

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2014/491 du 22 décembre 2014 370/1806

En vigueur à partir du 1 janvier 2015 jusqu'au 31 décembre 2016

Abroge circulaire n° 2014/395
du 8 octobre 2014

Nouvelle convention : Convention en matière de suivi diagnostic des enfants nés prématurément

Cette circulaire annule et remplace la circulaire OA n°2014/395 – rubrique 370/1791. Les changements par rapport à la circulaire sont indiqués en jaune dans la présente circulaire.

A. Une nouvelle convention en matière de suivi diagnostic des enfants nés prématurément a été approuvée par le Comité de l'assurance. Cette convention est annexée à la présente circulaire (annexe 1).

Elle entre en vigueur au 1^{er} septembre 2014 et est valable jusqu'au 31 décembre 2016 inclus.

Cette convention a été conclue avec les établissements suivants et pour les sites suivants :

Numéro d'identification	Hôpital et sites sur lesquels seront dispensées les activités conventionnelles	Localité
Flandre orientale		
7.83.601.62	UZ Gent	9000 GENT
	Sites : <ul style="list-style-type: none">- UZ Gent- AZ Sint Jan Brugge Oostende – campus Brugge	
Anvers		
7.83.602.61	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	2650 EDEGEM
	Sites : <ul style="list-style-type: none">- UZA- GZA- ZNA	
Brabant flamand		
7.83.603.60	COS Leuven	3000 LEUVEN

	Sites : <ul style="list-style-type: none"> - Stadcampus UZ Leuven - Campus Gasthuisberg UZ Leuven - Ziekenhuis Oost Limburg, Campus Sint Jan - Antennepunt Hasselt 	
Bruxelles		
7.83.604.59	L'hôpital Erasme Sites : <ul style="list-style-type: none"> - Hôpital Erasme - CHU Tivoli - CHU Charleroi - Clinique Edith Cavell 	1070 BRUXELLES
7.83.605.58	Les Cliniques Universitaires Saint-Luc Sites : <ul style="list-style-type: none"> - Département de pédiatrie des cliniques universitaires Saint-Luc - Service de pédiatrie du Grand Hôpital de Charleroi 	1200 BRUXELLES
7.83.606.57	Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola Sites : <ul style="list-style-type: none"> - HUDERF Bruxelles - CHU Saint-Pierre - UZ Brussel 	1020 BRUXELLES
Liège		
7.83.607.56	CHR La Citadelle Sites : <ul style="list-style-type: none"> - CHR La Citadelle à Liège - CHC Liège (Clinique Saint-Vincent à Rocourt) - CHR Val de Sambre et le CHR de Namur à Namur - CHA Libramont 	4000 LIEGE

Les organismes assureurs seront informés par le biais de circulaire OA distincte des autres éventuels Centres qui signeraient la convention (7 Centres sont en effet potentiellement concernés par cette convention).

B. Précisions quant à l'âge de l'enfant au moment du bilan :

L'article 7 § 2 de la convention détermine les âges auxquels peuvent être réalisés les différents bilans. Le bilan A par exemple, peut être réalisé à partir de 3 mois d'âge corrigé jusqu'au 5 mois d'âge corrigé de l'enfant. Par 5 mois, il y a lieu d'appliquer le principe suivant :

L'enfant est né le 18 janvier 2014.

Il aurait dû naître (date prévue de l'accouchement s'il était né à terme) normalement le 20 avril 2014.

Jusqu'au 19 octobre 2014, l'enfant a encore 5 mois d'âge corrigé ⇒ le bilan A peut encore être réalisé.

A partir du 20 octobre 2014, l'enfant a 6 mois d'âge corrigé \Rightarrow il n'entre dès lors plus en considération pour le bilan A. Il devra donc attendre jusqu'au 20 janvier 2015 pour pouvoir prétendre au bilan B.

Une même logique peut être suivie pour les bilans B et C : ces bilans peuvent être effectués aussi longtemps que l'enfant n'a pas atteint l'âge corrigé de respectivement 14 ou 26 mois. Le bilan D doit être terminé au plus tard le jour où l'enfant atteint l'âge de 5 ans et 6 mois.

Bien que l'âge corrigé de l'enfant ne soit pas mentionné comme tel dans le formulaire de demande de prise en charge, il peut être déduit de la date de naissance de l'enfant et de son âge gestationnel. En effet, l'âge corrigé d'un bénéficiaire correspond à l'âge de l'enfant à un moment donné (cf. les instructions plus bas) en fonction de sa date réelle de naissance duquel doit être déduit le nombre de semaines de prématurés que l'on peut déduire du rapport médical qui doit être annexé au formulaire de demande d'intervention (en se basant sur une durée de grossesse normale de 40 semaines).

Les dispositions de l'article 7 § 2 de la convention mentionnent que le bénéficiaire doit avoir atteint l'âge minimum requis pour le bilan et que toutes les interventions doivent être réalisées entre la période minimale et la période maximale prévue. Cela sous-entend donc que le bénéficiaire doit avoir l'âge requis tant au début de la prestation de bilan (date de la première intervention d'un membre de l'équipe), que pendant la prestation, qu'à la fin de cette prestation (au moment de la discussion avec les parents des résultats des examens).

Cependant, sur base du formulaire de demande à utiliser dans le cadre de la convention, les organismes assureurs ne pourront contrôler que si le bénéficiaire a l'âge corrigé requis au moment de la discussion avec les parents des résultats des examens de la première prestation de bilan. Pour les autres interventions, les possibilités de contrôle sont inexistantes. C'est pour cette raison qu'il a été demandé aux Centres qui disposent d'une convention dans le suivi des enfants nés prématurément de mentionner dans leur donnée de facturation aux organismes assureurs comme date de chaque prestation, la date de la discussion avec les parents des résultats des examens du dit bilan facturé. Ainsi, les organismes assureurs disposeront d'une possibilité de contrôle supplémentaire pour les autres prestations (que la première prestation). Il appartient en outre aux établissements conventionnés de facturer des prestations qui répondent toutes aux conditions fixées par la convention.

C. Pendant les 2 premières années de validité de cette convention, la demande de fixation d'une période d'intervention de l'assurance pour un bénéficiaire (articles 10 et 11) doit être introduite auprès du Collège des médecins-directeurs, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur de ce bénéficiaire (art. 138 de l'Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994).

Le formulaire à utiliser est intitulé « formulaire de demande d'intervention de l'organisme assureur dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés grands prématurés jusque l'âge de 5,5 ans ».

A ce formulaire doit être joint un rapport médical établi par un médecin de l'établissement.

L'intervention de l'assurance est refusée pour toute prestation qui aurait été réalisée plus de 30 jours qui suivent la date à laquelle la première prestation de bilan a été achevée (art. 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996). Cela implique donc que la demande doit parvenir au médecin-conseil au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de discussion avec les parents des résultats des examens de la première prestation de bilan effectuée pour un enfant.

D. La date de début de la période accordée par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – dans le cas où ce dernier est compétent - doit être comprise comme étant la date à laquelle les résultats de l'examen de la première prestation de bilan effectuée pour le bénéficiaire ont été discutés avec les parents de l'enfant pour qui un bilan a été réalisé. Bien que cette disposition ne soit pas explicitement mentionnée dans le texte de la convention, elle figure dans le formulaire de demande qui fait l'objet de l'annexe 2 à la convention. La période de prise en charge court donc à partir de cette date de discussion avec les parents des résultats de la première prestation de bilan jusqu'au 5,5 ans de l'enfant. Par 5,5 ans, cela sous-entend que l'enfant peut bénéficier des prestations conventionnelles jusqu'au jour qu'il atteigne 5 ans et 6 mois au maximum.

Tous les bilans qui sont réalisés dans le cadre de la convention doivent avoir lieu durant cette période accordée (cf. dispositions de l'article 10 dernier alinéa).

Si il y a un accord du Collège ou du médecin-conseil au sujet de la période demandée, le Centre pourra facturer les prestations de bilan qui répondent aux conditions mentionnées dans la convention et qui ont été réalisés durant cette période. Le Centre ne doit donc pas introduire une demande pour chacune des prestations prévues dans la convention : **une seule demande suffit pour toutes les prestations de bilan prévues.**

E. A l'index actuel (indice pivot 119,62, décembre 2012, base 2004), les montants d'intervention de l'assurance dans les coûts des prestations (art. 13, § 1) ainsi que les pseudocodes à utiliser sont les suivants :

PRESTATION	PSEUDOCODE	PRIX PAR TYPE DE BILAN ¹
Prestation complète (dont question à l'article 12 § 1^{er} de la convention)		
Prestation de bilan A Groupe 1	784674	238,65 €
Prestation de bilan A Groupe 2	784696	238,65 €
Prestation de bilan B Groupe 1	784711	276,85 €
Prestation de bilan B Groupe 2	784733	276,85 €
Prestation de bilan C Groupe 1	784755	276,85 €
Prestation de bilan C Groupe 2	784770	276,85 €
Prestation de bilan D Groupe 1	784792	471,97 €
Prestation de bilan D Groupe 2	784814	471,97 €
Demi-prestation (dont question à l'article 12 § 2 de la convention)		
Prestation de bilan A Groupe 1	784836	119,33 €
Prestation de bilan A Groupe 2	784851	119,33 €
Prestation de bilan B Groupe 1	784873	138,43 €

¹ Ces montants sont liés à l'indice pivot 119,62.

Prestation de bilan B Groupe 2	784895	138,43 €
Prestation de bilan C Groupe 1	784910	138,43 €
Prestation de bilan C Groupe 2	784932	138,43 €
Prestation de bilan D Groupe 1	784954	235,99 €
Prestation de bilan D Groupe 2	784976	235,99 €

Pour la facturation de ces prestations auprès des organismes assureurs et conformément aux instructions reprises dans la présente circulaire, la date à mentionner dans la facturation pour chacun des bilans correspond à la date à laquelle les résultats du bilan en question ont été discutés avec les parents. Cette date doit être comprise dans la période accordée par le Collège des médecins-directeurs ou par le médecin-conseil. Dans le cas où l'établissement facture des demi-prestations conformément aux dispositions de l'article 12 § 2 de la convention, la date qui doit être mentionnée sur la facture pour le bilan en question est la date à laquelle la dernière intervention d'un membre de l'équipe a été réalisée pour le bénéficiaire pour qui la prestation est facturée. Cette instruction a également été communiquée au Centre.

En résumé ...

La date de la discussion avec les parents des résultats des examens réalisés pour un enfant est donc importante à plusieurs niveaux :

- parce qu'elle fixe la date début de la période de prise en charge (date de discussion des résultats des examens de la première prestation de bilan réalisée pour le bénéficiaire) ;
- parce qu'elle sert de base pour déterminer la période endéans laquelle la demande de prise en charge doit parvenir au Collège des médecins-directeurs ou au médecin-conseil (règle de tardivité qui stipule que la demande de prise en charge doit parvenir au médecin-conseil dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle la première prestation de bilan a été achevée. Cela implique que la demande doit parvenir au médecin-conseil au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de discussion avec les parents des résultats des examens – cf. dispositions de l'article 11 § 3 de la convention) ;
- parce que la date de discussion des résultats des examens de chaque bilan (ou la date de la dernière intervention d'un membre de l'équipe s'il s'agit d'une demi-prestation) doit être mentionnée sur la facture adressée à l'organisme assureur du bénéficiaire.

F. Ticket modérateur : Pour les bénéficiaires qui n'ont pas droit à l'intervention majorée, les montants mentionnés au point E doivent être diminués de leur part personnelle (art. 13, § 5) pour chaque prestation de bilan et ce, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996.

