences mentionnés plus loin dans le présent article.

Infrastructure et équipement

L'établissement dispose de ses propres espaces de consultation pour les auxiliaires paramédicaux spécialisés de l'équipe.

L'établissement dispose en outre du matériel de démonstration et d'instruction nécessaire pour pouvoir assurer de façon optimale l'éducation et l'accompagnement continu en matière d'autogestion des bénéficiaires.

Accessibilité – Disponibilité

L'équipe de diabétologie doit organiser elle-même pendant les heures de travail normales mais aussi en dehors des heures de consultation, une permanence téléphonique au moyen de suffisamment de lignes téléphoniques directes connues par tous les intéressés pour répondre aux appels des patients, de leurs proches, de prestataires de première ligne, en ce compris le pharmacien.

L'équipe de diabétologie doit prendre, au moins au niveau du service des urgences de l'hôpital auquel elle est attachée, les mesures organisationnelles nécessaires afin de garantir une disponibilité permanente (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) de médecins en vue de garantir la continuité de l'accueil des bénéficiaires. Cela implique que 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, un endocrino-diabétologue ou assimilé (selon les dispositions de l'art. 8 § 1^{er}) ayant de l'expérience, doit pouvoir être consulté.

Continuité de l'accompagnement en cas d'hospitalisation

Dans le cas où un bénéficiaire de la présente convention est hospitalisé dans l'établissement hospitalier auquel l'établissement conventionné est attaché, il sera suivi pour son diabète par l'équipe multidisciplinaire conventionnelle.

Intégration à la première ligne

Le médecin généraliste est informé des changements de thérapie importants au moyen d'un rapport. Au moins une fois par an, il convient d'envoyer au médecin généraliste un rapport complet de l'état du patient ainsi que (conformément aux dispositions de l'article 6, a) un programme de traitement actualisé. L'équipe de diabétologie doit s'engager activement dans la formation continue en matière de diabète des médecins généralistes avec lesquels elle collabore.

APPLICATION DE LA CONVENTION À PLUSIEURS SITES HOSPITALIERS
CONSÉQUENCES POUR LA CONVENTION EN CAS
DE FUSION OU DE DÉFUSION D'ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Article 10. § 1^{er}. La présente convention ne peut être conclue qu'une seule fois avec un même établissement hospitalier (hôpital). La convention concerne exclusivement les activités d'un même établissement hospitalier dans le cadre de cette convention, jamais les activités de plusieurs établissements hospitaliers différents.

Chaque convention conclue se voit attribuer un seul et unique numéro d'identification.

§ 2. Si l'établissement hospitalier avec lequel est conclue la présente convention souhaite offrir le suivi, l'accompagnement et l'éducation prévus dans cette convention sur plusieurs sites hospitaliers dont il dispose, il doit respecter les conditions suivantes :

- Les activités de rééducation fonctionnelle que prévoit cette convention ne peuvent être offertes que sur les sites hospitaliers de l'établissement hospitalier;
- Conformément aux dispositions de l'article 9, les consultations pour patients faisant partie du groupe cible de la convention doivent se donner sur chaque site dans le cadre de consultations multidisciplinaires, auxquelles les différents membres des équipes médicales et paramédicales prévues à l'article 8 § 1^{er} sont également présents et disponibles pour les patients. Sur chaque site où il offre les activités de la présente convention, l'établissement organisera au moins une demi-journée par semaine cette consultation multidisciplinaire spécifiquement pour l'autogestion du diabète et fera connaître cette consultation multidisciplinaire aux patients.
- L'établissement ne dispose que d'une seule équipe de diabétologie multidisciplinaire comprenant un seul médecin responsable. Les membres de l'équipe actifs sur un site déterminé doivent répondre à toutes les conditions précisées dans l'article 8 § 1^{er} et participer aux réunions d'équipe communes de tous les membres de l'équipe de l'établissement, quel que soit le site où ils sont actifs.
- Sur chaque site où sont offertes les activités de la présente convention, l'équipe de diabétologie multidisciplinaire peut toujours faire appel sur place à un assistant social ou infirmier social familiarisés avec la problématique sociale du diabète sucré, un psychologue et un podologue. En outre, pour les patients pour lesquels un contact avec certains consultants mentionnés ci-dessus est indiqué, l'établissement est censé – dans les cas où un contact immédiat n'est pas faisable – pouvoir organiser et réaliser ce contact dans le cadre de la consultation suivante convenue avec le patient et ce sur le site où le patient vient normalement pour ses consultations. Lors de cette consultation suivante, il doit également être possible d'avoir des contacts avec les différentes disciplines médicales et paramédicales prévues à l'article 8 § 1^{er} comme il a déjà été mentionné ci-dessus.
- L'établissement mentionnera annuellement les différents sites hospitaliers où il offre les activités de rééducation fonctionnelle que prévoit cette convention dans les données de gestion annuelles qui sont demandées dans l'article 18 de la présente convention.
- L'établissement fournira pour tous les sites hospitaliers confondus les chiffres de production demandés à l'article 21 de la présente convention.

Ces conditions s'appliquent également si l'établissement hospitalier fusionne avec un établissement hospitalier qui n'a pas conclu cette convention et que le nouvel établissement hospitalier fusionné souhaite lui aussi offrir les activités de la présente convention sur des sites de l'ancien établissement hospitalier qui ne disposait pas de cette convention.

§ 3. Si l'établissement hospitalier avec lequel cette convention a été conclue fusionne, après conclusion de la présente convention, avec un autre établissement hospitalier avec lequel cette convention a également été conclue, les deux conventions peuvent durer encore deux ans au maximum et les deux numéros d'identification peuvent être utilisés encore deux ans au maximum, à condition que le nouvel établissement hospitalier fusionné reprenne tous les droits et obligations découlant des conventions. Le nouvel établissement hospitalier fusionné doit dans ce cas prendre les mesures organisationnelles nécessaires afin de pouvoir mettre fin après deux ans au plus tard à une des deux conventions et informer par écrit (par lettre recommandée) le Service des soins de santé de l'INAMI de quelle convention il s'agit, information qui sera communiquée par circulaire aux organismes assureurs. L'autre convention continuera à produire ses effets à condition que le nouvel établissement hospitalier reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention et le déclare formellement dans la lettre recommandée précitée.

Afin de pouvoir arrêter effectivement une des deux conventions après deux ans, les demandes individuelles de prise en charge visées aux articles 11 et 12 doivent être introduites au plus tard un an après la fusion des hôpitaux sous le numéro d'identification de la convention qui sera maintenue à l'avenir, de sorte que les périodes de prise en charge autorisées, visées à l'article 13, qui ont été demandées sous le numéro d'identification à supprimer expirent au plus tard deux ans après la fusion des hôpitaux.

Aussi longtemps (dans les limites de la période précitée de maximum deux ans après la fusion des hôpitaux) que les activités offertes par les deux établissements hospitaliers fusionnés dans le cadre de la présente convention, n'ont pas été totalement intégrées, les chiffres de production demandés à l'article 21 sont indiqués séparément. Toutefois, il est également autorisé de regrouper les prestations réalisées dans les chiffres de production sous le numéro d'identification d'une des entités (à savoir le numéro d'identification de la convention qui sera maintenue à l'avenir) et de mentionner pour l'autre entité que la production est nulle. En aucun cas, une même prestation ne peut être inscrite deux fois dans les chiffres de production, à savoir tant dans les chiffres de production de l'une des entités avant fusion que dans ceux de l'autre entité avant fusion.

§ 4. Si l'établissement hospitalier avec lequel a été conclue la présente convention est, dans le cadre d'une défusion d'hôpitaux, scindé en plusieurs établissements hospitaliers séparés, la présente convention peut (dans le cadre de l'accord de défusion) être automatiquement reprise par un des deux établissements hospitaliers apparus après la défusion, à condition que ce nouvel établissement hospitalier (défusionné) reprenne tous les droits et obligations découlant de la convention. Il appartient aux responsables de l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention a été conclue et du nouvel établissement hospitalier qui reprend les droits et obligations de la convention d'informer par écrit (par une lettre recommandée commune, adressée au Service des soins de santé de l'INAMI) quel établissement hospitalier (dans le cadre de l'accord de défusion) poursuivra les activités de la convention et reprendra à cette fin les droits et obligations de la convention.

Si les deux établissements hospitaliers apparus après la défusion d'hôpitaux souhaitent offrir à leurs patients les activités de rééducation fonctionnelle que prévoit la convention, la présente convention (en ce compris les périodes de prise en charge individuelles autorisées visées à l'article 13) expire automatiquement à la date de prise d'effet de la défusion et les deux établissements hospitaliers doivent introduire au moins quatre mois avant que la défusion ne prenne effet une demande en vue de conclure une nouvelle convention avec le Comité de l'assurance. Dans leur dossier de demande, les établissements hospitaliers intéressés doivent démontrer que même après la défusion, ils satisfont chacun séparément à toutes les conditions de la convention. Les nouvelles conventions pourront alors entrer en vigueur au plus tôt à la date à laquelle la défusion prend effet. Pour les patients qui seront suivis dans le cadre des nouvelles conventions conclues avec les établissements hospitaliers défusionnés, une nouvelle demande individuelle de prise en charge de la rééducation fonctionnelle doit être introduite à partir de la date de prise d'effet de la nouvelle convention, conformément à la procédure prévue aux articles 11 et 12.

LA PRESCRIPTION DU PROGRAMME INDIVIDUEL DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE ET LA DEMANDE PAR LE BÉNÉFICIAIRE D'UNE INTERVENTION DANS LE COÛT DU PROGRAMME DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Article 11. § 1^{er}. Le bénéficiaire auquel est prescrit un des programmes de rééducation fonctionnelle prévus dans la présente convention introduit une demande d'intervention auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, au moyen du formulaire adapté à sa situation - les formulaires variant pour certains groupes spécifiques de bénéficiaires – qui est joint à la présente convention et où est acté son engagement à suivre le programme de rééducation prescrit, y compris, le nombre minimal de mesures de glycémie.

Les formulaires joints à la présente convention peuvent être modifiés à tout moment par le Comité de l'assurance (après avis du Collège des médecins-directeurs et en concertation avec le Conseil d'accord visé à l'article 20).

§ 2. Il appartient aux organismes assureurs d'informer les bénéficiaires des possibilités offertes par la présente convention à certains diabétiques, moyennant prescription et engagement personnel, en matière d'intervention dans des programmes de rééducation fonctionnelle d'autogestion du diabète, ainsi que de la procédure de demande d'intervention, y compris en ce qui concerne les délais légaux.

§ 3. Il appartient également à l'établissement, avant signature de la demande d'intervention, d'attirer l'attention du bénéficiaire auquel un programme d'autogestion du diabète est prescrit, sur son investissement personnel dans la réalisation de l'objectif de celui-ci, ainsi que sur les moyens prévus pour lui dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle et sur les dispositions de l'article 13, § 3, relatives à la fin du programme d'autogestion dans l'établissement. L'établissement de rééducation fonctionnelle lui signalera l'importance réelle de la collaboration entre les différents intervenants dans le traitement de sa maladie, en premier lieu le médecin généraliste, mais aussi le pharmacien et - dans le cas où le patient introduit lui-même la demande d'intervention - les conséquences d'une introduction tardive (après le délai légal) de la demande d'intervention.

§ 4. Dans le cas où l'établissement a pris sur lui la responsabilité d'introduire la demande d'intervention pour le bénéficiaire, il s'engage à ne pas lui porter en compte les frais qui ne sont pas remboursés par l'organisme assureur pour cause d'introduction tardive de la demande (après le délai légal).

Article 12. § 1^{er}. Les formulaires à utiliser en vertu de l'article 11 pour les demandes d'intervention contiennent, outre la déclaration du patient, également une prescription médicale qui doit être signée par le médecin responsable ou par un endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie ou par un autre médecin visé à l'article 8, § 1^{er}, qui sur la base de son curriculum vitæ et de ses activités antérieures dans le cadre de la présente convention, est compétent pour prescrire les programmes d'autogestion prévus dans la présente convention.

Le Service des soins de santé de l'INAMI communiquera par circulaire aux organismes assureurs quels médecins de chaque établissement qui sont habilités à prescrire des programmes d'autogestion du diabète.

L'établissement s'engage à informer immédiatement le Service des soins de santé de l'INAMI des modifications apportées à l'équipe médicale visée à l'article 8 active dans le cadre de la présente convention et habilitée à prescrire des programmes d'autogestion du diabète.

§ 2. Outre le programme prescrit, la prescription médicale doit mentionner l'indication motivant celui-ci et, en cas de prolongation ou de changement de groupe (*qui doit d'abord être sollicité par le bénéficiaire – voir article 11*), rendre compte de l'autogestion effectuée par le bénéficiaire pendant la période écoulée, à savoir le nombre de mesures de glycémie effectivement réalisées pendant la période écoulée.

Pour un bénéficiaire du groupe 3 A, chaque demande de prolongation doit être assortie également d'une déclaration de ce bénéficiaire indiquant qu'il a consulté son médecin généraliste au moins 2 fois au cours des 12 derniers mois au sujet de son diabète.

Article 13. § 1^{er}. La rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire n'entre en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire s'est prononcé en faveur de la prise en charge de la rééducation fonctionnelle de ce bénéficiaire.

La période autorisée par le médecin-conseil, éventuellement renouvelable, débute à la date de la prescription (excepté en cas d'introduction tardive d'une demande d'intervention) et ne peut dépasser 12 mois.

Seules les prestations, telles que visées dans la présente convention, qui sont réalisées dans la période de rééducation fonctionnelle admise par le médecin-conseil et dans le respect d'éventuelles conditions supplémentaires posées par le médecin-conseil, sont prises en considération pour le remboursement.