En annexe 2 à la présente circulaire figure la lettre d'instructions qui a été envoyée aux Centres conventionnés.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[Convention](#)

[Lettre Centres](#)

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 EN MATIERE DE SUIVI DIAGNOSTIC DES ENFANTS NES PREMATUREMENT

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,

le Centre de suivi ##### désigné dans la présente convention par le terme « établissement »,
la présente convention.

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}.

§ 1^{er}. La présente convention définit les rapports financiers et administratifs entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs en ce qui concerne notamment les bénéficiaires au sens de la présente convention, les prestations de bilan diagnostiques, le prix des prestations de bilan diagnostiques ainsi que les modalités de leur paiement.

§ 2. La présente convention vise à installer un système de suivi multidisciplinaire minimal, systématique et uniforme accessible aux enfants grands prématurés visés par la présente convention, permettant le diagnostic précoce des troubles du développement lié à la grande prématurité. Dans ce sens, la présente convention vise à implanter une politique uniforme en matière de suivi des enfants visés par la présente convention.

BENEFICIAIRES VISES

Article 2.

Par bénéficiaire visé au sens de la présente convention, il y a lieu d'entendre les bénéficiaires de moins de 5,5 ans de l'assurance obligatoire soins de santé remplissant les conditions suivantes et qui, au vu de ces conditions, ont besoin d'un suivi multidisciplinaire adapté à long terme et ce, jusque l'âge de 5,5 ans inclus maximum:

- 1) Groupe **1** : Enfants nés avec un âge gestationnel inférieur à 31 semaines de grossesse (sont donc visés les enfants nés avec un âge gestationnel jusque 30 semaines et 6 jours de grossesse) et/ou nés avec un poids inférieur à 1500 grammes ;
- 2) Groupe **2** : Enfants nés avec un âge gestationnel de 31 semaine (sont donc visés les enfants nés au maximum à la 31^{ème} semaine et 6 jours de grossesse – et ayant donc moins de 32 semaines) et un poids supérieur ou égal à 1500 grammes.

BUT DE L'ETABLISSEMENT ET DU PROGRAMME DE SUIVI

Article 3 .

§ 1^{er}. La présente convention a pour but l'instauration d'un programme de suivi pour les enfants qui font partie du groupe cible des patients visés par la présente convention.

Ce programme de suivi permet de dépister le plus précocement possible les troubles du développement rencontrés par les enfants nés grands prématurés visés à l'article 2 de la présente convention dans le but de les orienter vers des prises en charge adaptées qui vont limiter les conséquences sur le développement futur de l'enfant grâce au dépistage et traitements précoces de ces troubles. Ce programme de suivi doit également permettre de dépister les troubles relationnels précoces entre l'enfant et ses parents ou ses représentants légaux (abrégés en parents dans la suite de la présente convention).

§ 2. Les objectifs de ce programme sont donc :

- de suivre systématiquement les enfants bénéficiaires de la présente convention pour leur garantir un développement optimal, ce qui veut dire :
 - Surveiller leur développement général et neurologique
 - Dépister et diagnostiquer les éventuels troubles du développement, les troubles sensoriels et les troubles relationnels précoces
 - Organiser une prise en charge des troubles diagnostiqués en collaboration avec les médecins et professionnels du réseau de soins ; la prise en charge proprement dite ne fait toutefois pas partie des activités remboursées dans le cadre de la présente convention
- de réaliser une base de données sur la population visée par la présente convention afin d'augmenter les connaissances scientifiques des troubles qui peuvent se présenter auprès des enfants nés grands prématurés et leurs causes possibles
- de donner, sur la base des données enregistrées dans la base de données, un feedback aux Services de « Neonatal Intensive Care », ci-après dans le texte dénommés Services « NIC » - de façon à soutenir le processus d'amélioration de la qualité des soins.

ETABLISSEMENT

Article 4.

§ 1^{er}. L'établissement est une unité organisationnelle et fonctionnelle implantée au sein d'un hôpital. Les activités prévues dans le cadre de la présente convention doivent donc toutes être réalisées sur le site d'un établissement hospitalier (ou éventuellement sur le site d'une polyclinique qui dépend d'un hôpital).

§ 2. Dans l'attente de la concrétisation des dispositions mentionnées à l'article 19 de la présente convention, l'établissement peut réaliser ses activités dans le cadre de la présente convention sur plusieurs sites à condition :

- qu'il y ait un accord préalable écrit du Collège des médecins-directeurs pour chaque site où seront dispensées les activités conventionnelles (en dehors du siège principal) **et** ;
- que chaque membre de l'équipe peut être chargé d'effectuer les prestations prévues dans le cadre de la présente convention sur chaque site dans le cas où sa présence sur un autre site est indiquée et ;
- que des médecins de l'équipe médicale dont il est question à l'article 8 § 1^{er} point b de la présente convention travaillent effectivement sur d'autres sites afin d'y réaliser les bilans prévus, de sorte qu'il y ait des liens entre les médecins travaillant sur les différents sites et qu'il n'y ait jamais de site où les médecins travaillent de manière isolée des médecins travaillant sur les autres sites. Dès lors, il n'est pas possible que les médecins qui travaillent sur certains sites de l'établissement n'aient parmi eux aucun médecin également actif sur un autre site de l'établissement.

Exemple d'application pratique de cette disposition :

Exemple 1 :

*Un établissement réalise ses activités sur 4 sites : Site A, site B, site C et site D.
8 médecins en tout réalisent des consultations médicales dans le cadre de la présente convention.
Pour répondre aux conditions mentionnées, la configuration suivante est autorisée :*

Site A	Site B	Site C	Site D
Médecin n°1	Médecin n°3	Médecin n°5	Médecin n°7
Médecin n°2	Médecin n°4	Médecin n°6	Médecin n°8
	Médecin n°2	Médecin n°3	Médecin n°5

Dans cet exemple, le médecin n°2 du site A fait lien avec le site B. Le médecin n°3 du site B fait lien avec le site C et le médecin n°5 du site C fait lien avec le site D. Etant donné qu'au moins un médecin fait le lien sur un autre site de l'établissement, le travail de sous-équipes indépendantes est évité.

Exemple 2 :

*Un établissement réalise ses activités sur 4 sites : Site A, site B, site C et site D.
5 médecins en tout réalisent des consultations médicales dans le cadre de la présente convention.
Pour répondre aux conditions mentionnées, la configuration suivante est autorisée :*

Site A	Site B	Site C	Site D
Médecin n°1	Médecin n°1	Médecin n°1	Médecin n°1
Médecin n°2	Médecin n°3	Médecin n°4	Médecin n°5

Dans cet exemple, le médecin n°1 fait le lien entre tous les sites. L'on évite par la même, le travail de sous-équipes indépendantes.

Exemple 3 :

Un établissement réalise ses activités sur 4 sites : Site A, site B, site C et site D.

5 médecins en tout réalisent des consultations médicales dans le cadre de la présente convention.

Pour répondre aux conditions mentionnées, la configuration suivante est autorisée :

Site A	Site B	Site C	Site D
Médecin n°1	Médecin n°1	Médecin n°1	Médecin n°3
Médecin n°2	Médecin n°3	Médecin n°4	Médecin n°5

Dans cet exemple, le médecin n°1 fait le lien entre les sites A, B et C et le médecin n°3 fait le lien entre le site B et D. Cette configuration est donc tout à fait en accord avec les dispositions conventionnelles.

Contre-exemples d'application pratique de cette disposition :

Contre-exemple 1 :

Un établissement réalise ses activités sur 4 sites : Site A, site B, site C et site D.

8 médecins en tout réalisent des consultations médicales dans le cadre de la présente convention.

Dans le cadre de la présente convention, la configuration suivante n'est pas autorisée :

Site A	Site B	Site C	Site D
Médecin n°1	Médecin n°3	Médecin n°5	Médecin n°7
Médecin n°2	Médecin n°4	Médecin n°6	Médecin n°8
Médecin n°3	Médecin n°1	Médecin n°7	Médecin n°5

Dans cet exemple, aucun lien entre les sites A et B d'une part et les sites C et D d'autre part ne peut être mis en avant. Ainsi, les équipes des sites A/B travaillent de manière indépendante aux équipes des sites C/D. En ce qui concerne les sites A et B, les médecins n°1 et 3 font le lien. En ce qui concerne les sites C et D, les médecins n°5 et 7 font lien. Néanmoins, aucun médecin ne fait le lien entre les sites A/B et C/D. Cette configuration ne serait donc pas autorisée dans le cadre de la présente convention.

Contre-exemple 2 :

Un établissement réalise ses activités sur 4 sites : Site A, site B, site C et site D.

8 médecins en tout réalisent des consultations médicales dans le cadre de la présente convention.

Dans le cadre de la présente convention, la configuration suivante n'est pas autorisée :

Site A	Site B	Site C	Site D
Médecin n°1	Médecin n°3	Médecin n°5	Médecin n°7
Médecin n°2	Médecin n°4	Médecin n°6	Médecin n°8
Médecin n°3	Médecin n°1	Médecin n°3	

Dans cet exemple, aucun lien entre les sites A, B et C d'une part et le site D d'autre part ne peut être mis en avant. Ainsi, la sous-équipe du site D travaille de manière indépendante. En ce qui concerne les sites A, B et C, le médecin n°3 fait le lien. Néanmoins, aucun médecin ne fait le lien entre les sites A/B/C et le site D. Cette configuration ne serait donc pas autorisée dans le cadre de la présente convention.

Dans le cas où la présente convention est effectivement appliquée sur plusieurs sites, le pouvoir organisateur ayant conclu la présente convention est censé être responsable de l'application correcte de celle-ci sur tous les sites.

§ 3. Chaque établissement ayant conclu la présente convention, dispose d'un siège principal qui coordonne toutes les activités dans le cadre de la présente convention et qui figure comme point de contact pour l'application de la convention et ce tant pour les bénéficiaires, les organismes assureurs que l'INAMI. Dès lors, il appartient au siège principal d'introduire sous son nom les demandes individuelles de prise de charge dont il est question aux articles 10 et 11, de porter en compte aux organismes assureurs les prestations prévues dans le cadre de la présente convention et dont il est question à l'article 12, et de fournir à l'INAMI les chiffres de production prévus à l'article 15, etc., même dans le cas où l'établissement dispose de plusieurs sites sur lesquels les activités de la convention sont effectuées (conformément aux dispositions mentionnées dans le § précédent).

§ 4. Le siège principal de l'établissement qui a conclu la présente convention dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels nécessaires, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers individuels sont gardés à la disposition de l'équipe pluridisciplinaire.

Les autres sites où sont également dispensées les activités conventionnelles (en dehors du siège principal) doivent disposer des espaces de consultations nécessaires à la réalisation des activités prévues dans le cadre de la présente convention.

§ 5. L'établissement peut faire appel au personnel, à l'infrastructure et au matériel de l'hôpital (ou éventuellement de la polyclinique) pour tout acte médical requis par la détection d'un éventuel trouble chez tout bénéficiaire. En particulier, il peut faire appel à un ophtalmologue ou un médecin ORL. Il peut également faire appel à d'autres médecins spécialisés. Tous ces médecins travaillent dans l'hôpital où l'établissement est implanté. Ils assistent aux réunions de l'équipe multidisciplinaire lorsque leurs compétences y sont requises.

Néanmoins, le personnel de l'hôpital (ou éventuellement de la polyclinique) qui intervient auprès des bénéficiaires de la présente convention mais qui n'est pas explicitement repris dans le cadre effectif du personnel de l'établissement, visé à l'article 8, ne fait pas partie de l'établissement et ses interventions ne sont pas financées par la présente convention.

§ 6. L'établissement assurera au moins une collaboration avec les différents intervenants extérieurs impliqués auprès de l'enfant : médecin généraliste, pédiatre traitant, Office National de l'Enfance (ONE), Kind en Gezin et Dienst für Kind und Familie, crèche, école, etc. L'établissement est tenu de les associer

aux réunions d'équipe si nécessaire et de récolter des informations qu'il juge opportunes dans la poursuite des objectifs visés par la présente convention.

L'établissement informera au moins le médecin généraliste et le pédiatre traitant des résultats obtenus des différents bilans et ce, après la réalisation de chaque bilan.

§ 7. L'établissement se doit d'offrir son aide aux bénéficiaires visés sans distinction de nationalité, de race, de sexe, d'âge, de religion, de conception de vie, ou de domicile.

Dans le suivi, il devra toujours partir du respect de la conviction et de l'autonomie de tous.

§ 8. L'établissement doit pouvoir être localisé sur la base d'une adresse suffisamment précise et d'un numéro de téléphone.

§ 9. L'établissement qui a conclu la présente convention doit avoir conclu au préalable un contrat de collaboration avec au moins un Service NIC.

Ce contrat de collaboration qui lie l'établissement et le Service NIC doit comprendre :

- L'engagement selon lequel le Service NIC orientera de préférence les patients vers l'établissement qui a signé la présente convention. Le Service NIC orientera donc (sur cette base) autant que possible les enfants qui en sortent et qui répondent aux critères visés par la présente convention vers l'établissement
- Le nombre d'enfants visés à l'article 2 de la présente convention et ayant été hospitalisés dans le Service NIC en conséquence de leur naissance prématurée et ce, à partir de leur naissance (ou au plus tard 3 semaines après leur naissance) durant l'année qui a précédé la conclusion du contrat de collaboration qui lie l'établissement et le Service NIC
- Les modalités de transmission des données entre l'établissement et le Service NIC

L'établissement qui a signé la présente convention peut conclure des contrats de collaboration avec plusieurs Services NIC mais un Service NIC ne peut conclure qu'un seul contrat de collaboration avec un des établissements qui a signé la présente convention. Cependant, si les parents du bénéficiaire visé par la présente convention souhaitent que ce dernier soit suivi dans un autre établissement que celui avec lequel le Service NIC est lié par un contrat de collaboration après la sortie du bénéficiaire du Service NIC, il doit toujours être possible de les orienter vers un autre établissement. Dans ce cas, le Service NIC collaborera avec l'établissement qui prendra en charge le suivi du bénéficiaire concerné, malgré le contrat de collaboration qui le lie à un autre établissement.

§ 10. **Pour pouvoir prétendre au bénéfice de la présente convention** et étant donné le fait que seule une partie des patients visés ayant été hospitalisés dans un NIC s'adressera effectivement à l'établissement qui a signé la présente convention, un établissement doit avoir conclu un/des contrat(s) de collaboration avec un/des Service(s) NIC dont le total des nourrissons, nés dans une même année calendrier et qui, répondent aux critères de l'article 2 et qui ont été hospitalisés dans le Service NIC depuis leur naissance (ou au plus tard 3 semaines après leur naissance) s'élève à un minimum de 140.

Le contrôle du respect de ce nombre minimum de patients à prendre en charge par le/les Services NIC doit être rendu possible à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'I.N.A.M.I.

Le Comité de l'assurance peut à tout moment décider de terminer la présente convention à partir de la date de décision, sans préavis s'il constate que le(s) Service(s) NIC ayant conclu un contrat de collaboration avec l'établissement ne parvien(nen)t pas à 140 patients et que la présente convention a donc été conclue sur la base de données erronées.

Le cas échéant, l'assurance peut récupérer toutes les prestations remboursées dans le cadre de la présente convention depuis la date de son entrée en vigueur, fixée à l'article 22 § 1 de la convention.

§ 11. **Pour conserver le bénéfice de la présente convention**, l'établissement doit prendre en charge un minimum de 100 nouveaux bénéficiaires différents par année calendrier dans le cadre de la présente convention. Par nouveau bénéficiaire, il est entendu les bénéficiaires qui font partie du groupe 1 ou du groupe 2 dont il est question à l'article 2 de la présente convention et pour lesquels un premier bilan (peu importe qu'il s'agisse d'un bilan A, B, C ou D) a été réalisé dans le cadre de la présente convention pendant l'année calendrier considérée.

Cette limite minimale permet de garantir l'acquisition d'une expérience et de pouvoir entretenir cette expérience.

En vertu des dispositions mentionnées au § 2 du présent article, il peut être tenu compte du nombre d'enfants pris en charge sur chacun des sites sur le(s)quel(s) sont proposées les activités conventionnelles et afin de pouvoir atteindre le nombre minimum de patients à prendre en charge pour conserver le bénéfice de la présente convention (100 nouveaux patients par année).

Le contrôle du respect de ce nombre minimum de patients à prendre en charge doit être rendu possible à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'I.N.A.M.I. A la demande de ces Services, l'établissement doit pouvoir démontrer à tout moment qu'il répond à ce critère.

Si l'établissement n'est pas en mesure de prendre en charge le nombre minimum de patients l'établissement est tenu d'informer, avant le 31 janvier qui suit l'année considérée le Service des soins de santé de l'INAMI qu'il ne répond pas à ces conditions pour l'année considérée.

Si le Service des soins de santé de l'INAMI constate pendant 2 années consécutives (par le biais de la communication du centre, des chiffres de production, d'un contrôle effectué sur place, des données communiquées par les organismes assureurs ou par toutes autres voies) que l'établissement ne satisfait pas aux conditions minimum, une dénonciation de la présente convention pourra être proposée au Comité de l'assurance. Une lettre recommandée à la poste sera alors adressée à l'établissement lui communiquant que la convention prendra fin, moyennant un préavis de 3 mois qui prend cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE ET DOSSIER INDIVIDUEL

Article 5.

L'équipe - dont il est question à l'article 8 de la présente convention – concrétise le caractère multidisciplinaire du programme de suivi par la mise à jour d'un dossier individuel commun pour chaque bénéficiaire pris en charge dans le cadre de la présente convention et organise des réunions d'équipe régulièrement.

§ 1. *Dossiers individuels*

Les résultats et conclusions de tous les examens des bénéficiaires individuels doivent être mentionnés dans le dossier individuel tenu pour chacun d'entre eux.

En effet, par bénéficiaire suivi dans le cadre de la présente convention, il est établi un dossier individuel qui donne un aperçu du suivi effectué et des interventions réalisées. Ce dossier peut faire partie d'un dossier médical centralisé. Chaque membre de l'équipe doit pouvoir trouver à tout moment dans le dossier individuel toutes les informations thérapeutiques nécessaires pour l'accomplissement de sa tâche.

Outre les éléments techniques d'un dossier médical tels que les antécédents, la correspondance médicale et thérapeutique ainsi que les données diagnostiques, ce dossier doit également comporter, pour chaque bénéficiaire, les éléments suivants :

- les décisions et les conclusions des discussions d'équipe sur le bénéficiaire concerné ainsi que toutes les décisions particulières importantes et tous les arrangements importants pris avec les parents du bénéficiaire;
- chaque intervention de l'équipe en présence du bénéficiaire intéressé, avec mention de la date, du dispensateur de soins, de l'heure de début et de l'heure de fin de l'intervention, des personnes telles que le patient ou les parents avec lesquels le contact compris dans l'intervention a été établi et une brève description de la nature de l'intervention;
- l'identité et les autres données qui permettent de contacter aisément le médecin traitant et d'éventuels autres dispensateurs de soins, en dehors des membres de l'équipe, qui soignent le bénéficiaire.

§ 2. *Fonctionnement multidisciplinaire*

En principe, sauf exceptions justifiées, chaque membre de l'équipe doit être présent aux réunions, au moins quand sont examinés les cas de bénéficiaires avec lequel il a eu des contacts. Ces réunions visent d'une part, la discussion systématique de la situation des bénéficiaires de la présente convention, sous l'angle des diverses disciplines concernées, et d'autre part, l'étude de thèmes généraux relatifs au concept de prise en charge proposé dans le cadre de la présente convention ainsi que l'évaluation et l'amélioration permanente du fonctionnement de l'établissement, tant sur le plan des programmes de suivi que du concept de prise en charge.

Dans le cas où les activités prévues dans le cadre de la présente convention sont réalisées sur plusieurs sites et dans l'attente de la concrétisation des dispositions mentionnées à l'article 19 de la présente convention, les membres de l'équipe (équipes médicale et paramédicale) de tous les sites confondus qui dispensent ces prestations au sein des différents sites doivent se réunir ensemble (réunion d'équipe commune) et ce, au moins 2 fois par année calendrier. L'équipe médicale active sur chaque des sites doit quant à elle organiser des réunions d'équipe commune au moins 4 fois par année calendrier.

LE PROGRAMME DE SUIVI

Article 6.

L'établissement s'engage à n'entreprendre un programme de suivi dans le cadre de la présente convention que sur la base d'un document rédigé par le médecin qui a pris en charge le bénéficiaire après sa naissance (et ce, durant la période d'hospitalisation de ce bénéficiaire en raison de sa naissance prématurée). Ce document mentionne effectivement le poids de naissance du bénéficiaire ainsi que son âge gestationnel au moment de la naissance. Ainsi, il sera possible sur la base de ce document de confirmer que le bénéficiaire répond aux conditions pour prétendre au programme de suivi proposé dans le cadre de la présente convention. Le médecin qui rédige le document dont il est question ci-avant informe les parents du bénéficiaire des différentes possibilités qui s'offrent à eux en ce qui concerne le choix de l'établissement. Ce document doit de préférence être rédigé dès la sortie du bénéficiaire de l'unité d'hospitalisation. Cependant, il doit toujours être possible de se procurer ce document au-delà de la période d'hospitalisation qui a suivie la naissance prématurée du bénéficiaire.

Article 7.

§ 1^{er}. L'établissement propose au bénéficiaire visé par l'article 2 de la présente convention, un programme de suivi sur le long terme et ce, jusque l'âge de 5,5 ans inclus maximum.

Le programme de suivi doit être effectué par les membres de l'équipe dont il est question à l'article 8 de la présente convention et diffère selon l'âge du bénéficiaire.

§ 2. En ce qui concerne les bénéficiaires visés par l'article 2 de la présente convention (groupe 1 et groupe 2), le programme de suivi multidisciplinaire minimal, systématique et uniforme consiste en la réalisation de bilans, auprès du bénéficiaire, à des âges clés de son développement :

- Bilan **A** lorsque le bénéficiaire a 3, 4 ou 5 mois d'âge corrigé
- Bilan **B** lorsque le bénéficiaire a 9, 10, 11, 12 ou 13 mois d'âge corrigé
- Bilan **C** lorsque le bénéficiaire a 22, 23, 24 ou 25 mois d'âge corrigé
- Bilan **D** lorsque le bénéficiaire a entre 4,5 ans et 5,5 ans inclus

Afin de pouvoir réaliser un bilan, le bénéficiaire doit avoir atteint l'âge minimum et maximum requis pour le dit bilan comme fixé au présent §. Toutes les interventions des membres de l'équipe (comme prévues aux §§ 3, 4, 5 et 6 du présent article) pour le dit bilan doivent donc être réalisées entre la période minimale et maximale prévue. Dans le cas où certaines interventions ont effectivement lieu en deçà ou au-delà de cette période, l'établissement ne pourra pas porter en compte la prestation de bilan à l'organisme assureur du bénéficiaire concerné.