Dans la notification de son accord d'intervention, le médecin-conseil met explicitement l'accent sur le contenu de l'engagement du bénéficiaire vis-à-vis du traitement de son diabète sucré dans le cadre de la présente convention. Par ailleurs, le médecin-conseil attirera l'attention du bénéficiaire sur les conséquences négatives possibles de l'engagement insuffisant du bénéficiaire.

Si, pour un patient, les obligations de l'article 5, § 2, de la convention ne peuvent pas être respectées (*par exemple en ce qui concerne les examens médicaux préventifs obligatoires*), mais que la poursuite de l'autogestion ou de l'autosurveillance est quand même souhaitée (*ce qui est possible exceptionnellement conformément aux dispositions de l'article 4, § 4, alinéa 3*), le médecin-conseil ne pourra marquer son accord sur la prise en charge ultérieure de la rééducation fonctionnelle qu'après que le Collège des médecins-directeurs ait marqué explicitement son accord sur une dérogation aux obligations normales de la convention pour le patient concerné (cf. article 4, § 4, alinéa 4).

§ 2. S'il constate que pour un bénéficiaire du groupe 3 A qui déclare (dans le formulaire de demande prévu pour ce groupe de patients) que son médecin généraliste tient son dossier médical global (DMG), mais que l'organisme assureur n'a pas enregistré de prestation DMG, le médecin-conseil enverra d'une part une lettre au bénéficiaire intéressé et à son médecin généraliste pour attirer leur attention sur ce constat. D'autre part (*si le patient remplit toutes les autres conditions de la convention*), le médecin-conseil accordera malgré tout la prise en charge de la rééducation fonctionnelle pendant trois mois, de sorte que le bénéficiaire et son médecin généraliste auront le temps nécessaire pour régler la prestation DMG. Dans ce cas, afin de pouvoir continuer la rééducation fonctionnelle après les trois mois accordés au départ par le médecin-conseil, le bénéficiaire doit introduire en temps utile une demande de prolongation de rééducation fonctionnelle qui satisfasse aux dispositions des articles 11 et 12.

§ 3. Le remboursement pour le programme individuel pour lequel le médecin-conseil de l'organisme assureur s'est prononcé favorablement prend fin :

- dès que le bénéficiaire est rééduqué dans le cadre d'une convention en matière d'autogestion du diabète sucré conclue avec un autre établissement hospitalier ou éventuellement (compte tenu des dispositions de l'article 4, § 3) dans le cadre de la convention de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents. Il appartient au bénéficiaire de notifier en temps utile sa décision à l'établissement, en règle générale avant que l'établissement fournisse au bénéficiaire le matériel nécessaire pour l'autogestion pour une certaine période. Dans le cas où des prestations de rééducation fonctionnelle ont été indûment portées en compte par l'établissement suite à une notification tardive ou défailante de ladite décision par le bénéficiaire, ce dernier doit alors rembourser lui-même ces prestations à l'établissement. Conformément aux dispositions de l'article 11, § 3, de la présente convention, l'établissement doit informer le bénéficiaire de cette disposition par écrit.

Afin d'éviter et/ou de limiter un maximum de problèmes en la matière au bénéficiaire, le médecin-conseil avertira l'établissement si un bénéficiaire – pour lequel un accord pour la prise en charge dans l'établissement est encore en cours ou pour lequel l'accord est arrivé à échéance depuis 2 mois maximum – introduit une demande de prise en charge pour un programme d'autogestion ou d'autosurveillance dans un autre service hospitalier conventionné. L'organisme assureur et son médecin-conseil ne peuvent toutefois pas être tenus responsables si des prestations prévues dans la présente convention ne sont pas remboursées (pour un patient déterminé), si le médecin-conseil a oublié d'avertir l'établissement qu'un bénéficiaire a introduit une demande de prise en charge pour un programme d'autogestion ou d'autosurveillance dans un autre service hospitalier.

- lorsque l'établissement décide de ne plus admettre un bénéficiaire en rééducation. Cette décision doit être notifiée à l'intéressé au moins un mois avant la fin de la période pour laquelle l'établissement a fourni à l'intéressé le matériel nécessaire pour l'autogestion.

§ 4. L'établissement s'engage à fournir au médecin-conseil toutes les informations que ce dernier juge utiles afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du programme de rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire.

LES PRESTATIONS REMBOURSABLES PAR L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ - DÉFINITIONS, PRIX ET HONORAIRES

Article 14. § 1^{er}. La prestation susceptible d'être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé comprend, par bénéficiaire, l'exécution pendant un mois des programmes de rééducation fonctionnelle définis aux articles 4, 5 et 6.

Le forfait de connexion visé à l'article 4 comprend toutefois l'exécution pendant 3 mois du programme de rééducation fonctionnelle. Ce forfait de connexion ne peut être porté en compte qu'une seule fois pour un même patient. Il peut être porté en compte uniquement pour une partie des patients du groupe 3 A, à savoir les nouveaux bénéficiaires sans DMG qui (sur la base des modalités de leur traitement du diabète) ne faisaient pas encore partie du groupe cible de la convention, mais qui, au cours d'une hospitalisation pour complications aiguës, ont commencé à raison de 2 injections d'insuline par nyctémère et entrent de ce fait en ligne de compte pour l'autosurveillance dans le cadre de la présente convention. S'ils commencent immédiatement à s'autosurveiller pendant leur hospitalisation (aux conditions fixées à l'article 4, § 1^{er}, alinéa 2) ou après leur sortie de l'hôpital, ces patients peuvent se voir attester le forfait de connexion unique à condition de s'engager à demander sans délai un DMG après leur sortie de l'hôpital.

Les mesures préventives minimales obligatoires visées à l'article 5, § 2, ne sont pas comprises dans les prestations susmentionnées et peuvent dès lors, en vertu de la nomenclature des prestations de santé, être portées en compte au bénéficiaire et à son organisme assureur, moyennant le respect de toutes les conditions de la nomenclature.

§ 2. Un mois de prestation effective doit être compté à partir du jour x d'un mois civil jusques et y compris le jour x - 1 du mois civil suivant.

Les montants fixés à l'article 15 peuvent seulement être payés à l'établissement pour un mois déterminé de prestation effective si ce mois se situe dans la période pour laquelle le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire a autorisé un programme individuel.

Dans le cas où l'autogestion ou l'autosurveillance est arrêté ou interrompu au cours d'un mois de prestation défini ci-dessus (à partir du jour x d'un mois civil jusques et y compris le jour x - 1 du mois civil suivant), le montant fixé à l'article 15 peut encore être remboursé pour ce mois dans le cas où le mois de prestation a été entamé depuis au moins 15 jours (règle des 15 jours).

Si un bénéficiaire ambulatoire, qui suit déjà dans le cadre de cette convention, un programme d'autogestion ou d'autosurveillance, subit une hospitalisation intercurrente pendant une période de maximum 1 mois (en ce compris le jour de l'admission, le jour de la sortie de l'hôpital, et éventuellement les jours fériés pendant son hospitalisation), le montant fixé à l'article 15 reste dû pendant la période d'hospitalisation.

Si un bénéficiaire ambulatoire, qui suit déjà dans le cadre de cette convention, un programme d'autogestion ou d'autosurveillance, subit une hospitalisation intercurrente pendant une période de plus de un mois, l'intervention de l'assurance dans l'autogestion ou dans l'autosurveillance est interrompue à partir de la date de l'hospitalisation. Dans ce cas, il y a lieu d'appliquer la règle des 15 jours spécifiée ci-dessus au nombre de jours précédant l'hospitalisation ; de plus, les mois suivants de prestation effective doivent être comptés à partir du jour suivant la sortie d'hôpital du bénéficiaire.

Afin d'examiner si la période d'hospitalisation présumée de maximum 1 mois n'est pas dépassée, le principe suivant est d'application : la durée de la période d'hospitalisation maximale de un mois est dépassée si l'hospitalisation dure plus longtemps que la période allant du jour x (date de l'hospitalisation) d'un mois civil jusque et y compris le jour x - 1 du mois civil suivant.

En cas de changement de programme consécutif à son renforcement ou à un défaut d'observance thérapeutique du bénéficiaire, la prestation faisant partie du nouveau programme est prise en charge par l'assurance à partir du jour x du premier mois qui suit.

§ 3. Le programme de connexion unique auquel renvoie l'article 4, ainsi que le § 1^{er} du présent article, doit être compté du jour x (= la date à laquelle, conformément aux dispositions de l'article 4 § 1, 2^{ième} alinéa, l'éducation à l'autogestion ou à l'autosurveillance a débuté pendant la période d'hospitalisation ou la date de sortie de l'hôpital) d'un mois civil jusque et y compris le jour x - 1 du troisième mois civil suivant. Pendant cette période, le bénéficiaire du programme de connexion ne peut jamais entamer un autre programme de rééducation fonctionnelle remboursé par la présente convention.

L'intervention de l'assurance fixée à l'article 15 pour ce programme de connexion unique n'est due que si pendant la période de 3 mois sur laquelle porte ce programme, le bénéficiaire a, pendant 45 jours minimum, bénéficié effectivement du programme de rééducation fonctionnelle prévu aux articles 4, 5 et 6 pour les patients du groupe 3 A.

§ 4. Afin d'encourager la collaboration avec les cliniques curatives du pied diabétique de troisième ligne conventionnées et de parvenir à un traitement de qualité des patients diabétiques souffrant de plaies graves du pied, l'établissement peut – *outré les prestations susvisées qui rémunèrent les activités de rééducation fonctionnelle effectives dans le cadre de la présente convention* – encore porter en compte une indemnité de renvoi lorsqu'il renvoie un bénéficiaire diabétique souffrant d'une plaie grave du pied vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne conventionnée. Cette indemnité de renvoi ne peut être portée en compte pour un patient que si les conditions suivantes sont remplies :

- un médecin de l'établissement a vérifié que ce patient est effectivement disposé à faire appel à la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne conventionnée vers laquelle il est renvoyé pour son problème de pied ;
- le renvoi s'effectue après concertation entre un médecin de l'établissement (comme stipulé à l'article 8, § 1^{er}) et un médecin de la clinique du pied afin de vérifier si le patient entre en ligne de compte pour un traitement dans la clinique curative du pied diabétique de troisième ligne conventionnée et peut effectivement y être traité ;
- le renvoi s'effectue au moyen d'un rapport écrit établi par le médecin de l'établissement, ainsi qu'avec le podologue qui (conformément aux dispositions de l'article 9 de la présente convention) est associé en tant que consultant au fonctionnement de l'établissement. Une copie de ce rapport médical doit être ajoutée au dossier d'éducation individuel visé à l'article 9.
- par patient, l'établissement ne peut attester qu'une seule fois une indemnité de renvoi. Pour un même patient, une indemnité de renvoi ne peut donc jamais être à nouveau attestée, pas même l'année suivante.

Si l'établissement fait partie d'un établissement infirmier qui dispose lui-même d'une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne conventionnée, il ne peut jamais attester d'indemnité de renvoi pour ses patients.

Article 15. § 1^{er}. Les prix et honoraires des prestations telles que visées à l'article 14 de la présente convention sont, par prestation effectuée dans le cadre d'un programme pour les patients des groupes 1A ou 1B, fixés à 113,89 EUR, dont 43,08 EUR indexables et 70,81 EUR non indexables.

§ 2. Les prix et honoraires des prestations telles que visées à l'article 14 de la présente convention sont, par prestation effectuée dans le cadre d'un programme pour les patients du groupe 2, fixés à 65,30 EUR, dont 32,97 EUR indexables et 32,33 EUR non indexables.

§ 3. Les prix et honoraires des prestations telles que visées à l'article 14 de la présente convention sont, par prestation effectuée dans le cadre d'un programme pour les patients des groupes 3 A (*à l'exception des patients pour qui le forfait de connexion est dû*) et 3 B, fixés à 26,17 EUR, dont 12,23 EUR indexables et 13,94 EUR non indexables.

§ 4. Les prix et honoraires du programme de connexion unique visé à l'article 14, § 3, de la présente convention correspondent toujours au triple du prix mentionné au § 3 pour les patients des groupes 3A et 3B.

§ 5. les prix et honoraires de l'indemnité de renvoi visée à l'article 14, §4, sont fixés à 36,24 EUR. Ce montant est complètement indexable.

§6. La partie indexable des prix et honoraires fixés aux §§ 1^{er}, 2, et 3, est liée à l'indice pivot 108,34 (mai 2008 – base 2004) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 7. L'établissement s'engage à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés à l'article 15.

§ 8. Les prix fixés dans le présent article ne comprennent toutefois pas les prestations des médecins prévues dans la nomenclature des prestations de santé, ni les traitements individuels dispensés par un psychologue ou un podologue, qu'ils fassent partie ou non de l'équipe de diabétologie.

§ 9. La composition précise des prix mentionnés dans le présent article se trouve dans les annexes à la présente convention.

§ 10. Un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans peut éventuellement être suivi à la fois par l'établissement et par un service hospitalier conventionné spécialisé pour enfants et adolescents diabétiques, à condition que tous les intéressés (à savoir le bénéficiaire et/ou son représentant légal, l'établissement et le service hospitalier spécialisé pour enfants et adolescents diabétiques) estiment cette formule indiquée et marquent leur accord et que l'accompagnement se fasse sous la responsabilité finale du pédiatre du service hospitalier conventionné spécialisé pour enfants et adolescents diabétiques.