L'âge corrigé du bénéficiaire est défini comme étant l'âge actuel de l'enfant calculé sur la base de sa date de naissance moins le nombre de semaines d'avance que l'enfant est né.

Les bilans consistent de manière générale en la réalisation d'un examen médical général, d'un examen neuromoteur, d'un accompagnement psycho-éducatif et en la réalisation de tests plus spécifiques. Le contenu du bilan diffère selon l'âge du bénéficiaire.

§ 3. Le **bilan A** prévoit spécifiquement :

- Une consultation médicale (avec un médecin spécialiste prévu à l'article 8 § 1^{er}, point b de la présente convention) avec comme objectif la réalisation des évaluations suivantes :
 - Evaluation clinique générale avec suivi des courbes de croissance staturo-pondérale
 - Evaluation neurologique et développementale

- Evaluation du développement sensoriel ;
- Une consultation psychologique (qui peut se réaliser en **consultation conjointe** avec le médecin et/ou le kinésithérapeute) de minimum 0,5 heure auprès du bénéficiaire et ses parents :
 - Soutien à la parentalité
 - Dépistage des troubles relationnels précoces
- Une consultation avec le kinésithérapeute de minimum 0,5 heure auprès du bénéficiaire :
 - Examen neuromoteur
 - Conseil de positionnement et de portage de l'enfant
- Une consultation avec un assistant social (**si indiqué**):
 - Aide les parents dans leurs démarches administratives ou toutes autres démarches d'aides sociales
- Discussion et synthèse des observations lors d'une réunion d'équipe
- Discussion (du médecin et d'un autre membre de l'équipe) avec les parents du bénéficiaire des résultats des examens effectués et recommandations (durée moyenne prévue de cette discussion : 0,5 heure)
- Renvoi vers des traitements appropriés en cas de détection de trouble(s)
- Rédaction d'un rapport avec les observations et les recommandations à l'intention du médecin généraliste du bénéficiaire ou du pédiatre traitant.

§ 4. Le **bilan B** prévoit spécifiquement :

- Une consultation médicale (avec un médecin spécialiste prévu à l'article 8 § 1^{er}, point b de la présente convention) avec comme objectif la réalisation des évaluations suivantes :
 - Evaluation clinique générale avec suivi des courbes de croissance staturo-pondérale
 - Evaluation neurologique et développementale
 - Evaluation du développement sensoriel
 - Evaluation de l'organisation et de la réalisation des prises en charge et recommandations émises lors du bilan précédent
- Une consultation psychologique de minimum 1 heure auprès du bénéficiaire et ses parents :
 - Examen diagnostique à l'aide d'un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
 - Soutien à la parentalité
 - Dépistage des troubles relationnels précoces
- Une consultation avec le kinésithérapeute de minimum 0,5 heure auprès du bénéficiaire :
 - Examen neuromoteur
 - Examen diagnostique à l'aide d'un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
 - Conseil de positionnement et de stimulation de l'enfant
- Une consultation avec un assistant social (**si indiqué**) :
 - Aide les parents dans leurs démarches administratives ou toutes autres démarches d'aides sociales
- Discussion et synthèse des observations lors d'une réunion d'équipe
- Discussion (du médecin et d'un autre membre de l'équipe) avec les parents du bénéficiaire des résultats des examens effectués et recommandations (durée moyenne prévue de cette discussion : 0,5 heure)
- Renvoi vers des traitements appropriés en cas de détection de trouble(s)
- Rédaction d'un rapport avec les observations et les recommandations à l'intention du médecin généraliste du bénéficiaire ou du pédiatre traitant

§ 5. Le **bilan C** prévoit spécifiquement :

- Une consultation médicale (avec un médecin spécialiste prévu à l'article 8 § 1^{er}, point b de la présente convention) avec comme objectif la réalisation des évaluations suivantes :
 - o Evaluation clinique générale avec suivi des courbes de croissance staturo-pondérale
 - o Evaluation neurologique et développementale
 - o Evaluation du développement sensoriel
 - o Evaluation de l'organisation et de la réalisation des prises en charge et recommandations émises lors du bilan précédent
- Une consultation psychologique de minimum 1 heure auprès du bénéficiaire et ses parents :
 - o Examen diagnostic à l'aide d'un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
 - o Soutien à la parentalité
 - o Dépistage des troubles relationnels précoces
- Une consultation avec le kinésithérapeute de minimum 0,5 heure auprès du bénéficiaire :
 - o Examen diagnostic à l'aide d'un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
 - o Examen neuromoteur Conseil de positionnement et de stimulation de l'enfant
- Une consultation avec un assistant social (**si indiqué**) :
 - o Aide les parents dans leurs démarches administratives ou toutes autres démarches d'aides sociales
- Discussion et synthèse des observations lors d'une réunion d'équipe
- Discussion (du médecin et d'un autre membre de l'équipe) avec les parents du bénéficiaire des résultats des examens effectués et recommandations (durée moyenne prévue de cette discussion : 0,5 heure)
- Renvoi vers des traitements appropriés en cas de détection de trouble(s)
- Rédaction d'un rapport avec les observations et les recommandations à l'intention du médecin généraliste du bénéficiaire ou du pédiatre traitant

§ 6. Le **bilan D** prévoit spécifiquement :

- Une consultation médicale (avec un médecin spécialiste prévu à l'article 8 § 1^{er}, point b de la présente convention) avec comme objectif la réalisation des évaluations suivantes :
 - o Evaluation clinique générale avec suivi des courbes de croissance staturo-pondérale
 - o Evaluation neurologique et développementale
 - o Evaluation du développement sensoriel
 - o Evaluation de l'organisation et de la réalisation des prises en charge et recommandations émises lors du bilan précédent
- Une consultation psychologique de minimum 2 heures auprès du bénéficiaire et ses parents:
 - o Examen diagnostic à l'aide d'un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
 - o Evaluation du développement affectif de l'enfant
- Une consultation avec le kinésithérapeute de minimum 1,25 heure, auprès du bénéficiaire:
 - o Examen diagnostic à l'aide d'un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
- Une consultation avec un assistant social (**si indiqué**):

- Aide les parents dans leurs démarches administratives ou toutes autres démarches d'aides sociales
- Une consultation logopédique de minimum 1,25 heure auprès du bénéficiaire:
 - Evaluation standardisée du développement du langage oral (tests adaptés en fonction du régime linguistique) et des pré-requis de l'école
- Discussion et synthèse des observations lors d'une réunion d'équipe
- Discussion (du médecin et d'un autre membre de l'équipe) avec les parents du bénéficiaire des résultats des examens effectués et recommandations (durée moyenne prévue de cette discussion : 0,5 heure)
- Renvoi vers des traitements appropriés en cas de détection de trouble(s)
- Rédaction d'un rapport avec les observations et les recommandations à l'intention du médecin généraliste du bénéficiaire ou du pédiatre traitant

§ 7. Pour le groupe 2 de bénéficiaires, seuls 2 bilans peuvent être portés en compte aux organismes assureurs des bénéficiaires concernés. Il s'agit d'une part, d'un bilan A, B ou C et d'autre part, d'un bilan D. Le choix du bilan A, B ou C est déterminé par l'âge du bénéficiaire au moment de la réalisation du bilan.

§ 8. Un bénéficiaire qui intégrerait le programme en cours de route à un âge où il a déjà raté un ou plusieurs bilans peut suivre le restant du programme de suivi prévu dans le cadre de la présente convention sans avoir bénéficié au préalable du(es) bilan(s) précédent(s). Un enfant peut donc intégrer le programme en cours de route. En tenant compte des dispositions du § 2 du présent article, l'âge minimum et maximum requis pour chaque bilan doivent en tout cas être respectés.

§ 9. Dans le cas où le bénéficiaire ne se présente pas au rendez-vous de suivi, des démarches doivent être entreprises en collaboration avec le réseau de la Petite Enfance (l'Office National de l'Enfance, Kind en Gezin, Dienst für Kind und Familie, crèche, etc.) afin de motiver les parents pour le suivi visé par la présente convention.

§ 10. Les consultations, les examens et les discussions avec les parents seront organisées de manière concertée entre les différents intervenants afin de limiter les déplacements de la famille. Toutefois, un bilan peut demander plusieurs rendez-vous en fonction de l'état de fatigue de l'enfant et pour des raisons organisationnelles (discussion d'équipe préalable à la discussion avec les parents). Un seul et même bilan peut donc être réalisé sur plusieurs jours et ce, en concertation avec les parents du bénéficiaire concerné.

§ 11. Chaque type de bilan prévu ne peut être effectué et porté en compte qu'une seule fois pour un bénéficiaire.

§ 12. Etant donné que la philosophie de la présente convention consiste à détecter précocement certains troubles qui pourraient survenir suite à la grande prématurité des bénéficiaires et qui, à défaut du suivi prévu dans le cadre de la présente convention ne seraient détectés que nettement plus tard, seuls les bénéficiaires **ambulateurs** sont visés par la présente convention. Sont donc visés les patients qui ne sont pas hospitalisés.

Les prestations de bilan prévues dans le cadre de la présente convention effectuées pendant une période d'hospitalisation d'un bénéficiaire ne peuvent donc pas être portées en compte dans le cadre de la présente convention étant donné que le suivi dont il est question dans le cadre de la présente convention est superflu pour ces patients qui bénéficieront d'emblée d'un suivi qui permette de détecter certains troubles dans le cadre de leur hospitalisation.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE ET SON FONCTIONNEMENT

Article 8.

§ 1^{er}. *Composition de l'équipe*

a) Equipe multidisciplinaire

L'équipe multidisciplinaire de l'établissement est constituée de membres de discipline médicale, de membres qui assurent une fonction thérapeutique non médicale et de membres qui assurent une fonction administrative.

b) Disciplines médicales

Les médecins qui doivent faire partie au minimum de l'encadrement médical dans le cadre de la présente convention sont :

- des médecins spécialistes en neurologie titulaires d'un titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique **ou** ;
 - des médecins spécialistes en pédiatrie titulaires d'un titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique ;
- tout deux dénommés ci-après dans le texte comme neuro-pédiatres.

Les neuro-pédiatres peuvent travailler **en association avec** des médecins spécialistes en pédiatrie titulaires d'un titre professionnel particulier en néonatalogie (dénommés ci-après dans le texte comme pédiatres néonatalogues).

Le temps de travail dans le cadre de la présente convention des pédiatres néonatalogues ne peut pas être supérieur au temps de travail des neuro-pédiatres dans le cadre de la présente convention.

Toutefois, une dérogation à cette disposition peut être demandée auprès du Collège des médecins-directeurs qui peut confirmer l'expertise particulière d'un néonatalogue dans le domaine de la neuro-pédiatrie. L'établissement qui souhaite que le temps de travail des pédiatres néonatalogues soit supérieur au temps de travail des neuro-pédiatres, doit introduire une demande. Cette demande doit contenir les éléments suivants :

- ◆ le temps de travail de chaque médecin dans le cadre de la convention ;
- ◆ le curriculum vitae du/des pédiatres néonatalogues concernés ;
- ◆ les formations suivies dans le domaine de la neuro-pédiatrie par le(s) néonatalogue(s) dans le cas où il n'est pas déjà fait mention de ces formations dans le curriculum vitae ainsi que les attestations de suivi de ces formations;
- ◆ toute autre preuve qui peut démontrer l'expérience acquise du/des pédiatres néonatalogues dans le domaine de la neuro-pédiatrie.

Le Collège des médecins-directeurs n'accèdera à la demande de l'établissement que s'il est d'avis que les formations suivies et l'expérience du/des néonatalogues dans le domaine de la neuro-pédiatrie sont suffisamment convaincantes pour qu'il(s) puisse(nt) exercer un temps de travail supérieur aux neuro-pédiatres dans le cadre de la présente convention.

Même en cas d'accord du Collège des médecins-directeurs sur cette demande de dérogation, la présence d'un neuro-pédiatre dans l'équipe reste obligatoire.

Un des neuro-pédiatres ou des néonatalogues dont l'expertise dans le domaine de la neuro-pédiatrie a été confirmée par le Collège des médecins-directeurs dirige l'équipe et est responsable de son fonctionnement et de son organisation. Ce médecin est compétent pour confier aux autres membres de l'équipe les missions nécessaires pour la réalisation des buts visés dans le cadre de la présente convention. Il est également associé à la sélection et au recrutement des membres de l'équipe, pour lesquels son avis favorable est requis.

c) Fonctions thérapeutiques non médicales

En ce qui concerne les fonctions thérapeutiques non médicales, l'équipe se compose au moins des disciplines suivantes :

- Un master ou une licence en psychologie d'orientation clinique ou neuropsychologique
- Un kinésithérapeute attestant d'une formation spécialisée en troubles moteurs de l'enfant et du nourrisson ;
- Un logopède;
- un gradué ou un bachelier :
 - en assistance sociale **ou**
 - un infirmier social.

d) Encadrement administratif

En ce qui concerne l'encadrement administratif, l'établissement doit disposer d'un collaborateur administratif.

§ 2. L'établissement doit pouvoir démontrer à tout moment quel est le temps de travail exercé par les différents membres de l'équipe dans le cadre de la présente convention, afin de réaliser les activités prévues par la convention. Ce temps de travail doit permettre d'assurer tant le travail direct (contacts avec les bénéficiaires et les parents) que le travail indirect (travail en dehors de la présence des bénéficiaires et des parents) nécessaire à la réalisation des différents bilans au profit des bénéficiaires visés par la présente convention.

Afin de disposer de l'encadrement nécessaire à la réalisation des activités de bilans prévues dans le cadre de la présente convention, l'établissement doit disposer du minimum nécessaire par discipline pour la réalisation des bilans (travail direct) prévus dans le cadre de la présente convention et y ajouter au minimum 40% de ce temps de travail pour les activités indirectes (réalisées en dehors de la présence du bénéficiaire).

Pour le respect de ces dispositions, le temps de travail suivant ne peut toutefois jamais être porté en compte :

- Le temps consacré par les médecins de l'équipe aux examens spécifiques remboursables sur base de la nomenclature des prestations de santé et ne faisant pas partie des consultations (pour les médecins de l'équipe, le temps de travail des consultations peut être pris en compte) ;
- Le temps de travail des prestataires qui ne sont pas membres de l'équipe visée au § 1^{er} du présent article, même pas dans le cas où ils ont effectués des prestations de santé pour les bénéficiaires de la convention et ont assistés à des réunions d'équipe.

L'annexe 1 donne un exemple d'adaptation proportionnelle de l'encadrement en fonction du nombre et du type de bilan réalisé.

Il pourrait être demandé à l'établissement de justifier l'encadrement employé dans le cadre de la présente convention à tout moment.

Afin de pouvoir démontrer que l'établissement dispose de l'encadrement nécessaire à la réalisation des activités conventionnelles prévues dans le cadre de la présente convention, 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'heures par semaine et quel horaire de travail. Il doit également pouvoir être présenté immédiatement lors de chaque visite de contrôle d'un représentant de l'I.N.A.M.I ou des organismes assureurs.

Si l'I.N.A.M.I constate, sur base du relevé des membres de l'équipe dont mention à l'alinéa précédent, que l'encadrement rempli ne correspond pas aux exigences de la présente convention et à condition que l'établissement ait eu la possibilité d'en exposer les raisons par écrit, cela peut constituer 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 bilans; pourcentage qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant. L'établissement s'engage dans ce cas à ne pas facturer aux patients la partie récupérée des prestations de bilans.

L'établissement s'engage à prendre sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde, ...) ou définitivement (pour cause de licenciement, démission, ...). Il n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'il rémunère effectivement ces membres du personnel.

Si des membres de l'équipe en fin de carrière sont dispensés de prestations de travail 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 d'autres membres de l'équipe, compte tenu des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire sort du cadre de la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

Article 9.

L'établissement s'engage à rémunérer les membres de son équipe au moins selon la même échelle salariale que celle du personnel des hôpitaux.

Le coût salarial de l'équipe occupée dans le cadre de la convention est supposé entièrement pouvoir être supporté par l'établissement sur la base du remboursement du coût des bilans diagnostics effectués dans le cadre de la présente convention. L'établissement ne peut dès lors percevoir aucune autre intervention financière de la part d'une autorité publique – quel qu'en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial de l'équipe financée par la présente convention à l'exception des médecins qui font partie de

l'équipe de l'établissement pour lesquels des prestations peuvent être portées en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé et ce, conformément aux dispositions de l'article 14 § 3 de la présente convention.

LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS LE COUT DU PROGRAMME PREVU DANS LE CADRE DE LA CONVENTION

Article 10.

Le programme de suivi proposé dans le cadre de la présente convention pour un bénéficiaire ne peut être pris en considération pour le remboursement par l'assurance soins de santé que si le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil - si ce dernier est compétent - a émis un avis favorable au sujet de la prise en charge de ce programme de suivi.

La période de prise en charge accordée par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – si ce dernier est compétent - sur la base d'une seule demande individuelle de prise en charge peut être valable jusqu'aux 5,5 ans inclus du bénéficiaire. L'âge du bénéficiaire lorsqu'il commence le programme de suivi prévu par la convention n'est pas déterminé. Au terme de cette période accordée, la prise en charge dans le cadre de la présente convention ne peut jamais plus être introduite pour le bénéficiaire concerné. Ainsi, aucune demande de prolongation ne pourra être introduite après que ne se soit écoulée la période qui court jusqu'aux 5,5 ans du bénéficiaire.

Seules sont prises en considération, pour les interventions des organismes assureurs, les bilans tels qu'ils sont définis dans la présente convention, qui ont effectivement lieu dans la période accordée par le Collège des médecins-directeurs – ou le médecin-conseil dans le cas où ce dernier est compétent.

Article 11.

§ 1^{er}. Une demande de prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite par les parents du bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'établissement s'engage à assister les parents du bénéficiaire lors de l'introduction des demandes, notamment en veillant au respect du délai fixé à cet effet.

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 porter en compte au bénéficiaire intéressé les frais qui ne sont pas remboursés par l'organisme assureur pour cause d'introduction tardive de la demande.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1 du présent article prévoit notamment que la demande de prise en charge doit être introduite par les parents au moyen du modèle approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé. Le formulaire de demande joint en **annexe 2** à la présente convention peut être modifié à tout moment par le Comité de l'assurance.

A ce formulaire doit être joint un rapport médical établi par un médecin de l'établissement, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

§ 3. En application des dispositions de l'article 142 § 2 de l'arrêté royal susmentionné, la demande de prise en charge doit parvenir au médecin-conseil dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle la première prestation de bilan (telle que définie à l'article 7 de la présente convention et pour laquelle l'intervention de l'assurance est sollicitée) a été achevée. Cela implique que la demande doit parvenir au médecin-conseil au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de discussion avec les parents des résultats des examens.

§ 4. L'intervention pour le programme de suivi accordé dans le cadre de la présente convention prend fin lorsque le bénéficiaire change d'établissement avec lequel le Comité de l'assurance a conclu la même convention. Une nouvelle demande de prise en charge dans le cadre du nouvel établissement, introduite conformément aux dispositions du présent article, est toutefois exigée.

§ 5. L'établissement s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs, ou au médecin-conseil - dans le cas où celui-ci est compétent - toutes les informations qu'il juge utile afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du programme de suivi initié pour un bénéficiaire.

§ 6. Toutes les demandes individuelles de prise en charge doivent être introduites sur la base du nom et du numéro d'identification attribué à chaque établissement qui a signé la présente convention et ce, même si en vertu des dispositions de l'article 4 § 2, les activités conventionnelles peuvent être réalisées sur d'autres sites que le site principal de l'établissement qui a signé la présente convention.

PRESTATIONS REMBOURSABLES DANS LE CADRE DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 12.

§ 1^{er}. Les prestations remboursables dans le cadre de la présente convention sont des **prestations de bilan** effectuées pour un bénéficiaire visé par la présente convention. Ces prestations se composent de toutes les interventions et démarches requises conformément aux dispositions mentionnées à l'article 7 de la présente convention, effectuées par les membres de l'équipe définie dans la présente convention. L'établissement ne pourra pas porter en compte la prestation de bilan que si toutes les interventions prévues à l'article 7 ont été dispensées pour le bénéficiaire concerné. Le contrôle du respect de la réalisation de ces interventions minimales prévues pour chaque prestation de bilan doit être rendu possible sur la base des différents éléments qui doivent être mentionnés dans le dossier individuel dont il est question à l'article 5 § 1^{er} de la présente convention.

Dans le cadre de la présente convention, il existe en vertu des dispositions de l'article 7 § 2 de la présente convention 4 prestations remboursables possibles (bilans A, B, C et D).

Ces prestations sont remboursables via la mention des pseudocodes suivants sur la facture :

784674 pour la prestation de bilan A (groupe 1)
784696 pour la prestation de bilan A (groupe 2)
784711 pour la prestation de bilan B (groupe 1)
784733 pour la prestation de bilan B (groupe 2)
784755 pour la prestation de bilan C (groupe 1)
784770 pour la prestation de bilan C (groupe 2)

784792 pour la prestation de bilan D (groupe 1)

784814 pour la prestation de bilan D (groupe 2)

Ces codes sont valables uniquement pour les bénéficiaires ambulatoires en vertu des dispositions mentionnées à l'article 7 § 12 de la présente convention.

Compte tenu des dispositions de l'article 7 § 7 de la présente convention, pour les patients qui font partie du groupe 2 des bénéficiaires visés par la présente convention, seuls 2 types de prestations pourront être portées en compte pour ces patients. Les combinaisons suivantes sont possibles :

- Bilan A et bilan D **ou** ;
- Bilan B et bilan D **ou** ;
- Bilan C et bilan D

§ 2. Il est possible de porter en compte une demi-prestation dans le cas où :

- la prestation de bilan prévue est dispensée sur plusieurs jours **et** ;
- que le bénéficiaire a au moins eu les contacts requis avec le médecin et le psychologue et/ou kinésithérapeute et/ou logopède pour cette prestation de bilan **et** ;
- que l'établissement est convaincu que ce bénéficiaire ne se présentera plus aux prochaines consultations du bilan en question et qu'il ne pourra dès lors pas porter en compte un forfait complet.

L'établissement pourra uniquement pour ce cas précis porter en compte aux organismes assureurs des bénéficiaires concernés, la moitié des montants prévus à l'article 13 § 1^{er}.

Cette prestation est remboursable via la mention des pseudocodes suivants sur la facture :

784836 pour la prestation de bilan A (groupe 1)

784851 pour la prestation de bilan A (groupe 2)

784873 pour la prestation de bilan B (groupe 1)

784895 pour la prestation de bilan B (groupe 2)

784910 pour la prestation de bilan C (groupe 1)

784932 pour la prestation de bilan C (groupe 2)

784954 pour la prestation de bilan D (groupe 1)

784976 pour la prestation de bilan D (groupe 2)

PRIX DES PRESTATIONS ET MODALITES DE FACTURATION

Article 13.