Dans ce cas, d'une part, l'établissement de rééducation fonctionnelle spécialisé pour enfants et adolescents diabétiques offrira au bénéficiaire un programme de rééducation fonctionnelle qui répond aux conditions de la convention conclue avec l'établissement de rééducation fonctionnelle et mettra notamment tout le matériel nécessaire à la disposition du bénéficiaire, et d'autre part, l'établissement avec lequel la présente convention a été conclue assumera une partie du traitement et de l'accompagnement.

Si ces conditions sont remplies, l'établissement de rééducation fonctionnelle spécialisé pour enfants et adolescents diabétiques versera – en vertu des dispositions de la convention qu'il a conclue avec l'INAMI – par forfait mensuel qu'il peut porter en compte dans le cadre de sa convention avec l'INAMI, un montant de 42,62 EUR à l'établissement avec lequel la présente convention a été conclue. Les montants dus seront versés au moins une fois par an. Le montant de 42,62 EUR cité est entièrement indexable et est indexé chaque année le 1^{er} janvier conformément aux modalités inscrites à ce sujet dans la convention conclue avec les services hospitaliers spécialisés pour enfants et adolescents diabétiques.

L'établissement avec lequel la présente convention a été conclue n'est pas tenu d'introduire pour ce bénéficiaire de demande individuelle de prise en charge (comme visée aux articles 11 et 12 de la présente convention). L'autorisation du médecin-conseil n'est donc pas requise pour le suivi des enfants et adolescents diabétiques par un établissement de rééducation spécialisé pour ces patients, en collaboration avec l'établissement ayant conclu la présente convention. Toutefois, l'établissement de rééducation spécialisé pour enfants et adolescents diabétiques introduira pour ces patients une demande de prise en charge de la rééducation, et ce dans le cadre de sa propre convention.

Article 16. Le montant de l'intervention de l'assurance est facturé par l'établissement à l'organisme assureur du bénéficiaire sur la base de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie (facturation électronique obligatoire sur support magnétique). Au moins une fois par année civile, le bénéficiaire reçoit sur papier un récapitulatif de ce que l'établissement a porté en compte pour lui à l'organisme assureur.

Chaque mois remboursable de prestation effective ne peut être porté en compte qu'à son expiration, de façon à ce que la facturation puisse entre autres tenir compte d'hospitalisations intermédiaires.

Les prix et honoraires qui peuvent être portés en compte pour un mois remboursable de prestation effective sont les prix et honoraires en application à la date finale de ce mois de prestation effective.

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Article 17. § 1^{er}. Chaque établissement participe à une initiative, approuvée par le Conseil d'accord, de collecte de données à des fins épidémiologiques et de promotion de la qualité.

§ 2. L'initiative visée au § 1^{er} à laquelle participe l'établissement répond aux conditions suivantes :

- elle est financée partiellement par les prix et honoraires fixés dans l'article 15 à raison de 0,25 EUR par forfait mensuel ;
- tout apport financier extérieur, en particulier celui d'entreprises actives sur le plan du diagnostic et du traitement du diabète ou de fondations créées par lesdites entreprises doit être rendu public ;
- le président du Collège des médecins-directeurs est membre de l'organe de gestion, dont aucun membre n'est rémunéré. Aucun mandat de l'organe de gestion ne peut être assuré par des personnes directement ou indirectement liées aux entreprises ou aux fondations visées ci-dessus ;
- les résultats globaux de la collecte de données sont transmis périodiquement pour information et avis au Conseil d'accord défini plus loin et au Comité de l'assurance du Service des soins de santé ;
- afin de promouvoir la qualité des programmes de rééducation fonctionnelle, chaque établissement conventionné se verra offrir la possibilité de comparer son propre profil et ses propres résultats avec les résultats anonymisés des autres établissements conventionnés (*benchmarking*).

Article 18. L'établissement fournit au Collège des médecins-directeurs toutes les données utiles à la gestion de la convention type de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion du diabète et plus précisément :

- la liste avec noms et qualifications des membres de l'équipe, avec mention de la durée de leur activité spécifique, exprimée en ETP, dans le cadre de la convention de l'autogestion du diabète. Ces données doivent pouvoir être objectivées en détail pour chaque membre de l'équipe au moyen des carnets de rendez-vous, de journaux de bord ... ;

- les noms et adresses des sites hospitaliers où sont offertes les activités de rééducation fonctionnelle prévues par la présente convention, avec mention des jours (matinées / après-midis) de la semaine pendant lesquels une consultation multidisciplinaire comme définie à l'article 9 est organisée sur chaque site hospitalier.

Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer et modifier des modèles suivant lesquels les données susvisées doivent être transmises.

Les données visées doivent en tout cas être transmises au Service des soins de santé avant la fin du mois de juin qui suit chaque année civile.

Article 19. L'établissement s'engage à autoriser tous les délégués du Service des soins de santé de l'INAMI, du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites utiles en ce qui concerne le contrôle de l'exécution de la présente convention.

CONSEIL D'ACCORD

Article 20. § 1^{er}. Le médecin responsable de l'établissement ou un endocrino-diabétologue désigné par lui est membre du Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète.

§ 2. Le Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète est un organe fonctionnel composé, d'une part, des membres du Collège des médecins-directeurs et, d'autre part, d'un nombre (du même ordre de grandeur) de représentants des médecins visés au § 1^{er}. Le Conseil d'accord est présidé par le président du Collège des médecins-directeurs.

§ 3. Chaque médecin responsable d'un établissement désigne son représentant au Conseil d'accord. Un représentant peut être soit un responsable d'un établissement conventionné, soit un autre endocrino-diabétologue travaillant dans un établissement conventionné. En définitive, les représentants effectifs sont ceux qui ont été désignés le plus fréquemment.

Les services hospitaliers conventionnés spécialisés pour enfants et adolescents diabétiques peuvent déléguer ensemble trois représentants au Conseil d'accord.

Les associations représentatives du diabète (associations de patients) actives en Belgique peuvent déléguer chacune un endocrino-diabétologue travaillant dans un établissement conventionné au Conseil d'accord, ainsi qu'un médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement des maladies du pied diabétique et travaillant dans une clinique du pied diabétique conventionnée. Parmi les représentants de ces cliniques du pied diabétique, un médecin doit appartenir à une discipline chirurgicale et l'autre à une discipline non chirurgicale.

§ 4. Le Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète a, aux termes de la présente convention, pour mission de contribuer au contrôle de la qualité, aussi bien au niveau du patient individuel et des établissements conventionnés qu'en ce qui concerne le système même d'intervention dans les frais d'autogestion du diabète, dans le strict respect, évidemment, de la vie privée à tous les niveaux.

En outre, le Conseil d'accord a une tâche en ce qui concerne l'analyse de l'évolution des effectifs de bénéficiaires de la convention type de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion du diabète.

Le Conseil d'accord a pour mission particulière d'analyser la part (et le mécanisme de fonctionnement de celle-ci) des différentes composantes des programmes de rééducation visant la normoglycémie, dans le but de donner à tout moment au Comité de l'assurance des avis sur l'élaboration de formules alternatives éventuelles, dans les limites de la définition de l'autogestion du diabète telle que donnée à l'article 3.

§ 5. Le Conseil d'accord en matière d'autogestion du diabète est convoqué sur décision motivée du président. Le président convoque en tout cas le Conseil d'accord à la demande du Comité de l'assurance.

OBLIGATIONS ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 21. L'établissement tient un registre dans lequel sont inscrites, par bénéficiaire, les données relatives à la mise à disposition du matériel avec des indications précises sur la nature et la quantité du matériel fourni. Le registre doit également montrer de quel groupe de patients visé à l'article 4 le bénéficiaire fait partie et pour quels mois (*à partir de quelle date du mois jusqu'au jour $x - 1$ du mois qui suit ou, concernant le forfait de connexion, jusqu'au jour $x - 1$ du troisième mois qui suit*) quel forfait remboursable peut être porté en compte, compte tenu d'éventuelles périodes d'hospitalisation intermédiaires. Ce registre est donc un document fondamental pour la facturation visée à l'article 16.

Sur la base des données du registre mentionné à l'alinéa précédent, l'établissement de rééducation fonctionnelle établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations effectuées, par type, multiplié par leurs prix respectifs). Avant la fin du mois suivant la fin de chaque trimestre, il transmet les chiffres de production relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique que le Service des soins de santé a fait parvenir à cet effet. Chaque prestation effectuée ne peut figurer qu'une seule fois dans les chiffres de production. Les prestations dont il apparaît d'avance qu'elles ne sont pas remboursables (p.ex. parce qu'elles ne répondent pas aux conditions de la présente convention ou parce que le bénéficiaire est assuré en dehors du cadre de l'assurance obligatoire soins de santé) ne doivent pas figurer dans les chiffres de production.

L'établissement s'engage à présenter, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, tous les documents nécessaires à l'appui des chiffres de production communiqués. La communication volontaire de chiffres de production erronés entraînera une suspension de paiement par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

Si les chiffres de production ne sont pas envoyés avant la fin du deuxième mois qui suit la fin d'un trimestre, l'établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production n'ont toujours pas été communiqués 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans les liens de la convention entre l'INAMI et l'établissement) sont suspendus d'office tant qu'il n'est pas satisfait à cet engagement.

Article 22. L'établissement hospitalier avec lequel la présente convention est conclue, tient la comptabilité des prestations visées dans l'actuelle convention, qui se compose, d'une part, des factures d'achat du matériel visé à l'article 6 (qui doivent être regroupées clairement dans la comptabilité) et des frais salariaux spécifiques de l'équipe de diabétologie multidisciplinaire définie à l'article 8 (coûts salariaux limités à la charge salariale de leurs activités dans le cadre de la convention) et, d'autre part, des factures adressées aux organismes assureurs (qui doivent aussi être regroupées clairement dans la comptabilité). Le cas échéant, les diminutions de prix ou les ristournes que les firmes chez lesquels l'établissement a acheté le matériel nécessaire pour l'autogestion et l'autosurveillance, ont accordées à l'établissement hospitalier et qui sont liées à l'achat de ce matériel, doivent également être repris dans cette comptabilité. Il s'agit tant des diminutions de prix et des ristournes directes liées à l'achat du matériel nécessaire pour l'autogestion et l'autosurveillance, que des diminutions de prix qui ont été accordées à l'établissement hospitalier relatives à l'achat d'autre matériel, appareils auxiliaires ou produits (pharmaceutiques) chez ces firmes et liées à la quantité du matériel nécessaire pour l'autogestion et l'autosurveillance achetée par l'établissement.

A la demande explicite du Service des soins de santé, un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention doit être transmis au Service des soins de santé suivant le modèle établi par celui-ci.

DISPOSITIONS SPÉCIALES

Article 23. La personne morale (pouvoir organisateur) avec laquelle a été conclue la présente convention et qui gère l'établissement hospitalier dont fait partie l'établissement s'engage à veiller à ce que les fonds provenant de cette convention ainsi que, le cas échéant, les diminutions de prix ou ristournes visées à l'article 22 et liées à l'achat du matériel nécessaire pour l'autogestion et l'autosurveillance, ne puissent être utilisés que pour son fonctionnement dans le cadre de la convention. L'affectation de ces moyens pour d'autres buts constitue un motif pour la dénonciation de la présente convention.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 24. L'établissement s'engage à rémunérer les membres de l'équipe de diabétologie au moins selon les mêmes échelles salariales que celles du personnel de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie.

Le coût de l'occupation du cadre du personnel paramédical requis en vertu de l'article 8 de la présente convention est supposé être supporté entièrement par l'établissement sur la base des ressources que l'établissement peut puiser dans la présente convention. Les fonctions prévues dans le cadre du personnel paramédical requis ne peuvent donc jamais être remplies (concernant l'horaire de travail prévu pour le cadre du personnel requis) par des membres du personnel qui occuperaient ces fonctions dans le cadre d'un régime financier sur la base duquel d'autres organismes (publics) interviennent entièrement ou partiellement, directement ou indirectement dans la charge salariale.

Si des membres de l'équipe sont dispensés de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense de prestations de travail doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail des autres membres de l'équipe, compte tenu des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement par l'INAMI de cette occupation compensatoire tombe hors du cadre de la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 25. § 1. Des accords individuels en cours pour la prise en charge de la rééducation fonctionnelle qui concernent une période comprise entièrement ou en partie dans le délai d'application de la présente convention, mais qui ont été octroyés dans le cadre de la convention précédente en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré conclue avec l'établissement (convention remplacée à partir du 1^{er} juillet 2008 par la présente convention), restent valables dans le cadre de la présente convention, jusqu'à la date de fin normale de ces accords.

Pour tous les patients du groupe 1 pour lesquels pareil accord est en cours, l'établissement doit vérifier lui-même si, à partir du 1^{er} octobre 2008 - ils font partie du groupe 1A ou 1B et (pour les prestations réalisées à partir du 1^{er} octobre 2008) en tenir compte dans sa facturation aux organismes assureurs, en mentionnant le pseudo-code correct sur les factures (soit le pseudo-code du groupe 1 A, soit le pseudo-code du groupe 1 B).

§ 2. Des demandes individuelles de prise en charge de la rééducation fonctionnelle qui ont été formulées avant le 1^{er} juillet 2008 sont traitées sur la base des critères de la convention qui était en application avant le 1^{er} juillet 2008.

§ 3. A partir de la date d'entrée en vigueur de la présente convention (1^{er} juillet 2008), l'établissement a, en guise de mesure transitoire, 6 mois de temps, à savoir jusqu'au 31 décembre 2008, pour remplir les dispositions de la présente convention relatives au nombre exigé de membres de l'équipe de chaque discipline. Etant donné que l'établissement, dans le cadre de la convention qui était d'application jusqu'au 30 juin 2008, devait déjà disposer de tous ces membres de l'équipe de ces disciplines, toutes les disciplines exigées (et aussi les consultants exigés) doivent cependant être déjà présents durant la période du 1^{er} juillet 2008 au 31 décembre 2008, mais pas nécessairement en ce qui concerne le nombre exigé que cette convention prévoit.