§ 1^{er}. Les prix des prestations de bilan – dont un détail est rendu en **annexe 3** – sont fixés comme suit :

① Pour la prestation de bilan **A**, le prix est fixé à 238,65 EUR.

Hormis une somme non indexable de 7,95 EUR, ce prix est lié à l'indice pivot des prix à la consommation (119,62 – décembre 2012 – base 2004). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi

du 1^{er} mars 1997 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

② Pour la prestation de bilan **B**, le prix est fixé à 276,85 EUR.

Hormis une somme non indexable de 9,22 EUR, ce prix est lié à l'indice pivot des prix à la consommation (119,62 – décembre 2012 – base 2004). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1997 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

③ Pour la prestation de bilan **C**, le prix est fixé à 276,85 EUR.

Hormis une somme non indexable de 9,22 EUR, ce prix est lié à l'indice pivot des prix à la consommation (119,62 – décembre 2012 – base 2004). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1997 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

④ Pour la prestation de bilan **D**, le prix est fixé à 471,97 EUR.

Hormis une somme non indexable de 15,72 EUR, ce prix est lié à l'indice pivot des prix à la consommation (119,62 – décembre 2012 – base 2004). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1997 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 2. La prestation de bilan est facturable dès que toutes les interventions et démarches requises conformément aux dispositions mentionnées à l'article 7 nécessaires à la réalisation des objectifs de ce bilan ont été effectuées en faveur d'un bénéficiaire visé par la présente convention.

La facturation n'est possible que lorsque l'entièreté de la prestation en question a été réalisée pour le bénéficiaire concerné.

§ 3. Dans le cas où les conditions mentionnées à l'article 12 § 2 sont réunies, le prix de la demi-prestation est fixé à la moitié des prix prévus au § 1^{er} du présent article en fonction du bilan qui a débuté pour le bénéficiaire concerné.

§ 4. 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). Pour chaque bilan distinct, l'établissement fournit aux parents du bénéficiaire un récapitulatif de ce qu'il a porté en compte pour lui à l'organisme assureur.

§ 5. L'intervention de l'assurance doit être diminuée de l'intervention personnelle du bénéficiaire, fixée en application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996, modifié par l'arrêté royal du 12 février 1999, portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 6. L'établissement qui a conclu la présente convention s'engage à ne jamais porter en compte, ni aux bénéficiaires et leurs parents, ni aux organismes assureurs ou une autre instance, les interventions et prestations qui font déjà l'objet d'un remboursement dans le cadre de la présente convention. L'établissement s'engage aussi à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés aux §§ 1 et 3 du présent article, pour les interventions et prestations faisant partie d'un bilan et remboursées sur base des prix fixés dans le présent article.

REGLES DE CUMULS

Article 14.

§ 1^{er}. En tenant compte des dispositions de l'article 11 § 4, l'intervention de l'assurance dans les prestations de bilan non encore réalisées pour un bénéficiaire et prévues dans le cadre de la présente convention n'est plus due si le bénéficiaire se rend dans un autre établissement qui a signé la présente convention. Toutefois, l'établissement peut encore porter une prestation de bilan déjà aboutie avant que le bénéficiaire ne se rende dans un autre établissement, ainsi que porter en compte les prestations qui répondent aux dispositions de l'article 12 § 2 et de l'article 13 § 3.

L'établissement qui poursuit le suivi du bénéficiaire ne pourra plus porter en compte les bilans qui ont déjà été effectués ou entamés antérieurement par l'établissement initial. Toutefois, cet établissement pourra effectuer et porter en compte les prestations de bilans qui n'ont pas déjà été effectuées ou entamées et portées en compte antérieurement.

§ 2. Le suivi dans le cadre de la présente convention peut à n'importe quel moment être cumulé avec une prise en charge dans n'importe quel autre établissement de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention avec le Comité de l'assurance. La prise en charge dans un Centre de rééducation fonctionnelle de n'importe quel type n'empêche donc jamais la réalisation des bilans de suivi prévus dans le cadre de la présente convention.

Ainsi, un cumul est possible, entre autres, avec une prise en charge dans le cadre de la convention conclue avec les établissements suivants :

- Centres de rééducation ambulatoires (CRA)
- Centres en infirmité motrice d'origine cérébrale (Centres de référence et autres Centres)
- Centres de référence pour le Spina bifida
- Centres de référence pour la mucoviscidose
- Centres de référence pour la prise en charge des affections neuromusculaires
- ...

§ 3. Etant donné que le temps de travail médical remboursé dans le cadre de la présente convention sur base des prix des bilans (fixés dans l'article 13 de la présente convention), ne comprend que le temps de travail nécessaire au travail multidisciplinaire et à la coordination des activités prévues dans le cadre de la présente convention, des prestations médicales peuvent être portées en compte, en sus des montants prévus par la présente convention, dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé. Toutefois, les prestations médicales qui sont effectuées dans le cadre des bilans prévus par la présente convention et qui sont portées en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, ne peuvent être portées en compte qu'au honoraire officiel sur base duquel l'intervention de l'assurance est calculée et

qui peut être consulté sur le site internet de l'INAMI (il s'agit ici en principe des tarifs prévus pour les médecins dits « conventionnés »).

Dans le cas où pour la réalisation d'un bilan prévu dans le cadre de la présente convention, des prestations sont dispensées par plusieurs médecins de l'équipe visée à l'article 8 de la présente convention, le même jour, pour un même bénéficiaire, seul un de ces médecins pourra porter en compte une consultation dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

L'établissement s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires vis-à-vis des médecins de son équipe afin de respecter ces dispositions.

§ 4. Aucune prestation de kinésithérapie et de logopédie figurant dans la nomenclature des prestations de santé ne pourra être portée en compte en sus du forfait prévu dans le cadre de la présente convention dans le cas où ces prestations de kinésithérapie ou de logopédie sont effectuées par les membres de l'équipe active au sein de l'établissement en faveur des bénéficiaires visés par la présente convention et ce, tant si ces prestations sont effectuées dans que en dehors de l'établissement.

§ 5. Aucune prestation de psychologie ou d'assistance sociale ne pourra être portée en compte non plus en sus du forfait prévu dans le cadre de la présente convention dans le cas où ces prestations de psychologie ou d'assistance sociale sont effectuées par les membres de l'équipe active au sein de l'établissement en faveur des bénéficiaires visés par la présente convention et ce, tant si ces prestations sont effectuées dans que en dehors de l'établissement.

CHIFFRES DE PRODUCTION ET COMPTABILITE

Article 15.

§ 1. Avant la fin du mois suivant la fin de chaque trimestre, l'établissement transmet les chiffres de production (soit le nombre de bilans effectués, par type, multiplié par leurs prix respectifs) relatifs à ce trimestre au moyen de l'application informatique que le Service des soins de santé a fait parvenir à cet effet.

Chaque bilan effectué pour un bénéficiaire ne peut figurer qu'une seule fois dans les chiffres de production d'une année calendrier. Les prestations dont il apparaît d'avance qu'elles ne sont pas remboursables (par exemple parce qu'elles ne répondent pas aux conditions fixées dans le cadre de la présente convention ou parce que le bénéficiaire n'est pas assuré dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) 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 premier 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 dans les 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l'INAMI et l'établissement) sont suspendus d'office tant qu'il n'est pas satisfait à cet engagement.

§ 2. L'établissement désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Il communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé de l'INAMI qu'il informe également de tout changement de ces coordonnées.

§ 3. Dans le cas où, en vertu des dispositions de l'article 4 § 2 de la présente convention, les activités conventionnelles sont réalisées sur plusieurs sites, les chiffres de production doivent être transmis globalement pour l'ensemble des sites sur lesquels sont dispensées les activités conventionnelles. Cette transmission se fera par l'établissement ayant signé la présente convention qui communique alors des chiffres globaux pour lui et les différents sites.

Article 16.

Le Pouvoir organisateur de l'établissement tient une comptabilité basée, d'une part, autant que possible, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.08.1987), et d'autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus.

Le pouvoir organisateur est tenu de conserver les justificatifs des recettes et des dépenses pendant 10 ans.

Les comptes doivent toujours être accessibles, dans ce délai, au Service des soins de santé de l'INAMI.

Si le Service de soins de santé le demande explicitement, un relevé des revenus et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, doit être transmis au Service des soins de santé au moyen d'un modèle déterminé par ce Service.

CONSEIL D'ACCORD

Article 17.

§ 1^{er}. Le Conseil d'accord est un organe fonctionnel composé, d'une part, des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. et, d'autre part, des médecins responsables des établissements avec lesquels la présente convention a été conclue. Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Le Conseil d'accord a pour missions :

- De suivre attentivement l'évolution du nombre de bilans de chaque type effectués (bilans complets, bilans partiels, interventions remboursables et non remboursables, etc.) et d'identifier, pour chaque type de bilan également, les troubles diagnostiqués, les orientations vers des traitements adaptés, etc.
- D'assurer un feedback c'est-à-dire de proposer, sur la base de l'évaluation des bilans effectués, des adaptations au « système conventionnel » tenant compte de la réalité et des résultats

obtenus en vue de promouvoir la qualité des bilans diagnostics dispensés aux bénéficiaires de la présente convention;

- De mener une politique générale en matière de grande prématurité : donner des avis soit à la demande, soit spontanément dans le cadre de l'assurance maladie. Ces avis seront basés sur l'expérience de travail des établissements en faveur des grands prématurés.

§ 3. Le Conseil d'accord est convoqué sur décision du Président.

§ 4. Si l'établissement n'est, à plusieurs reprises, pas présent à la réunion du Conseil d'accord, cette absence sera constatée par le Président du Conseil d'accord, par lettre recommandée adressée au pouvoir organisateur de l'établissement.

Si l'établissement reste absent, après cette constatation, cette absence sera immédiatement communiquée au Comité de l'assurance qui peut décider de résilier la convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis prévu à l'article 22, § 2 de la présente convention.

PEER REVIEW

Article 18.

§ 1^{er}. L'établissement est tenu de collaborer à la conception, à la mise à jour, à la gestion et à l'exploitation d'une base de données, visant à recenser de la manière la plus exhaustive possible et à étudier scientifiquement l'ensemble de la population des enfants dont il est question dans le cadre de la présente convention, à partir de leur naissance et hospitalisation dans un NIC. Cet enregistrement doit également comporter certaines données enregistrées de manière systématique et uniforme par l'ensemble des établissements qui ont signés la présente convention, en ce qui concerne les programmes de suivi qu'ils réalisent.

§ 2. Cet enregistrement doit se faire en collaboration avec le Collège des médecins pour la Mère et le nouveau-né (Section néonatalogie) institué auprès du Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement dont les missions principales sont d'explicitier la qualité dans son domaine et plus particulièrement organiser l'évaluation externe dans tous les domaines de la néonatalogie. Dans ce contexte, l'établissement qui a signé la présente convention est tenu (en collaboration avec le Collège des médecins pour la Mère et le nouveau né) de compléter l'enregistrement des données néonatales qui existent déjà par des informations relatives au suivi des enfants à plusieurs âges clé de leur développement.

§ 3. Les établissements qui ont conclu la présente convention rédigent en collaboration avec le Collège des médecins pour la Mère et le nouveau né (Section néonatalogie), à l'intention du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l'assurance, un rapport annuel reprenant les résultats de la collecte de données.