§ 4. Etant donné que la nouvelle convention pompe à insuline n'entre en vigueur qu'à partir de la date du 1^{er} août 2008, les patients traités à l'aide d'une pompe à insuline qui sont suivis dans le cadre de la présente convention (cf. dispositions de l'article 4) ne peuvent être pris en charge pour leur autogestion dans le cadre de la présente convention qu'à partir du 1^{er} août 2008.

§ 5. La disposition mentionnée à l'article 5 § 2 de la présente convention concernant les contacts annuels obligatoires avec certains membres de l'équipe n'est d'application qu'à partir du 1^{er} octobre 2008, et ce pour chaque bénéficiaire pour lequel le médecin-conseil (dans le cadre de la procédure visée à l'article 13 de la présente convention) accepte (à partir de cette date) la (prolongation de la) prise en charge de la rééducation.

§ 6. L'exigence relative à l'organisation des consultations sous forme de consultations multidisciplinaires, pour les patients visés par la convention (cf. article 9, 2^{ème} point de la présente convention), n'est d'application qu'à partir du 1^{er} octobre 2008.

§ 7. Les conditions de l'article 10 § 2 relatives à l'application de la présente convention sur plusieurs sites hospitaliers ne sont d'application qu'à partir de la date du 1^{er} octobre 2008.

§ 8. Les anciens formulaires de demande de prise en charge du programme de rééducation peuvent être utilisés jusqu'au 30 septembre 2008 (cette date correspond à la date de réception de la demande auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur concerné). L'utilisation des nouveaux formulaires (annexés à la présente convention) est toutefois souhaitée dès que l'établissement les a en sa possession.

§ 9. En dérogation des dispositions de l'article 16, 1^{er} alinéa, jusqu'au 1^{er} octobre 2008, l'établissement n'est pas obligé de facturer aux organismes assureurs, sur la base de la bande magnétique de l'hôpital, les prestations remboursables dans le cadre de la présente convention. Le cas échéant, jusqu'au 1^{er} octobre 2008, l'hôpital peut donc continuer à facturer ces prestations au moyen des anciens modèles de facture.

§ 10. Le principe selon lequel les prix et honoraires qui peuvent être portés en compte sont les prix et honoraires qui étaient d'application à la date finale du mois de prestation effective (cf. article 16, 3^{ième} alinéa de la présente convention) n'est d'application que pour les prestations remboursables dont la date de début se situe au plus tôt le 1^{er} octobre 2008.

PROCÉDURE DE VALIDITÉ DE LA PRÉSENTE CONVENTION

Article 26. § 1^{er}. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, prend effet le 1^{er} juillet 2008.

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2009 inclus. Toutefois, elle peut toujours être dénoncée avant cette date par une des deux parties, quel que soit le motif (donc également pour des motifs qui ne sont pas mentionnés explicitement dans le texte de la convention), par une lettre recommandée à la poste qui est adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

§ 3. Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci mais ne changent rien à ses dispositions proprement dites. Il s'agit des annexes suivantes :

- Annexe 1 : formulaires pour l'introduction des demandes individuelles de prise en charge de la rééducation fonctionnelle (demande du patient et prescription médicale, cf. dispositions des articles 11 et 12 de la présente convention)
 - Formulaire de demande et prescription médicale pour les patients des groupes 1 A, 1 B, 2 et 3 B ;
 - Formulaire de demande et prescription médicale pour les patients du groupe 3 A disposant d'un DMG ;
 - Formulaire de demande et prescription médicale pour les patients des groupes 3 A ne disposant pas d'un DMG (formulaire de demande spécifique au forfait de connexion).
- Annexe 2 : calcul des prix des forfaits d'autogestion et d'autosurveillance.
- Annexe 3 : application de la norme de personnel à divers effectifs de patients.

Pour ##### dont dépend le service de diabéto-
logie de la #####,

(Date + signature)

Le Mandataire du pouvoir organisateur,

Le Médecin en chef,

Pour le Comité de l'assurance
soins de santé,

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL
DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COÛT DE PRESTATIONS
DE REEDUCATION D'AUTOSURVEILLANCE/AUTOGESTION DIABETIQUE ¹**

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE 1a, 1b, 2 et 3b DE LA CONVENTION

vignette délivrée par l'organisme assureur

Je soussigné(e)

.....(nom et prénom).

- demande une intervention pour les prestations effectuées dans le cadre du programme indiqué ci-dessous qui lui a été prescrit et expliqué et qu'il/elle s'engage à suivre.
- a moins de 16 ans et ne souhaite pas recourir à un service hospitalier spécialisé dans le traitement des enfants et adolescents diabétiques pour les raisons suivantes :

.....

Date de la demande :/../..

Signature du bénéficiaire :

(si un mandataire remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE

Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.88. Nom et adresse :

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

Pour le bénéficiaire susmentionné un programme de rééducation à l'autosurveillance/autogestion diabétique est prescrit du/../.. au/../.. inclus.

III/Elle appartient au groupe cible de la convention de rééducation conclue pour le présent service de diabétologie :

Groupe 1 a : pseudo code de la nomenclature : **770033**
patients recevant 3 administrations d'insuline ou plus par nycthémère et faisant 4 mesures de glycémie par jour avec un minimum de 160 mesures de glycémie par mois et qui :

- 1.a 1 souffrent de diabète instable de type 1;
- 1.a 2 s'injectent des analogues d'insuline à action rapide;
- 1.a 3 s'administrent de l'insuline au moyen d'une pompe à insuline sous-cutanée ou intrapéritonéale;
- 1.a 4 sont des femmes diabétiques enceintes ;
- 1.a 5 sont des femmes diabétiques qui souhaitent une grossesse au plus vite (pendant 1 an au maximum, sauf dérogations motivées) ;
- 1.a 6 sont des patients sujets à l'hypoglycemia unawareness ;
- 1.a 7 sont des patients travaillant dans les transports (chauffeur de poids lourd, chauffeur de taxi, etc.) ou dans une autre profession à risque.

Groupe 1 b : pseudo code de la nomenclature : **770055**
patients faisant 4 mesures de glycémie par jour avec un minimum de 120 mesures de glycémie par mois et qui :

- 1.b 1 reçoivent 3 administrations d'insuline ou plus par nycthémère ;
- 1.b 2 sont des diabétiques aveugles traités à l'insuline;
- 1.b 3 sont des femmes diabétiques désirant avoir un enfant, traitées à raison de 2 administrations d'insuline par nycthémère (programme de maximum 1 an, sauf dérogations motivées) ;
- 1.b 4 sont des femmes diabétiques enceintes traitées à raison de 2 administrations d'insuline par nycthémère;
- 1.b 5 sont des femmes présentant un diabète gestationnel traitées à raison de 2 administrations d'insuline par nycthémère;
- 1.b 6 sont des enfants et des adolescents diabétiques (jusqu'à l'âge de 18 ans, y compris le mois de prestation pendant lequel ils atteignent l'âge de 18 ans) même s'ils effectuent moins de 120 mesures de glycémie par mois;
- 1.b 7 sont des patients en dialyse rénale traités par insuline qui doivent faire 4 mesures de glycémie par jour;
- 1.b 8 sont des diabétiques traités à l'insuline qui ont subi une transplantation rénale;

¹ Formulaire à employer à partir du 1^{er} juillet 2008

- Groupe 2 :** pseudo code de la nomenclature : 773253 2.
 patients qui gèrent eux-mêmes leur diabète en fonction des valeurs de glycémie qu'ils ont mesurées eux-mêmes et qui, à cet effet, font un minimum de 60 mesures de glycémie par mois et qui :
- o 2.1. reçoivent 3 administrations d'insuline ou plus par nycthémère ;
 - o 2.2. sont des diabétiques après une transplantation du pancréas ou de cellules pancréatiques β;
 - o 2.3. sont des femmes souffrant de diabète gestationnel traitées avec 1 administration d'insuline par nycthémère;
 - o 2.4. sont des patients en dialyse rénale traités par insuline.

- Groupe 3 b :** pseudo code de la nomenclature : 771595
 patients qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler leurs glycémies, en détecter à temps les dérèglements et les prendre en charge eux-mêmes et effectuent à cet effet, 30 mesures de glycémie par mois et qui :
- o 3.b. 1. sont diabétiques de type 1, qui reçoivent 2 administrations d'insuline ou plus par nycthémère, et qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler leur diabète, en détecter à temps les dérèglements et les prendre en charge eux-mêmes;
 - o 3.b. 2. sont des diabétiques après une transplantation;
 - o 3.b. 3. sont des patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose);
 - o 3.b. 4. sont des diabètes gestationnels;
 - o 3.b. 5. sont des patients en dialyse rénale traités par insuline ;
 - o 3.b. 6. sont des patients présentant une nésioblastose.

- Il s'agit d'une
- o première prescription d'autosurveillance/autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné
 - o prolongation d'autosurveillance/autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné
 - o prolongation avec changement de programme de rééducation
- Ce bénéficiaire a effectué en moyenne durant la période écoulée d'autosurveillance/autogestion diabétique .. automesures de glycémie par mois.

Dernière mesure de l'HbA1c effectuée

Date : .. / .. / .. Valeur mesurée : .. (valeurs normales de référence -)

Nom, signature et date du médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée:

Noms des autres médecins impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

- p médecins-spécialistes :
- p généraliste :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande : .. / .. / ..

Décision du médecin-conseil :

- p favorable du .. / .. / .. au .. / .. / ..
- p défavorable parce que
- p autre

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL
DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COÛT DE PRESTATIONS
DE REEDUCATION D'AUTOSURVEILLANCE DIABETIQUE ¹**

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE 3a DE LA CONVENTION AYANT UN DMG

vignette délivrée par l'organisme assureur

Je soussigné(e)

.....(nom et prénom).

demande une intervention pour les prestations effectuées dans le cadre du programme indiqué ci-dessous qui lui a été prescrit et expliqué et qu'il/elle s'engage à suivre.

déclare :

- disposer d'un dossier médical global chez son médecin traitant Docteur

.....
(nom et adresse du médecin traitant)

- avoir un passeport du diabète
- ne pas avoir un passeport du diabète et d'en demander un à l'aide de ce formulaire

et en cas de demande de prolongation :

- avoir consulté son médecin généraliste au moins 2 fois au cours des 12 derniers mois dans le cadre du traitement de son diabète.

Date de la demande :/../..

Signature du bénéficiaire :

(si un mandataire remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE

Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86.

Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

Pour le bénéficiaire susmentionné un programme de rééducation à l'autosurveillance diabétique est prescrit du/../.. au/../.. inclus.

¹ Formulaire à employer à partir du 1^{er} juillet 2008

II/Elle appartient au groupe 3a avec pseudo code de la nomenclature 771 573, de la convention de rééducation conclue pour le présent service de diabétologie : des patients diabétiques de type 2 recevant 2 administrations d'insuline ou plus par nyctémère qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler leur diabète, en détecter à temps les dérèglements et les prendre en charge eux-mêmes et effectuent à cet effet 30 mesures de glycémie par mois .

- Il s'agit d'une
- o première prescription d'autosurveillance diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné
 - o prolongation d'autosurveillance diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

Ce bénéficiaire a effectué en moyenne durant la période écoulée d'autosurveillance diabétique 30 automesures de glycémie par mois.

Dernière mesure de l'HbA1c effectuée

Date : ... / ... / ... Valeur mesurée : ... (valeurs normales de référence - -)

Nom, signature et date du médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée:

Noms des autres médecins impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

p médecins-spécialistes :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande : ... / ... / ...

Décision du médecin-conseil :

p favorable du ... / ... / ... au ... / ... / ...

p défavorable parce que

p autre

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

**DEMANDE AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR
D'INTERVENTION DANS LE COÛT DE PRESTATIONS
DE REEDUCATION D'AUTOSURVEILLANCE DIABETIQUE ¹**

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE 3a DE LA CONVENTION, QUI N'A PAS ENCORE DE DMG

vignette délivrée par l'organisme assureur

Par la présente, je sollicite une intervention dans le coût de l'autosurveillance de mon diabète, laquelle comprend la formation et l'accompagnement nécessaires à cet égard, les conseils diététiques utiles et le matériel d'autosurveillance (30 tigettes par mois, un appareil de mesure de la glycémie, 30 lancettes par mois et un porte-lancette).

Le traitement de mon diabète de type 2 se fera sous la coordination de mon médecin de famille, le Dr (nom),
..... (adresse), et l'équipe de diabète du présent centre.

À cette fin, je demande sans délai un dossier médical global à mon médecin de famille.

Je déclare

- (*) détenir un passeport du diabète.
- (*) demander par la présente un passeport du diabète.
- (*) Cocher la mention utile.

Date de la demande :/..../..

Signature du bénéficiaire :

(+ nom et prénom)

(si un mandataire remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE

Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86. Nom et adresse :

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :
.....

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme de connexion à l'autosurveillance diabétique est prescrit pour 3 mois du .. / .. / au .. / .. / inclus.

¹ Formulaire à employer à partir du 1^{er} juillet 2008

Le bénéficiaire susmentionné est mis sous 2 injections d'insuline par nycthémère au cours de l'hospitalisation du .. / .. / jusqu'au .. / .. / (*).

II/Elle appartient au groupe 3a de la convention de rééducation conclue pour le présent service de diabétologie : les patients diabétiques de type 2 recevant 2 administrations d'insuline ou plus par nycthémère qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler leur diabète, en détecter à temps les dérèglements et les prendre en charge eux-mêmes et effectuent à cet effet 30 mesures de glycémie par mois .

Nom, signature et date du médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée:

Noms des autres médecins impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

p médecins-spécialistes :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande : .. / .. /

Décision du médecin-conseil :

- p favorable pour la prestation 773 502 , liée à un programme de connexion
- p défavorable pour la prestation 773 502 , liée à un programme de connexion parce que
- p autre

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

(*) Si le bénéficiaire est encore hospitalisé à la date où la présente demande est introduite, la date de début de l'hospitalisation doit seulement être mentionnée.

Convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré

Calcul des prix des forfaits d'autogestion et d'autosurveillance

Prix coûtant du matériel (non indexable)

Type de matériel	Prix unitaire	Pour les différents groupes cibles de la convention :					
		Quantité de matériel nécessaire par mois et prix coûtant par mois					
		Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3	
		Nombre par mois	Prix coûtant par mois	Nombre par mois	Prix coûtant par mois	Nombre par mois	Prix coûtant par mois
Tigettes pour mesurer la glycémie	0,4452 EUR	155	69,0060 €	70	31,164 €	30	13,356 €
Lancettes	0,0583 EUR	31	1,8073 €	20	1,166 €	10	0,583 €
Porte-lancette	gratuit	- ¹	Gratuit	- ¹	gratuit	- ¹	gratuit
Glucomètre	gratuit	-	Gratuit	-	gratuit	-	gratuit
Prix coûtant total du matériel, par mois			70,8131 €		32,33 €		13,939 €

¹ L'établissement doit mettre gratuitement le porte-lancette et le glucomètre à la disposition des patients, qui normalement peuvent utiliser ce matériel plusieurs années.

Bien que la convention établisse une distinction entre le groupe 1A et le groupe 1B (*en fonction de la quantité de contrôles de glycémie que les patients réalisent*), le calcul du prix coûtant du matériel n'en tient pas compte. La distinction entre le groupe 1A et le groupe 1B prévue actuellement dans la convention permet surtout de vérifier le nombre de patients qui suivent une forme très intensive d'autogestion et qui réalisent des contrôles de glycémie très fréquents à cet effet. Il faudra peut-être en tenir compte lors d'une prochaine révision de la convention.

Prix coûtant de l'accompagnement dans le cadre de la convention (indexable)

Le calcul ci-après s'appuie sur les barèmes de la sous-commission paritaire 305.1 (hôpitaux privés), sauf pour le médecin spécialiste en endocrino-diabétologie de l'équipe, pour qui il est tenu compte du barème de médecin-conseil auprès d'un organisme assureur.

En ce qui concerne l'équipe éducative, il est tenu compte du fait qu'un des collaborateurs de l'équipe éducative peut intervenir en tant que coordinateur d'équipe et dès lors prétendre à un barème plus élevé. On part du principe que dans une équipe éducative composée de 4 collaborateurs, un de ces 4 collaborateurs peut assurer le rôle de coordinateur. La moyenne du coût salarial de l'équipe éducative peut être calculée sur la base de ces données.

Il n'est pas tenu compte de la dispense de prestations de travail dans le cadre de la problématique des fins de carrière. Un autre régime de financement est prévu à cet effet. Si certains membres de l'équipe devaient bénéficier d'une telle dispense de prestations de travail, celle-ci devrait être compensée par un recrutement supplémentaire (du même ordre de grandeur) de personnel.

Le tableau ci-après reproduit, pour chaque discipline, les montants de base appliqués dans la suite du calcul (*montants à l'indice pivot 108,34 – mai 2008 – base 2004*).

Discipline	Barème	Ancienneté	Coût salarial par année pour un temps-plein (prime d'attractivité 2008 incluse)	Coût salarial par heure de travail effective (= coût salarial par année, divisé par 1.634 heures de travail effectives)
Médecins spécialistes en endocrino-diabétologie (de l'équipe) ¹	Médecin-conseil (indemnité de coordination incluse)	15 ans	141.790,28 EUR	86,77 EUR
Collaborateurs équipe éducative (infirmier, diététicien)	1/55-1/61-1/77	18 ans	58.682,57 EUR	35,91 EUR
Coordinateur équipe éducative	1/80+supplément de fonction	18 ans	77.661,68 EUR	47,53 EUR
Moyenne pondérée équipe éducative	-	18 ans	63.427,35 EUR	38,8172 EUR
Personnel administratif	1/50	18 ans	44.540,07 EUR	27,26

¹ Les médecins spécialistes en endocrinologie de l'équipe pourront dégager des revenus de leurs prestations de la nomenclature ainsi que des moyens prévus en la matière dans la convention. Les moyens prévus par la convention en la matière n'ont dès lors pas de caractère normatif.

Le tableau suivant précise, pour chaque groupe de patients avec un prix différent, de quel cadre du personnel tient compte le calcul du forfait. Sont mentionnés successivement les éléments suivants :

- le cadre prévu pour 100 patients d'un groupe déterminé ;
- partant du cadre précité, par groupe de patients, le nombre d'heures de travail par patient et par an qui est inscrit dans les forfaits ;
- par groupe de patients, le prix coûtant du cadre prévu par patient et par année ;
- par groupe de patients, le prix coûtant du cadre prévu par patient et par mois.

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Cadre prévu pour 100 patients			
Endocrino-diabétologues de l'équipe ¹	0,1763 ETP pour 100 patients	0,1763 ETP pour 100 patients	0,0705 ETP pour 100 patients
Équipe éducative (infirmier, diététicien, coordinateur)	0,4927 ETP pour 100 patients	0,3189 ETP pour 100 patients	0,0804 ETP pour 100 patients
Personnel administratif	0,0667 ETP pour 100 patients	0,0667 ETP pour 100 patients	0,0667 ETP pour 100 patients
Nombre d'heures de travail par patient et par année inscrit dans les forfaits²			
Endocrino-diabétologues de l'équipe ³	1,4405 uur	1,4405 uur	0,5762 uur
Équipe éducative (infirmier, diététicien, coordinateur)	8,0507 uur	5,2104 uur	1,3141 uur
Personnel administratif	1,089333 uur	1,089333 uur	1,089333 uur
Prix coûtant du cadre prévu par patient et par année			
Endocrino-diabétologues de l'équipe ³	125 €	125 €	50 €
Équipe éducative (infirmier, diététicien, coordinateur)	312,5070 €	202,2521 €	51,0084 €
Personnel administratif	29,6934 €	29,6934 €	29,6934 €
Prix coûtant du cadre prévu par patient et par mois			
Endocrino-diabétologues de l'équipe ³	10,4166 €	10,4166 €	4,1667 €
Équipe éducative (infirmier, diététicien, coordinateur)	26,0422 €	16,8543 €	4,2507 €
Personnel administratif	2,4744 €	2,4744 €	2,4744 €
Prix coûtant total du cadre prévu par mois	38,9334 €	29,7455 €	10,8918 €

¹ Le cadre requis mentionné ici pour les médecins spécialistes en endocrino-diabétologie (de l'équipe) comprend également le temps de travail consacré aux consultations des patients faisant partie du groupe cible de la convention.

² Le nombre d'heures de travail mentionné comprend tant le temps de travail consacré directement au patient (également par téléphone) que le temps de travail consacré aux autres activités dans le cadre de la convention (coordination, concertation de l'équipe, rapport, composition de la brochure d'information, composition des paquets avec le matériel de contrôle pour chaque patient, etc.).

³ Pour les médecins spécialistes en endocrino-diabétologie de l'équipe, seule la moitié du temps de travail requis est inscrite dans le calcul du forfait. L'autre moitié du temps de travail est réputée pouvoir être financée par les consultations des patients faisant partie du groupe cible de la convention. Les moyens prévus dans la convention pour les endocrino-diabétologues de l'équipe n'ont pas de caractère normatif en la matière.

Intervention forfaitaire dans les frais de fonctionnement (locaux, frais d'administration, téléphone, etc.) (indexable)

À cette fin, il est prévu un remboursement mensuel de 10 % de la charge salariale comprise dans le prix du programme d'autogestion. Il s'agit donc des montants mensuels suivants :

- 3,8933 EUR pour le groupe 1
- 2,9745 EUR pour le groupe 2
- 1,0892 EUR pour le groupe 3

Intervention pour le contrôle de la qualité (indexable)

À cet effet, il est prévu un montant de 0,25 EUR par forfait mensuel.

Prix coûtant de l'autogestion et de l'autosurveillance par mois et par patient

	Groupe 1A	Groupe 2	Groupe 3
Prix coûtant du matériel	70,8131 EUR	32,33 EUR	13,939 EUR
Prix coûtant du personnel (accompagnement, administration)	38,9334 EUR	29,7455 EUR	10,8918 EUR
Intervention forfaitaire frais de fonctionnement	3,8933 EUR	2,9745 EUR	1,0892EUR
Intervention forfaitaire contrôle de la qualité	0,25 EUR	0,25 EUR	0,25 EUR
Prix coûtant total (forfait par mois) :	113,89 EUR	65,30 EUR	26,17 EUR
Partie indexable ¹	43,08 EUR	32,97 EUR	12,23 EUR
Partie non indexable	70,81 EUR	32,33 EUR	13,94 EUR

¹ La partie indexable est liée à l'indice pivot 108,34 (mai 2008 – base 2004)

Parce qu'il couvre une période de trois mois pour une partie des patients du groupe 3 A, le montant du forfait de connexion est toujours un triple du montant du groupe 3.

Par conséquent, le forfait de connexion se monte à 26,17 EUR X 3 = 78,51 EUR.

ANNEXE 3 : Convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré

Application de la norme de personnel aux divers effectifs de patients

Le présent document tend à préciser, à titre d'exemple, le cadre du personnel requis par la convention. En aucun cas, il ne remplace ni ne modifie les dispositions de la convention.

Aux termes de la convention, le cadre du personnel dont doit disposer un service hospitalier conventionné est fixé par le nombre de patients des groupes 1, 2 et 3 que suit ce service hospitalier. Le cadre du personnel dont doit disposer un service hospitalier (spécifiquement pour ses activités prévues par la convention) est le total du cadre requis sur la base du nombre de patients de chaque groupe distinct.

Les trois tableaux ci-dessous mentionnent, pour les trois séries de groupes distinctes le cadre du personnel requis, en fonction des variations dans les effectifs de patients. Le cadre du personnel requis est toujours mentionné en termes d'équivalents temps plein (ETP). Puisque chaque service hospitalier accompagne dans la pratique des patients des trois séries distinctes de groupes, il convient de totaliser le cadre requis sur la base d'une part du nombre de patients de chaque groupe.

Le cadre du personnel doit être adapté si, sur la base du nombre réel de patients des deux années civiles entières écoulées (patients accompagnés aux termes de la convention, leur nombre pouvant être déduit des chiffres de production de l'établissement), pour les trois groupes confondus, son élargissement à raison de 0,5 ETP endocrino-diabétologue et/ou à raison de 0,5 ETP cadre paramédical est requis.

Le cadre du personnel requis ne peut jamais être inférieur à :

- 0,5 ETP endocrino-diabétologue ;
- 0,5 ETP praticien de l'art infirmier (éducateur en diabétologie) ;
- 0,5 ETP diététicien.

Chacune de ces trois disciplines doit donc être présente à mi-temps dans le service hospitalier, afin d'accompagner des patients dans le cadre de la convention.

Norme du personnel pour le groupe 1 (groupes 1A et 1B)			Application de la norme du personnel en fonction du nombre de patients suivis du groupe 1 (total des groupes 1A et 1B)													
Fonction	Nombre d'ETP par 100 patients	Heures par patient par an ⁴	10 patients	25 patients	50 patients	75 patients	100 patients	200 patients	300 patients	400 patients	500 patients	600 patients	700 patients	800 patients	900 patients	1000 patients
Endocrino-diabétologue ¹	Min. 0,1763 ETP	2,8810	0,0176	0,0441	0,0882	0,1322	0,1763	0,3526	0,5290	0,7053	0,8816	1,0579	1,2342	1,4105	1, 5869	1,7632
Personnel éducatif (infirmier, diététicien) ²	Min. 0,4927 ETP	8,0507	0,0493	0,1232	0,2464	0,3695	0,4927	0,9854	1,4781	1,9708	2,4635	2,9562	3,4489	3,9416	4,4343	4,9270
Personnel administratif ³	Max. 0,0667 ETP	1,0893	0,0067	0,0167	0,0333	0,0500	0,0667	0,1333	0,2000	0,2667	0,3333	0,4000	0,4667	0,5333	0,6000	0,667
Total	Min. 0,7357 ETP	12,0211	0,0736	0,1839	0,3678	0,5518	0,7357	1,4714	2,2071	2,9427	3,6784	4,4141	5,1498	5,8855	6,6212	7,3568

¹ La moitié de 0,1763 ETP médecin spécialiste en endocrino-diabétologie prévu (par 100 patients) est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle. L'autre moitié est réputée pouvoir l'être par les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention.

² Le personnel éducatif comprend des praticiens de l'art infirmier et des diététiciens. Les deux disciplines doivent être représentées au moins à mi-temps dans l'équipe de diabétologie multidisciplinaire.

³ Au lieu du personnel administratif, on peut engager éventuellement du personnel éducatif supplémentaire. Lors de cette conversion, on peut tenir compte du fait que le coût salarial d'1 ETP personnel administratif, seul 0,75 ETP personnel éducatif peut être rémunéré. Si 1 ETP personnel administratif est converti en personnel éducatif supplémentaire, seul 0,75 ETP personnel éducatif supplémentaire doit être engagé.