Le rapport doit permettre de disposer de données relatives **aux bénéficiaires** de la présente convention. A ce sujet, 3 sortes de données doivent être enregistrées :

- Données administratives :
 - Un code bénéficiaire (de manière à anonymiser les données) ;

- Le mois et l'année de naissance du bénéficiaire ;
- Le groupe dans lequel le bénéficiaire appartient (groupe 1 ou groupe 2) ;
- Pour chaque type de bilan : les dates des consultations dispensées dans le cadre de la présente convention par type de bilan, les disciplines concernées et le temps investi pour chaque consultation ;
- Données diagnostiques :
 - Quels sont les paramètres de poids et d'âge par enfant né prématuré lors de chaque bilan réalisé dans le cadre de la présente convention, par rapport à l'évolution normale d'autres enfants ? ;
 - Quels sont les résultats de tous les examens effectués dans le cadre des bilans prévus par la présente convention par rapport à l'évolution normale d'autres enfants (résultats normaux, retards de développement, troubles de développement diagnostiqués) ?
- Données de renvoi : par quel Service NIC le bénéficiaire a-t-il été envoyé à l'établissement ?

§ 4. Sur la base des données que le Collège des médecins-directeurs ou le Comité de l'assurance peut puiser dans le rapport annuel, tant le Collège des médecins-directeurs que le Comité de l'assurance peut demander pour la collecte de données suivante d'intégrer des données supplémentaires qu'ils jugent opportunes.

§ 5. Le rapport annuel doit être rendu au plus tard pour le 30 juin de l'année qui suit l'année à laquelle le rapport a trait. Les résultats de l'année 2014 seront envoyés à l'intention du Collège des médecins-directeurs en même temps que les résultats relatifs à l'année 2015, soit pour le 30 juin 2016 au plus tard.

Si le Service des soins de santé constate que pour une année déterminée, l'établissement n'a pas participé à la collecte de données sur base de laquelle le rapport annuel est constitué, une lettre recommandée sera envoyée lui demandant de se conformer aux dispositions prévues dans le cadre de la présente convention. L'établissement disposera alors de 1 mois (à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée) pour réagir et transmettre les données. Si au bout de 1 mois, l'établissement n'a toujours pas transmis les données, il peut être proposé au Comité de l'assurance de résilier la présente convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis prévus à l'article 22 § 2 de la présente convention. Avant que le Comité de l'assurance ne se prononce à ce sujet, l'établissement doit avoir eu l'occasion d'expliquer par écrit les raisons pour lesquelles il n'a pas pu transmettre les données demandées de la façon demandée.

§ 6. L'activité des différents établissements qui ont conclu la présente convention fera l'objet d'une évaluation. Cette évaluation permettra de déterminer s'il y a lieu d'adapter certaines dispositions mentionnées dans le cadre de la présente convention en fonction des résultats obtenus par cette évaluation. Pour réaliser cette évaluation, l'INAMI se donne le droit de faire usage des rapports annuels et d'en tirer l'information nécessaire. Il peut entreprendre également toute une série de démarches permettant de faire aboutir cette évaluation. A ce sujet, il n'est pas exclu que certaines informations complémentaires soient demandées aux différents établissements concernés.

PLAN D'ACTION

Article 19.

§ 1. Les 2 parties signataires de la présente convention conviennent qu'en cas de travail sur plusieurs sites, une seule et même équipe effectue les déplacements sur tous les sites. Cependant, de manière transitoire, il est autorisé que seul le médecin se déplace sur les autres sites (conformément aux dispositions de l'article 4 § 2 de la présente convention). Cependant, les 2 parties signataires de la présente convention conviennent que les établissements qui ont conclu la présente convention évoluent vers une concentration de l'expertise et prennent toutes une série de mesures permettant d'évoluer vers cette concentration. Le but est donc d'arriver à concentrer l'expertise de manière progressive; concentration qui se manifeste par le fait qu'une seule et même équipe soit active et se déplace sur les différents sites sur lesquels sont proposées les activités prévues dans le cadre de la présente convention.

§ 2. Pour ce faire, chaque établissement qui a conclu la présente convention est tenu d'élaborer un plan d'action. Ce plan d'action a pour but de garantir que l'établissement mette tout en œuvre pour évoluer vers une concentration de l'expertise.

Ce plan d'action doit mettre en lumière toutes les mesures qui ont déjà été prises et qui vont encore être prises par l'établissement pour évoluer vers cette concentration, ainsi que les délais nécessaires ou attendus de la mise en œuvre de ces mesures.

§ 3. Dans ce plan d'action seront traités au minimum les thèmes suivants :

- ⇒ Mesures prises ou à prendre au niveau de l'équipe
- ⇒ Mesures prises ou à prendre au niveau des formations
- ⇒ Mesures prises ou à prendre au niveau des réunions d'équipe communes
- ⇒ Mesures prises ou à prendre en ce qui concerne la coordination des activités dispensées dans le cadre de la convention, de manière à ce que tous les sites (et même tous les établissements ayant conclu une convention similaire) travaillent d'une façon uniformisée.

§ 4. Ce plan d'action doit être soumis au Collège des médecins-directeurs endéans les 6 mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente convention.

§ 5. L'INAMI se donne le droit de faire usage des plans d'actions et d'en tirer les informations nécessaires pour examiner si l'établissement met tout en œuvre pour concentrer l'expertise. Il peut entreprendre également toute une série de démarches permettant de faire aboutir cet examen. A ce sujet, il n'est pas exclu que certaines informations complémentaires soient demandées aux différents établissements concernés. Si le Collège des médecins-directeurs conclut de l'analyse du plan d'action que les mesures prises par l'établissement ne permettent pas d'évoluer vers une concentration suffisante de l'expertise, il peut proposer au Comité de l'assurance de dénoncer la convention (conformément aux conditions en la matière mentionnées à l'article 22 § 2 de la présente convention) ou décider de ne pas prolonger la convention au-delà de la date de fin de sa validité mentionnée à l'article 22 § 1^{er} de la présente convention.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 20.

Afin de promouvoir la qualité des programmes de suivis prévus dans le cadre de la présente convention, l'établissement s'engage à donner un exemplaire de cette convention à chaque membre de sa propre

équipe. A cet effet, l'établissement conserve les accusés de réception signés par le personnel et les tient à la disposition du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

Article 21.

L'établissement s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. et au médecin-conseil de l'organisme assureur, toute information demandée sur le plan thérapeutique et - en ce qui concerne exclusivement le Service des soins de santé - sur le plan financier ou relative à la gestion générale des conventions.

L'établissement s'engage également à permettre à tout délégué de l'I.N.A.M.I. ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'il juge utiles à cette fin.

DUREE DE VALIDITE

Article 22.

§ 1^{er}. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le 1^{er} septembre 2014 et est valable jusqu'au 31 décembre 2016.

§ 2. Une des parties peut toutefois à tout moment dénoncer la convention par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un délai de préavis de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi à la poste 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. Les annexes sont les suivantes :

Annexe 1 : Exemple d'adaptation de l'encadrement en fonction du nombre et type de bilans réalisés

Annexe 2 : Formulaire de demande de prise en charge

Annexe 3 : Détails du prix des prestations de bilan

**POUR LE POUVOIR ORGANISATEUR
DE L'ETABLISSEMENT,**

**POUR LE COMITE DE L'ASSURANCE
SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT
NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE :**

Bruxelles, le

Le Gestionnaire,

Le Fonctionnaire dirigeant,

POUR L'EQUIPE DE REEDUCATION

**H. DE RIDDER
Directeur général.**

MULTIDISCIPLINAIRE,

;

Le Médecin-responsable,

**Annexe 1 :
Exemple interprétatif : Encadrement**

Hypothèse de départ :

Pour l'année y, le Centre de suivi a réalisé :

- 100 bilans de type A ;
- 80 bilans de type B ;
- 65 bilans de type C ;
- 23 bilans de type D.

Encadrement nécessaire pour le bilan de type A:

Encadrement par patient prévu dans le forfait			Encadrement pour 100 bilans de type A
Fonction	Nombre d'heure par patient	ETP par patient	ETP pour 100 bilans
Médecin	0,75	0,0005	0,0459
Psychologue	1,5	0,0009	0,0918
Kinésithérapeute	0,75	0,0005	0,0459
Assistant social	0,5	0,0003	0,0306
Secrétariat	1	0,0006	0,0612
TOTAL	4,5	0,0028	0,2754

Encadrement nécessaire pour le bilan de type B:

Encadrement par patient prévu dans le forfait			Encadrement pour 80 bilans de type B
Fonction	Nombre d'heure par patient	ETP par patient	ETP pour 80 bilans
Médecin	0,75	0,0005	0,0367
Psychologue	2,25	0,0014	0,1102
Kinésithérapeute	0,75	0,0005	0,0367
Assistant social	0,5	0,0003	0,0245
Secrétariat	1	0,0006	0,0490
TOTAL	5,25	0,0032	0,2570

Encadrement nécessaire pour le bilan de type C:

Encadrement par patient prévu dans le forfait			Encadrement pour 65 bilans de type C
Fonction	Nombre d'heure par patient	ETP par patient	ETP pour 65 bilans
Médecin	0,75	0,0005	0,0298
Psychologue	2,25	0,0014	0,0895
Kinésithérapeute	0,75	0,0005	0,0298
Assistant social	0,5	0,0003	0,0199
Secrétariat	1	0,0006	0,0398
TOTAL	5,25	0,0032	0,2088

Encadrement nécessaire pour le bilan de type D:

Encadrement par patient prévu dans le forfait			Encadrement pour 23 bilans de type D
Fonction	Nombre d'heure par patient	ETP par patient	ETP pour 23 bilans
Médecin	0,75	0,0005	0,0106
Psychologue	3,75	0,0023	0,0528
Kinésithérapeute	1,85	0,0011	0,0260
Assistant social	0,5	0,0003	0,0070
Logopède	1,85	0,0011	0,0260
Secrétariat	1	0,0006	0,0141
TOTAL	9,7	0,0059	0,1365

Encadrement total nécessaire :

Bilan type A : 0,2754 ETP

Bilan type B : 0,2570 ETP

Bilan type C : 0,2088 ETP

Bilan type D : 0,1365 ETP

TOTAL : 0,8778 ETP pour accompagner les patients suivis dans le Centre de suivi pour l'année y.

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION
DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE CADRE DE LA CONVENTION POUR LE SUIVI DES ENFANTS NES
GRANDS PREMATURES JUSQUE L'AGE DE 5,5 ANS**

Ce présent formulaire vise à introduire une demande d'intervention dans le coût du programme de suivi des enfants nés grands prématurés (enfants nés avec un âge gestationnel inférieur à 32 semaines) auprès de la mutualité du bénéficiaire. Le programme de suivi court jusqu'à l'âge de 5,5 ans de l'enfant.

Cette procédure est régie par l'article 23 § 1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

A REMPLIR PAR LES PARENTS DU BENEFICIAIRE FAISANT PARTIE DU GROUPE CIBLE DE LA CONVENTION

Vignette délivrée par l'organisme assureur du bénéficiaire

Je soussigné(e)

.....(nom et prénom)

Parent(s) de

.....(nom et prénom) ; bénéficiaire dans le cadre de la convention

demande(nt) une intervention pour le programme de suivi des enfants nés grands prématurés qui vise à mettre sur pied un suivi multidisciplinaire permettant de détecter des troubles du développement possibles liés à la grande prématurité de mon enfant. Ce programme a été expliqué par l'établissement.

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

Signature du/de(s) parent(s) du bénéficiaire :

(si un représentant légal autre que les parents 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 CENTRE DE SUIVI

I. Identification du Centre de suivi :

Numéro d'identification :

Nom et adresse :

.....
.....
.....
.....

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

.....
.....
.....