⁴ Le nombre d'heures de travail mentionné comprend tant le temps de travail consacré directement au patient (également par téléphone) que le temps de travail consacré aux autres activités dans le cadre de la convention (coordination, concertation de l'équipe, rapport, composition de la brochure d'information, composition des paquets avec le matériel de contrôle pour chaque patient, etc.). Pour les endocrino-diabétologues, le temps consacré aux consultations est également compris.

Norme du personnel pour le groupe 2			Application de la norme du personnel en fonction du nombre de patients suivis du groupe 2													
Fonction	Nombre d'ETP par 100 patients	Heures par patient par an ⁴	10 patients	25 patients	50 patients	75 patients	100 patients	200 patients	300 patients	400 patients	500 patients	600 patients	700 patients	800 patients	900 patients	1000 patients
Endocrino-diabétologue ¹	Min. 0,1763 ETP	2,8810	0,0176	0,0441	0,0882	0,1322	0,1763	0,3526	0,5290	0,7253	0,8816	1,0579	1,2342	1,4105	1,5869	1,7632
Personnel éducatif (infirmier, diététicien) ²	Min. 0,3189 ETP	5,2104	0,0319	0,0797	0,1594	0,2392	0,3189	0,6377	0,9566	1,2755	1,5944	1,9132	2,2321	2,5510	2,8698	3,1887
Personnel administratif ³	Max. 0,0667 ETP	1,0893	0,0067	0,0167	0,0333	0,0500	0,0667	0,1333	0,2000	0,2667	0,3333	0,4000	0,4667	0,5333	0,6000	0,6667
Total	Min. 0,5619 ETP	9,1807	0,0562	0,1405	0,2809	0,4214	0,5619	1,1237	1,6856	2,2474	2,8093	3,3711	3,9330	4,4984	5,0567	5,6186

¹ La moitié de 0,1763 ETP médecin spécialiste en endocrino-diabétologie prévu (par 100 patients) est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle. L'autre moitié est réputée pouvoir l'être par les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention.

² Le personnel éducatif comprend des praticiens de l'art infirmier et des diététiciens. Les deux disciplines doivent être représentées au moins à mi-temps dans l'équipe de diabétologie multidisciplinaire.

³ Au lieu du personnel administratif, on peut engager éventuellement du personnel éducatif supplémentaire. Lors de cette conversion, on peut tenir compte du fait que le coût salarial d'1 ETP personnel administratif, seul 0,75 ETP personnel éducatif peut être rémunéré. Si 1 ETP personnel administratif est converti en personnel éducatif supplémentaire, seul 0,75 ETP personnel éducatif supplémentaire doit être engagé.

⁴ Le nombre d'heures de travail mentionné comprend tant le temps de travail consacré directement au patient (également par téléphone) que le temps de travail consacré aux autres activités dans le cadre de la convention (coordination, concertation de l'équipe, rapport, composition de la brochure d'information, composition des paquets avec le matériel de contrôle pour chaque patient, etc.). Pour les endocrino-diabétologues, le temps consacré aux consultations est également compris.

Norme du personnel pour le groupe 3 (groupes 3A et 3B)			Application de la norme du personnel en fonction du nombre de patients suivis du groupe 3 (groupes 3A et 3B)													
Fonction	Nombre d'ETP par 100 patients	Heures par patient par an ⁴	10 patients	25 patients	50 patients	75 patients	100 patients	200 patients	300 patients	400 patients	500 patients	600 patients	700 patients	800 patients	900 patients	1000 patients
Endocrino-diabétologue ¹	Min. 0,0705 VTE	1,1524	0,0071	0,0176	0,0353	0,0529	0,0705	0,1411	0,2116	0,2821	0,3526	0,4232	0,4937	0,5642	0,6347	0,7053
Personnel éducatif (infirmier, diététicien) ²	Min. 0,0804 VTE	1,3141	0,0080	0,0201	0,0402	0,0603	0,0804	0,1608	0,2413	0,3217	0,4021	0,4825	0,5629	0,6434	0,7238	0,8042
Personnel administratif ³	Max. 0,0667 VTE	1,0893	0,0067	0,0167	0,0333	0,0500	0,0667	0,1333	0,2000	0,2667	0,3333	0,4000	0,4667	0,5333	0,6000	0,6667
Total	Min. 0,2176 VTE	3,5558	0,0218	0,0544	0,1088	0,1632	0,2176	0,4352	0,6528	0,8705	1,0881	1,3057	1,5233	1,7409	1,9585	2,1761

¹ La moitié de 0,0705 ETP médecin spécialiste en endocrino-diabétologie prévu (par 100 patients) est financée par le forfait de rééducation fonctionnelle. L'autre moitié est réputée pouvoir l'être par les consultations des bénéficiaires faisant partie du groupe cible de la convention.

² Le personnel éducatif comprend des praticiens de l'art infirmier et des diététiciens. Les deux disciplines doivent être représentées au moins à mi-temps dans l'équipe de diabétologie multidisciplinaire.

³ Au lieu du personnel administratif, on peut engager éventuellement du personnel éducatif supplémentaire. Lors de cette conversion, on peut tenir compte du fait que le coût salarial d'1 ETP personnel administratif, seul 0,75 ETP personnel éducatif peut être rémunéré. Si 1 ETP personnel administratif est converti en personnel éducatif supplémentaire, seul 0,75 ETP personnel éducatif supplémentaire doit être engagé.

⁴ Le nombre d'heures de travail mentionné comprend tant le temps de travail consacré directement au patient (également par téléphone) que le temps de travail consacré aux autres activités dans le cadre de la convention (coordination, concertation de l'équipe, rapport, composition de la brochure d'information, composition des paquets avec le matériel de contrôle pour chaque patient, etc.). Pour les endocrino-diabétologues, le temps consacré aux consultations est également compris.

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL
DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COÛT DE PRESTATIONS
DE REEDUCATION D'AUTOSURVEILLANCE/AUTOGESTION DIABETIQUE ¹**

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE 1a, 1b, 2 et 3b DE LA CONVENTION

vignette délivrée par l'organisme assureur

Je soussigné(e)

.....(nom et prénom).

- demande une intervention pour les prestations effectuées dans le cadre du programme indiqué ci-dessous qui lui a été prescrit et expliqué et qu'il/elle s'engage à suivre.
- a moins de 16 ans et ne souhaite pas recourir à un service hospitalier spécialisé dans le traitement des enfants et adolescents diabétiques pour les raisons suivantes :

.....
.....

Date de la demande : / /

Signature du bénéficiaire :

(si un mandataire remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE

Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86. Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

Pour le bénéficiaire susmentionné un programme de rééducation à l'autosurveillance/autogestion diabétique est prescrit du .. / .. / au .. / .. / inclus.

Il/Elle appartient au **groupe cible** de la convention de rééducation conclue pour le présent service de diabétologie :

Groupe 1 a : **pseudo code de la nomenclature : 770033**

patients recevant 3 administrations d'insuline ou plus par nyctémère et faisant 4 mesures de glycémie par jour avec un **minimum de 160 mesures de glycémie** par mois et qui:

- 1.a 1 souffrent de diabète instable de type 1;
- 1.a 2 s'injectent des analogues d'insuline à action rapide;
- 1.a 3 s'administrent de l'insuline au moyen d'une pompe à insuline sous-cutanée ou intrapéritonéale;
- 1.a 4 sont des femmes diabétiques enceintes ;
- 1.a 5 sont des femmes diabétiques qui souhaitent une grossesse au plus vite (pendant 1 an au maximum, sauf dérogations motivées) ;
- 1.a 6 sont des patients sujets à l'hypoglycemia unawareness ;
- 1.a 7 sont des patients travaillant dans les transports (chauffeur de poids lourd, chauffeur de taxi, etc.) ou dans une autre profession à risque.

Groupe 1 b : **pseudo code de la nomenclature : 770055**

patients faisant 4 mesures de glycémie par jour avec un **minimum de 120 mesures de glycémie** par mois et qui :

- 1.b 1 reçoivent 3 administrations d'insuline ou plus par nyctémère ;
- 1.b 2 sont des diabétiques aveugles traités à l'insuline;
- 1.b 3 sont des femmes diabétiques désirant avoir un enfant, traitées à raison de 2 administrations d'insuline par nyctémère (programme de maximum 1 an, sauf dérogations motivées) ;
- 1.b 4 sont des femmes diabétiques enceintes traitées à raison de 2 administrations d'insuline par nyctémère;
- 1.b 5 sont des femmes présentant un diabète gestationnel traitées à raison de 2 administrations d'insuline par nyctémère;
- 1.b.6 sont des enfants et des adolescents diabétiques (jusqu'à l'âge de 18 ans, y compris le mois de prestation pendant lequel ils atteignent l'âge de 18 ans) même s'ils effectuent moins de 120 mesures de glycémie par mois;

- o 1.b 7 sont des patients en dialyse rénale traités par insuline qui doivent faire 4 mesures de glycémie par jour;
- o 1.b 8 sont des diabétiques traités à l'insuline qui ont subi une transplantation rénale;

Groupe 2 : **pseudo code de la nomenclature : 773253**
 patients qui gèrent eux-mêmes leur diabète en fonction des valeurs de glycémie qu'ils ont mesurées eux-mêmes et qui, à cet effet, font **un minimum de 60 mesures de glycémie par mois** et qui :

- o 2.1. reçoivent 3 administrations d'insuline ou plus par nycthémère ;
- o 2.2. sont des diabétiques après une transplantation du pancréas ou de cellules pancréatiques β;
- o 2.3. sont des femmes souffrant de diabète gestationnel traitées avec 1 administration d'insuline par nycthémère;
- o 2.4. sont des patients en dialyse rénale traités par insuline.

Groupe 3 b : **pseudo code de la nomenclature : 771595**
 patients qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler leurs glycémies, en détecter à temps les dérèglements et les prendre en charge eux-mêmes et effectuent à cet effet, **30 mesures de glycémie par mois** et qui :

- o **3.b. 1.** sont diabétiques de type1, qui reçoivent 2 administrations d'insuline ou plus par nycthémère, et qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler leur diabète, en détecter à temps les dérèglements et les prendre en charge eux-mêmes;
- o **3.b. 2.** sont des diabétiques après une transplantation;
- o **3.b. 3.** sont des patients présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose);
- o **3.b. 4** sont des diabètes gestationnels;
- o **3.b. 5.** sont des patients en dialyse rénale traités par insuline ;
- o **3.b. 6.** sont des patients présentant une nésioblastose.

- Il s'agit d'une
- o **première prescription** d'autosurveillance/autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné
 - o **prolongation** d'autosurveillance/autogestion diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné
 - o **prolongation avec changement** de programme de rééducation

Ce bénéficiaire a effectué en moyenne durant la période écoulée d'autosurveillance/autogestion diabétique . . . automesures de glycémie par mois.

Dernière mesure de l'HbA1c effectuée

Date : . . / . . / Valeur mesurée : . . , . . (valeurs normales de référence - -)

Nom, signature et date du **médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée:**

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

- p médecins-spécialistes :
- p généraliste :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande : . . / . . /

Décision du médecin-conseil :

- p favorable du . . / . . / au . . / . . /
- p défavorable parce que
- p autre

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

**DEMANDE D'INTERVENTION AU MEDECIN-CONSEIL
DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE COÛT DE PRESTATIONS
DE REEDUCATION D'AUTOSURVEILLANCE DIABETIQUE ¹**

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE 3a DE LA CONVENTION AYANT UN DMG

vignette délivrée par l'organisme assureur

Je soussigné(e)

.....(nom et prénom).

demande une intervention pour les prestations effectuées dans le cadre du programme indiqué ci-dessous qui lui a été prescrit et expliqué et qu'il/elle s'engage à suivre.

déclare :

- disposer d'un dossier médical global chez son médecin traitant Docteur

.....
(nom et adresse du médecin traitant)

- avoir un passeport du diabète
 ne pas avoir un passeport du diabète et d'en demander un à l'aide de ce formulaire

et en cas de demande de prolongation :

- avoir consulté son médecin généraliste au moins 2 fois au cours des 12 derniers mois dans le cadre du traitement de son diabète.

Date de la demande : / /

Signature du bénéficiaire :

(si un mandataire remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE**Identification du service de diabétologie conventionné :**

Numéro : 7.86. Nom et adresse :

.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....

.....

Pour le bénéficiaire susmentionné un programme de rééducation à l'autosurveillance diabétique est prescrit du .. / .. / .. au .. / .. / .. inclus.

Il/Elle appartient au groupe 3a avec pseudo code de la nomenclature 771 573, de la convention de rééducation conclue pour le présent service de diabétologie : des patients diabétiques de type 2 recevant 2 administrations d'insuline ou plus par nycthémère qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler leur diabète, en détecter à temps les dérèglements et les prendre en charge eux-mêmes et effectuent à cet effet 30 mesures de glycémie par mois .

- Il s'agit d'une
- o **première prescription** d'autosurveillance diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné
 - o **prolongation** d'autosurveillance diabétique pour ce bénéficiaire par le présent service conventionné

Ce bénéficiaire a effectué en moyenne durant la période écoulée d'autosurveillance diabétique 30 automesures de glycémie par mois.

Dernière mesure de l'HbA1c effectuée

Date : .. / .. / Valeur mesurée : .. , .. (valeurs normales de référence - -)

Nom, signature et date du **médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée:**

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

p médecins-spécialistes :
.....

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande : .. / .. /

Décision du médecin-conseil :

p favorable du .. / .. / au .. / .. /

p défavorable parce que

p autre

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

**DEMANDE AU MEDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME ASSUREUR
D'INTERVENTION DANS LE COÛT DE PRESTATIONS
DE REEDUCATION D'AUTOSURVEILLANCE DIABETIQUE ¹**

A REMPLIR PAR LE PATIENT FAISANT PARTIE DU GROUPE 3a DE LA CONVENTION, QUI N'A PAS ENCORE DE DMG

vignette délivrée par l'organisme assureur

Par la présente, je sollicite une intervention dans le coût de l'autosurveillance de mon diabète, laquelle comprend la formation et l'accompagnement nécessaires à cet égard, les conseils diététiques utiles et le matériel d'autosurveillance (30 tiges par mois, un appareil de mesure de la glycémie, 30 lancettes par mois et un porte-lancette).

Le traitement de mon diabète de type 2 se fera sous la coordination de mon médecin de famille, le Dr (nom),
..... (adresse), et l'équipe de diabète du présent centre.

À cette fin, je demande sans délai un dossier médical global à mon médecin de famille.

Je déclare

- (*) détenir un passeport du diabète.
- (*) demander par la présente un passeport du diabète.

(*) Cocher la mention utile.

Date de la demande : . . . / . . . / . . .

Signature du bénéficiaire :

(+ nom et prénom)

(si un mandataire remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

A REMPLIR PAR LE SERVICE DE DIABETOLOGIE CONVENTIONNE

Identification du service de diabétologie conventionné :

Numéro : 7.86. Nom et adresse :
.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :
.....
.....

Pour le bénéficiaire susmentionné, un programme de connexion à l'autosurveillance diabétique est prescrit

pour 3 mois du .. / .. / au .. / .. / inclus.

¹ Formulaire à employer à partir du 1^{er} juillet 2008

Le bénéficiaire susmentionné est mis sous 2 injections d'insuline par nycthémère au cours de l'hospitalisation du .. / .. / jusqu'au .. / .. / (*).

Il/Elle appartient au groupe 3a de la convention de rééducation conclue pour le présent service de diabétologie : les patients diabétiques de type 2 recevant 2 administrations d'insuline ou plus par nycthémère qui recourent à l'autosurveillance pour contrôler leur diabète, en détecter à temps les dérèglements et les prendre en charge eux-mêmes et effectuent à cet effet 30 mesures de glycémie par mois .

Nom, signature et date du **médecin responsable ou du médecin endocrino-diabétologue de l'équipe de diabétologie conventionnée:**

Noms des **autres médecins** impliqués activement dans le traitement du diabète du bénéficiaire :

↳ médecins-spécialistes :

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date de réception de la présente demande : .. / .. /

Décision du médecin-conseil :

- ↳ favorable pour la prestation 773 592 , liée à un programme de connexion
- ↳ défavorable pour la prestation 773 592 , liée à un programme de connexion parce que
- ↳ autre

Identification et signature du médecin-conseil et date de la décision :

.....

(*) Si le bénéficiaire est encore hospitalisé à la date où la présente demande est introduite, la date de début de l'hospitalisation doit seulement être mentionnée.

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.001.87(*) U.Z. GENT DE PINTELAAN 185 9000 GENT	J.M. KAUFMAN 1.42862.19.983	R. RUBENS 1.41991.17.583 M. GIRI 1.46453.17.583
7.86.002.86(*) U.Z. BRUSSEL - CAMPUS JETTE LAARBEEKLAAN 101 1090 BRUSSEL (JETTE)	B. KEYMEULEN 1.06290.22.583	K. DECOCHEZ 1.09270.49.583 Z. MATHYS 1.09905.93.583 E. VANDEMEULEBROUCKE 1.09799.05.583 D. MASSAAD 1.19221.89.583 D. UNUANE 1.76465.75.583
7.86.003.85(*) (7.86.019.69, 7.86.058.30, 7.86.132.53) ZIEKENHUIS NETWERK ANTWERPEN LEOPOLDSTRAAT 26 2000 ANTWERPEN	P. VAN ROOY 1.14251.15.583 L. DE PAEPE 1.16968.14.583 A. VERHAEGEN 1.16298.05.583	
7.86.004.84(*) A.Z. ST. JAN RUDDERSHOVE 10 8000 BRUGGE	G. LAMBERIGTS 1.32797.93.983	S. VAN IMSCHOOT 1.32924.63.583 A. VAN DEN BRUEL 1.08910.21.583
7.86.005.83 (7.86.090.95) CLINIQUE NOTRE DAME - REINE FABIOLA GRAND RUE 3 6000 CHARLEROI	I. PARIS 1.92748.88.583 P. LEVECQUE 1.55396.95.580	F. HANON 1.93154.70.583 E. DUVIVIER 1.52541.40.583
7.86.006.82(*) CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST LUC AVENUE HIPPOCRATE 10 1200 BRUXELLES (WOLUWE-SAINT-LAMBERT)	M. BUYSSCHAERT 1.27399.59.583	MP. HERMANS 1.29975.05.583
7.86.007.81(*) (7.86.008.80, 7.86.021.67) C.H.U. DE CHARLEROI BOULEVARD ZOE DRION 1 6000 CHARLEROI	J.-C. DAUBRESSE 1.52141.52.583 A. BODSON 1.54283.44.583 G. KRZENTOWSKI 1.55050.53.583 B. PICRON 1.85291.76.583	M. HEUREUX 1.58423.75.583 M. VANHAEVERBEEK 1.55718.64.583 M. LEMY 1.53474.57.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzingsvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetklinik (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS		VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.009.79(*)			
HOPITAL ERASME		F. FERY	J. MOCKEL
ROUTE DE LENNIK 808		1.26043.57.583	1.24055.08.583
1070	BRUXELLES (ANDERLECHT)		B. CORVILAIN 1.83050.86.583 E. BALASSE 1.22535.73.583 J. CRENIER 1.86142.01.583
7.86.010.78 (7.86.074.14)			
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE		A. SCHEEN	P. LEFEBVRE
DOMAINE UNIVERSITAIRE SART -TILMAN B 35		1.63374.71.583	1.61720.76.583
4000	LIEGE		N. PAQUOT 1.65287.01.583 M. LETIEXHE 1.65978.86.583 V. GEENEN 1.64494.18.583 J.-C. PHILIPS 1.67153.75.583 M. RORIVE 1.66763.77.583 R. RADERMECKER 1.67300.25.583
7.86.011.77			
H.U.D.E.R.F.		H. DORCHY (pédiatre)	
AVENUE J.J. CROCCQ 15		1.24549.96.690	
1090	BRUXELLES (JETTE)		
7.86.012.76 (7.86.096.89)			
C.H.U. SAINT PIERRE		N. GAHAM	E. COUTURIER
RUE HAUTE 322		1.84548.43.583	1.23658.17.583
1000	BRUXELLES	C. DUCHENE 1.24995.38.580	
7.86.013.75(*)			
A.Z. K.U.L.		R. BOUILLON	E. MULS
HERESTRAAT 49		1.02443.86.983	1.06672.28.583
3000	LEUVEN		C. MATHIEU 1.07068.20.583 M. BEX 1.06611.89.583 B. DECALLONNE 1.35732.68.583 D. VANDERSCHUEREN 1.05859.65.583
7.86.014.74(*)			
U.Z. ANTWERPEN		Dr L. VAN GAAL	C. DE BLOCK
WILRIJKSTRAAT 10		1.13681.03.583	1.18640.88.583
2650	EDEGEM		

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.015.73 CLIN. UNIV. DE MONT-GODINNE AVENUE DU DR THERASSE 1 5530 GODINNE	J. DONCKIER 1.28596.26.583	
7.86.016.72(*) ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS MOORSELBAAN 164 9300 AALST	F. NOBELS 1.46199.77.583	P. VAN CROMBRUGGE 1.43538.22.983 I. VAN POTTENBERGH 1.18434.03.583
7.86.017.71(*) V.Z.W. IMELDA IMELDALAAN 9 2820 BONHEIDEN	C. VERCAMMEN 1.16243.60.580	B. VETS 1.18565.66.583
7.86.018.70 HOPITAUX ST.JOSEPH-STE THERESE ET IMTR RUE DE LA DUCHERE 6 6060 GILLY (CHARLEROI)	D. SCARNIERE 1.56161.09.583	S. PROCES 1.57258.76.583
7.86.020.68 CLINIQUE ST. LUC RUE ST LUC 8 5004 BOUGE	L. DERDELINCKX 1.92384.64.583	
7.86.023.65(*) ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG SCHIEPSE BOS 6 3600 GENK	J. TITS 1.71740.47.583	Y. KOCKAERTS 1.35725.75.583
7.86.024.64 (7.86.111.74) PROVIDENCE DES MALADES ET MUT. CHRET. ROUTE DE MONS 63 7301 HORNU	G. BATAILLE 1.51740.65.580	Ph. SELVAIS 1.56492.66.583
7.86.025.63(*) C.H.R. DE LA CITADELLE BOULEVARD DU 12EME DE LIGNE 1 4000 LIEGE	CL. REMY 1.63126.28.583	M. STRIVAY 1.67186.42.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.026.62 (7.86.044.44) "LES CLINIQUES DU SUD Luxembourg" RUE DES DEPORTES 137 6700 ARLON	E. WEBER 1.92995.35.583	V. ERS 1.58437.61.583 F. BOSLY 1.81311.79.583
7.86.027.61 ASS.HOSP.BXL & SCHAERB. - CHU BRUGMANN PLACE VAN GEHUCHTEN 4 1020 BRUXELLES (LAEKEN)	C. GILLET 1.26044.56.583	C. HERBAUT 1.54336.88.583 P. KLEYNEN 1.87611.84.583
7.86.028.60 (7.86.033.55) C.H. DE JOLIMONT - LOBBES RUE FERRER 159 7100 HAINE-SAINT-PAUL	Ph. JOPART 1.54911.95.583	
7.86.030.58 CLINIQUE LOUIS CATY RUE LOUIS CATY 136 7331 BAUDOUR	V. DUMASY 1.87900.86.583	
7.86.031.57(*) (7.86.128.57) H. HARTZIEKENHUIS ROESELARE - MENEN WILGENSTRAAT 2 8800 ROESELARE	W. COUCKE 1.32202.09.983 P. VAN DEN BOSSCHE 1.32464.38.580	F. DUYCK 1.35006.18.583 K. SPINCEMAILLE (vanaf 1/10/2008) 1.35977.17.583
7.86.032.56 CLINIQUE SAINT PIERRE AVENUE REINE FABIOLA 9 1340 OTTIGNIES	J.F. VANDERIJST 1.85535.26.583	
7.86.034.54 VIRGA JESSE ZIEKENHUIS STADSOMVAART 11 3500 HASSELT	H. BRUSSAARD 1.73121.24.583	G.F. THENAERS 1.70548.75.583 A. MULLENS 1.73086.59.583
7.86.035.53 (7.86.063.25) A.Z. NIKOLAAS MOERLANDSTRAAT 1 9100 SINT-NIKLAAS	P. COREMANS 1.16971.11.583	D. BALLAUX 1.17646.15.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.036.52 KLINA AUGUSTIJSLEI 100 2930 BRASSCHAAT	J. MONBALLYU 1.15336.94.580	S. DRIESENS 1.18532.02.583
7.86.037.51 ST. JOZEFKLINIEK ROESELARSESTRAAT 47 8870 IZEGEM	E. VANFLETEREN 1.33225.53.573	
7.86.038.50 C.H.R. PELTZER - LA TOURELLE RUE DU PARC 29 4800 VERVIERS	M. PIERON 1.65898.69.583	B. JANDRAIN 1.64247.71.583 J. LEONET 1.66092.69.583 C. RIGHES 1.63369.76.583 J.-C. PHILIPS 1.67153.75.583
7.86.042.46 C.H.U. ANDRE VESALE ROUTE DE GOZEE 706 6000 CHARLEROI	M. VANHAEVERBEEK 1.55718.64.583	M. HEUREUX 1.58423.75.583 B. PICRON 1.85291.76.583 R. THIBAUT 1.88565.03.583 J. DUCOBU 1.53303.54.583
7.86.045.43 CENTRE HOSPITALIER DE TIVOLI AVENUE MAX Buset 34 7100 LA LOUVIERE	J. DUCOBU 1.53303.54.583	F. LIENART 1.55077.26.583
7.86.047.41 A.Z. VILVOORDE GENDARMERIESTRAT 65 1800 VILVOORDE	F. COUCKE 1.16345.55.573	F. DEFOER 1.05264.78.583
7.86.049.39 A.Z. ST. JOZEF OUDE LIERSEBAAN 4 2390 MALLE	J. MONBALLYU 1.15336.94.580	S. DRIESENS 1.18532.02.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.050.38 C.H. DE DINANT RUE SAINT JACQUES 501 5500 DINANT	P. DAMOISEAUX 1.91509.66.583	
7.86.051.37 A.Z. SALVATOR - ST-URSULA SALVATORSTRAAT 20 3500 HASSELT	J.-L. COOLENS 1.71063.45.983	
7.86.052.36 C.H. DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE RUE LAPLACE 40 4100 SERAING	J. GUIOT 1.64490.22.583	K. TRICHES 1.66207.51.583
7.86.053.35 CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE NAMUR AVENUE ALBERT 1er, 185 5000 NAMUR	A.-S. DRAMAIS 1.92944.86.583	
7.86.055.33 (7.86.095.90) C.H. DE L'ARDENNE AVENUE D'HOUFFALIZE 35 6800 LIBRAMONT-CHEVIGNY	A. DYSSSELEER 1.57277.57.583	J.-A. DECERF 1.58508.87.583
7.86.056.32 ST ANDRIESZIEKENHUIS KROMMEWALSTRAAT 9-11 8700 TIELT	M. CARDON 1.32077.37.580	
7.86.057.31 AZ GEZONDHEIDSZORG OOSTKUST GRAAF JANSDIJK 162 8301 HEIST-AAN-ZEE	L. ESENS 1.34078.73.573	
7.86.059.29(*) (7.86.121.64) FUSIEZIEKENHUIS ST. VINCENTIUS ST. VINCENTIUSSTRAAT 20 2018 ANTWERPEN	H. BECQ 1.05196.49.583 G. VERHAERT 1.15832.83.573	P. ABRAMS 1.17968.81.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetklinik (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.060.28 C.H.R. DU VAL DE SAMBRE RUE CHERE VOIE 75 5060 SAMBREVILLE	A. LEBLANC 1.90899.94.573	B. PICRON 1.85291.76.583
7.86.061.27 ST. AUGUSTINUS-ST. CAMILLUS EN ST. BAVOZH OOSTERVELDLAAN 24 2610 WILRIJK (ANTWERPEN)	H. BECQ 1.05196.49.583	W. VINCK 1.08815.19.583 P. ABRAMS 1.17968.81.583
7.86.062.26 ST. FRANCISCUSZIEKENHUIS PASTOOR PAQUAILAAN 129 3550 HEUSDEN-ZOLDER	A. VANDERSTAPPEN 1.07600.70.583	
7.86.065.23 (7.86.073.15) FUSIEZIEKENHUIS MONICA FL. PAUWELSLEI 1 2100 DEURNE (ANTWERPEN)	C. VAN WINGHEM 1.17881.71.583	
7.86.066.22 (7.86.067.21) H. HARTZIEKENHUIS KOLVENIERSVEST 20 2500 LIER	G. HEREMANS (pediater) 1.13229.67.690	I. SCHOEMAKER 1.16592.02.583
7.86.068.20 CENTRE INTER UNIV HOP AMBROISE PARE BOULEVARD PRESIDENT KENNEDY 2 7000 MONS	A. NEMERY 1.55515.73.583	J. UNGER 1.25409.12.583
7.86.069.19 CENTRE HOSPITALIER HUTOIS RUE DES TROIS PONTS 2 4500 HUY	M. REGINSTER 1.63122.32.580	C. RIGHES 1.63369.76.583
7.86.072.16 A.Z. ST. LUCAS EN ST. JOZEF SINT LUCASLAAN 29 8310 ASSEBROEK	A. BEIRINCKX 1.35187.31.583	

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetklinik (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.075.13 CLINIQUE ANDRE RENARD RUE ANDRE RENARD 1 4040 HERSTAL	M.P. STASSEN 1.64810.90.583	
7.86.076.12 A.Z. ST. JOZEF STEENWEG OP MERKSPAS 44 2300 TURNHOUT	P. ARNOUITS 1.15483.44.580	
7.86.077.11 (7.86.054.34) A.Z. DAMIAAN OOSTENDE GOUWELOZESTRAAT 100 8400 OOSTENDE	C. VANDENBON 1.08802.32.581	L. WINNE 1.36220.65.583
7.86.078.10 (7.86.040.48, 7.86.043.45) A.Z. SINT MAARTEN LEOPOLDSTRAAT 2 2800 MECHELEN	M. VANDENBROUCKE 1.16402.95.573	M.C. PELCKMANS 1.15015.27.583
7.86.079.09 (7.86.124.61) C.H.R. ST JOSEPH WARQUIGNIES AVENUE B. DE CONSTANTINOPEL 5 7000 MONS	I. M. COLIN 1.84779.06.583 Ph. MEURISSE 1.55590.95.581	
7.86.080.08 ALGEMEEN ZIEKENHUIS M. THEYSSTRAAT 18 3290 DIEST	E. VAN AKEN 1.05758.69.580	
7.86.082.06 C.H.R. DE MOUSCRON RUE DU COUVENT 39 7700 MOUSCRON	PH. ORIOT 1.58731.58.583	
7.86.083.05 AZ ZUSTERS VAN BARMHARTIGHEID GLORIEUXLAAN 55 9600 RONSE	J. VERSCHUERE 1.44482.48.580	J. VANUYTSEL 1.17167.09.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzingsvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.085.03(*) A.Z. GROENINGE REEPKAAI 4 8500 KORTRIJK	D. NICOLAIJ 1.33784.76.983	G. VANHAVERBEKE 1.09617.90.583
7.86.086.02 A.Z. ST. ELISABETH NEDERRIJ 133 2200 HERENTALS	J. PAULUSSEN 1.15041.01.581	
7.86.087.01 ZIEKENHUIS H. SERRUYS KAIROSTRAAT 84 8400 OOSTENDE	G. DE WASCH 1.32035.79.580	
7.86.088.97(*) (7.86.046.42, 7.86.071.17, 7.86.084.04) LES CLINIQUES SAINT JOSEPH RUE DE HESBAYE 75 4000 LIEGE	C. DAUBRESSE 1.65754.19.583 B. REMACLE 1.63677.59.583 I. NEVEN 1.67010.24.583	J. GERARD 1.63165.86.583 N. PAQUOT 1.65287.01.583 M. LETIEXHE 1.65978.86.583 V. BECKERS 1.66343.12.583 I. GERONOOZ 1.66860.77.583
7.86.089.96 ST. NIKOLAUS HOSPITAL HUFENGASSE 4-8 4700 EUPEN	P.-C. GUFFENS 1.65477.05.580	
7.86.091.94 A.Z. ALMA MOEIE 18 9900 EEKLO	H. VANDECAUTER 1.45534.63.583	
7.86.092.93 AZ ST-LUCAS GROENEBRIEL 1 9000 GENT	TUYTTENS C. 1.34956.68.583	

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
--------------------------------	--	--

7.86.093.92

STEDELIJK ZIEKENHUIS

BRUGGESTEENWEG 90

8800 ROESELARE

J. VAN DEN SAFFELE

1.46524.43.583

7.86.094.91

O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM

VIJFSEWEG 150

8790 WAREGEM

K. MEKEIRELE

1.35968.26.573

7.86.097.88

A.Z. JAN PALFIJN

HENRI DUNANTLAAN 5

9000 GENT

M. SMET

1.34632.04.573

7.86.098.87 (7.86.100.85, 7.86.105.80)

HOPITAUX D'IRIS SUD

RUE MARCONI 142

1190 BRUXELLES (FOREST)

W. MUSCH

1.04395.74.580

J. REYNDERS

1.25848.58.583

M. STRUELENS

1.25712.97.583

F. JONCKER

1.28885.28.583

7.86.101.84

A.Z. MARIA MIDDELARES - ST JOZEF

KORTRIJKSESTEENWEG 1026

9000 GENT

A. CARLIER

1.42436.57.580

P. Taelman

1.44184.55.573

7.86.102.83(*)

A.Z. ST.-BLASIIUS

KROONVELDLAAN 50

9200 DENDERMONDE

D. VAN NIMMEN

1.43183.86.983

7.86.103.82

CLINIQUES NOTRE DAME ET ST GEORGES

AVENUE DELMEE 9

7500 TOURNAI

P. BORGIES

1.55594.91.583

7.86.104.81 (7.86.134.51)

A.I.T. DU TOURNAISIS

BOULEVARD LALAING 39

7500 TOURNAI

C. ROELANDTS

1.52928.41.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION
7.86.106.79 A.Z. H. HART KLINIEKSTRAAT 45 3300 TIENEN	P. DECRAENE 1.11756.85.583
7.86.107.78 C.H.R. DE LA HAUTE SENNE BOULEVARD ROOSEVELT 17 7060 SOIGNIES	A. NEMERY 1.55515.73.583
7.86.108.77 MARIA ZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG MAESENSVELD 1 3900 OVERPELT	A. HAEMERS 1.72370.96.573
7.86.109.76 A.Z. OUDENAARDE MINDERBROEDERSSTRAAT 3 9700 OUDENAARDE	W. MAES 1.45430.70.573
7.86.110.75 ST. REMBERTZIEKENHUIS REMBERTLAAN 21 8820 TORHOUT	Ph. DE RUDDER 1.31682.44.580
7.86.112.73(*) A.Z. ST. ELISABETH GODVEERDEGEMSTRAAT 69 9620 ZOTTEGEM	S. DE WEER 1.46543.24.583
7.86.115.70(*) ST. JOZEFKLINIEK KASTEELSTRAAT 23 2880 BORNEM	K. VAN ACKER 1.14869.76.583
7.86.116.69 REGIONAAL ZIEKENHUIS JAN YPERMAN BRIEKESTRAAT 12 8900 IEPER	A. NOLLET 1.08758.76.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

INRICHTINGEN ÉTABLISSEMENTS	VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE OVEREENKOMST MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION	
7.86.117.68 CLINIQUE REINE ASTRID RUE DEVANT LES RELIGIEUSES 2 4960 MALMEDY	M. MARCELIS 1.63994.33.580	
7.86.120.65 A.Z. ST. DIMPNA J.B. STESSENSTRAAT 2 2440 GEEL	R. VERBIEST 1.15030.12.573	
7.86.123.62 CLINIQUE MATERNITE STE-ELISABETH PLACE LOUISE GODIN 15 5000 NAMUR	F. HEUREUX 1.92746.90.583	S. DECKERS 1.57748.71.583
7.86.125.60 CLINIQUE STE-ANNE/ST-REMI BOULEVARD JULES GRAINDOR 66 1070 BRUXELLES (ANDERLECHT)	C. MALHERBE 1.24104.56.583	F. BENGHEZAL 1.88109.71.583
7.86.126.59 ZIEKENHUIS H. HART VAN JEZUS GASTHUISSTRAAT 1 2400 MOL	T. LIM 1.34508.31.581	
7.86.129.56 (7.86.136.49) C.H.I.R.E.C. RUE EDITH CAVELL 32 1180 BRUXELLES (UCCLE)	C. DUCHENE 1.24995.38.580	
7.86.130.55 KLINIEK ST. AUGUSTINUS IEPERSE STEENWEG 100 8630 VEURNE	P. COCHEZ 1.46005.77.581	
7.86.131.54 ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS MERESTRAAT 80 9300 AALST	R. DE MAESENEER 1.43273.93.580	O. SEGERS 1.04844.13.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

**INRICHTINGEN
ÉTABLISSEMENTS****VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE
OVEREENKOMST
MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION**

7.86.133.52

HOPITAL DE LA MADELEINE

RUE MARIA THOMEE 1

7800 ATH

DE RYCKE A.

1.55433.58.580

7.86.135.50 (7.86.116.69)

REGIONAAL ZIEKENHUIS JAN YPERMAN

BRIEKESTRAAT 12

8900 IEPER

A. NOLLET

1.08758.76.583

7.86.137.48

SINT ELISABETHZIEKENHUIS

RUBENSSTRAAT 166

2300 TURNHOUT

J. PARIJS

1.12900.08.580

7.86.138.47 (7.86.039.49, 7.86.114.71)

LES CLINIQUES DE L'EUROPE

AVENUE DE FRE 206

1180 BRUXELLES (UCCLE)

M. VAN YPERSELE

1.86418.16.583

A. BESSOMO MVOELA

1.58541.54.583

7.86.139.46

CENTRE DE SANTE DES FAGNES

BOULEVARD LOUISE 18

6460 CHIMAY

DE GREEF G.

1.52206.84.580

7.86.141.44(*)

I.F.A.C.

RUE DU VIVIER 21

6900 MARCHE-EN-FAMENNE

G. HUBERMONT

1.80594.20.983

7.86.142.43

CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE

CHAUSSEE DE NIVELLES 212

6041 GOSELIES

C. WARNOTTE

1.85860.89.583

7.86.143.42

ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN

MGR KONINGSSTRAAT 10

3680 MAASEIK

Ph. MARCQ

1.08716.21.583

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)

**INRICHTINGEN
ÉTABLISSEMENTS****VOORSCHRIJVENDE GENEESHEREN IN HET KADER VAN DE
OVEREENKOMST
MÉDECINS PRESCRIPTEURS DANS LE CADRE DE LA CONVENTION**

7.86.144.41

H. HARTZIEKENHUIS

NAAMSESTRAAT 105

3000 LEUVEN

G. VANDISTEL

1.08573.67.583

7.86.145.40 (7.86.041.47)

ALGEMENE KLINIEK ST. JAN

KRUIDTUIINLAAN 32

1000 BRUXELLES

M. PONCHON

1.86683.42.583

S. AYOUBI

1.85697.58.583

F. MEKAHLI

1.19257.53.583

7.86.146.39

R.Z. ST TRUDO

DIESTERSTEENWEG 100

3800 SINT-TRUIDEN

A. MERTENS

1.73086.59.583

7.86.147.38

A.Z. VESALIUS

HAZELEREIK 51

3700 TONGEREN

THENAERS G.

1.70548.75.583

7.86.148.37

R. Z. ST. MARIA

ZIEKENHUISLAAN 100

1500 HALLE

E. HEYNS

1.36045.46.583

104 Overeenkomsten/Conventions

(*) Deze inrichting kan nooit een verwijzvergoeding aanrekenen voor een patiënt met ernstige voetwonden, daar zij zelf beschikt over een diabetische voetkliniek (cf. artikel 14 § 4 laatste alinea van de overeenkomst)
Cet établissement ne peut jamais attester l'indemnité de renvoi pour un patient qui a une plaie grave au pied parce que l'établissement dispose lui-même d'une clinique du pied diabétique (cf. article 14 § 4 dernier alinéa de la convention)