II. Début de la prise en charge demandée dans le cadre de la convention

Pour le bénéficiaire, la date de début¹ de la prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante :
.../.../.....

III. Données médicales

Le médecin qui prend en charge l'enfant dans le Centre de suivi certifie que le bénéficiaire répond bien aux conditions prévues dans le cadre de la convention notamment en ce qui concerne les critères de poids et d'âge gestationnel au moment de la naissance à remplir pour que ce bénéficiaire puisse suivre le programme dans le cadre de la convention.

!! Document à annexer !! : Le document rédigé par le médecin qui a pris le bénéficiaire en charge après sa naissance (et ce, durant la période d'hospitalisation de ce bénéficiaire en raison de sa naissance prématurée). Ce document mentionne effectivement le poids de naissance du bénéficiaire ainsi que son âge gestionnel au moment de la naissance (cf. dispositions de l'article 6 de la convention).

Le médecin confirme donc sur la base de ce document, que le bénéficiaire fait partie du (cochez la /les case(s) correspondante(s)) :

Groupe 1 de la convention :

¹ Par date de début, il est entendu la date de la discussion avec les parents des résultats des examens..

Enfant né avec un âge gestationnel inférieur à 31 semaines de grossesse (sont donc visés les enfants nés avec un âge gestationnel jusque 30 semaines et 6 jours de grossesse)

Né avec un poids inférieur à 1500 grammes

Groupe 2 de la convention (enfant né avec un âge gestationnel de 31 semaines de grossesse (sont donc visés les enfants nés au maximum à la 31^{ième} semaine et 6 jours de grossesse et ayant donc moins de 32 semaines et un poids supérieur ou égal à 1500 grammes)

Nom, signature et date du **médecin de l'équipe conventionnée**:

Nom :

.....

Date :/..../.....

Signature :

.....

Réservé au Médecin-conseil	Réservé au Collège des médecins-directeurs
<p>Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :/..../.....</p> <p>Décision :</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>Avis à l'intention du Collège des médecins-directeurs :</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>Décision :</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>

Annexe 3 : Détails du prix des prestations de bilan

Le calcul est basé sur :

- les barèmes applicables aux hôpitaux de la commission paritaire 330, sauf pour le médecin pour qui le barème de MC d'un OA est pris en considération
- une ancienneté de 15 ans pour tous les membres du personnel
- indemnités de coordination pour le médecin (10% du salaire brut mensuel supplémentaire)
- Les frais généraux représentent 10% du montant total du prix de la prestation

Fonction	Barème	Coût salarial annuel pour 1 ETP	Coût salarial par heure de travail
Médecin	MC	156.726,08 €	95,92 €
Psychologue	1/80	74.893,15 €	45,83 €
Kinésithérapeute	1/55-1/61-1/77	59.186,97 €	36,22 €
Assistant social	1/55-1/61-1/77	59.186,97 €	36,22 €
Secrétariat	1/50	47.097,63 €	28,82 €

1) Prestation de bilan A

Fonction	Barème	Temps de travail prévu pour chaque discipline par patient	coût salarial par discipline en fonction du temps de travail prévu pour chaque discipline
Médecin	MC	0,75	71,94 €
Psychologue	1/80	1,5	68,75 €
Kinésithérapeute	1/55-1/61-1/77	0,75	27,17 €
Assistant social	1/55-1/61-1/77	0,5	18,11 €
Secrétariat	1/50	1	28,82 €
		4,5	214,79 €
		Frais généraux	23,87 €
		TOTAL	238,65 €

2) Prestation de bilan B

Fonction	Barème	Temps de travail prévu pour chaque discipline par patient	coût salarial par discipline en fonction du temps de travail prévu pour chaque discipline
Médecin	MC	0,75	71,94 €
Psychologue	1/80	2,25	103,13 €
Kinésithérapeute	1/55-1/61-1/77	0,75	27,17 €
Assistant social	1/55-1/61-1/77	0,5	18,11 €
Secrétariat	1/50	1	28,82 €
		5,25	249,16 €
		Frais généraux	27,68 €
		TOTAL	276,85 €

3) Prestation de bilan C

Fonction	Barème	Temps de travail prévu pour chaque discipline par patient	coût salarial par discipline en fonction du temps de travail prévu pour chaque discipline
Médecin	MC	0,75	71,94 €
Psychologue	1/80	2,25	103,13 €
Kinésithérapeute	1/55-1/61-1/77	0,75	27,17 €
Assistant social	1/55-1/61-1/77	0,5	18,11 €
Secrétariat	1/50	1	28,82 €
		5,25	249,16 €
		Frais généraux	27,68 €
		TOTAL	276,85 €

4) Prestation de bilan D

Fonction	Barème	Temps de travail prévu pour chaque discipline par patient	coût salarial par discipline en fonction du temps de travail prévu pour chaque discipline
Médecin	MC	0,75	71,94 €
Psychologue	1/80	3,75	171,88 €
Kinésithérapeute	1/55-1/61-1/77	1,85	67,01 €
Assistant social	1/55-1/61-1/77	0,5	18,11 €
Logopède	1/55-1/61-1/77	1,85	67,01 €
Secrétariat	1/50	1	28,82 €
		9,7	424,77 €
		Frais généraux	47,20 €
		TOTAL	471,97 €

A tous les Centres conventionnés dans
le suivi des enfants nés grands prématurés

I N A M I

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Correspondant : FRANKEN Céline
Attaché
Tél : 02/739.73.90 **Fax :** 02/739.73.52
E-mail : celine.franken@inami.fgov.be
Nos réf.: 1830/CF/2014/7.83.6

Bruxelles,

Cher Docteur,

Concerne : convention pour le suivi des enfants nés grands prématurés : instructions pratiques par rapport à l'application de la convention

Le Collège des médecins-directeurs a examiné, en sa séance du 3 décembre 2014, quelques problèmes pratiques qui se sont posés suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle convention pour le suivi des enfants nés grands prématurés.

Problèmes pratiques et solution du Collège :

1) Age de l'enfant au moment du bilan :

L'article 7 § 2 de la convention détermine les âges auxquels peuvent être réalisés les différents bilans.

Sur base des documents que votre établissement doit remplir pour introduire une demande de prise en charge dans le cadre de la convention à l'organisme assureur du patient concerné, les mutuelles ne peuvent savoir d'emblée quel est l'âge corrigé du patient (cet âge n'est pas mentionné dans le formulaire de demande). Cependant, les mutuelles peuvent le déduire en appliquant le principe suivant :

l'âge corrigé peut être déduit de la date de naissance de l'enfant et de son âge gestationnel (éléments connus des mutualités). En effet, l'âge corrigé d'un bénéficiaire correspond à l'âge de l'enfant à un moment donné en fonction de sa date réelle de naissance duquel doit être déduit le nombre de semaines de prématurés (en se basant sur une durée de grossesse normale de 40 semaines). Cette définition a été communiquée aux organismes assureurs.

En outre, les dispositions de l'article 7 § 2 de la convention mentionnent que le bénéficiaire doit avoir atteint l'âge minimum requis pour le bilan et que toutes les interventions doivent être réalisées entre la période minimale et la période maximale prévue. Cela sous-entend donc que le bénéficiaire doit avoir l'âge requis tant au début de la prestation de bilan (date de la première intervention d'un membre de l'équipe), que pendant la prestation, qu'à la fin de cette prestation (au moment de la discussion avec les parents des résultats des examens).

Cependant, sur base du formulaire de demande à utiliser dans le cadre de la convention, les organismes assureurs ne pourront vérifier que si le bénéficiaire a l'âge corrigé requis au moment de la discussion (avec les parents) des résultats des examens de la première prestation de bilan. Pour les autres interventions, les possibilités de vérification sont inexistantes. C'est pour cette raison qu'il y a lieu de mentionner dans vos données de facturation aux organismes assureurs **comme date de chaque prestation, la date de la discussion** (avec les parents) **des résultats des examens du dit bilan facturé**. Dans le cas où l'établissement facture **des demi-prestations** conformément aux dispositions de l'article 12 § 2 de la convention, la date qui doit être mentionnée sur la facture pour le bilan en question est **la date à laquelle la dernière intervention d'un membre de l'équipe** a été réalisée pour le bénéficiaire pour qui la prestation est facturée.

Ces instructions ont également été communiquées aux organismes assureurs.

De cette manière, les organismes assureurs disposeront d'une possibilité de contrôle supplémentaire pour les autres prestations (que la première prestation). Il vous appartient en outre de facturer des prestations qui répondent toutes aux conditions fixées par la convention.

2). Période de prise en charge :

La date de début de la période accordée par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil – dans le cas où ce dernier est compétent - doit être comprise comme étant la date à laquelle **les résultats de l'examen de la première prestation de bilan** effectuée pour le bénéficiaire ont été discutés avec les parents de l'enfant pour qui un bilan a été réalisé. Bien que cette disposition ne soit pas explicitement mentionnée dans le texte de la convention, elle figure dans le formulaire de demande qui fait l'objet de l'annexe 2 à la convention. La période de prise en charge court donc à partir de cette date de discussion avec les parents des résultats de la première prestation de bilan jusqu'au 5,5 ans de l'enfant. Par 5,5 ans, cela sous-entend que l'enfant peut bénéficier des prestations conventionnelles jusqu'au jour qu'il atteigne 5 ans et 6 mois au maximum.

Tous les bilans qui sont réalisés dans le cadre de la convention doivent avoir lieu durant cette période accordée (cf. dispositions de l'article 10 dernier alinéa).

Si il y a un accord du Collège ou du médecin-conseil au sujet de la période demandée, le Centre pourra facturer les prestations de bilan qui répondent aux conditions mentionnées dans la convention et qui ont été réalisés durant cette période. Le Centre ne doit donc pas introduire une demande pour chacune des prestations prévues dans la convention : **une seule demande suffit pour toutes les prestations de bilan prévues.**

**

Pour la facturation des prestations de bilan auprès des organismes assureurs et conformément aux instructions reprises dans la présente circulaire (cf point 1) la date à mentionner dans la facturation pour chacun des bilans correspond à la date à laquelle les résultats du bilan en question ont été discutés avec les parents (ou s'il s'agit d'une demi-prestation, la date à laquelle la dernière intervention d'un membre de l'équipe a été réalisée). **Cette date doit être comprise dans la période accordée par le Collège des médecins-directeurs ou par**

le médecin-conseil. Cette instruction a également été communiquée aux organismes assureurs.

En résumé ...

La date de la discussion avec les parents des résultats des examens réalisés pour un enfant est donc importante à plusieurs niveaux :

- parce qu'elle fixe **la date début de la période** de prise en charge (date de discussion des résultats des examens de la première prestation de bilan réalisée pour le bénéficiaire) ;
- parce qu'elle sert de base pour déterminer la période endéans laquelle la demande de prise en charge doit parvenir au Collège des médecins-directeurs ou au médecin-conseil (**règle de tardivité** qui stipule que la demande de prise en charge doit parvenir au médecin-conseil dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle la première prestation de bilan a été achevée. Cela implique que la demande doit parvenir au médecin-conseil au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de discussion avec les parents des résultats des examens – cf. dispositions de l'article 11 § 3 de la convention) ;
- parce que la date de discussion des résultats des examens de chaque bilan (ou la date de la dernière intervention d'un membre de l'équipe s'il s'agit d'une demi-prestation) doit être mentionnée **sur la facture** adressée à l'organisme assureur du bénéficiaire.

3). Ticket modérateur :

Pour les bénéficiaires qui n'ont pas droit à l'intervention majorée, les montants pour chaque prestation de bilan doivent être diminués de leur part personnelle (art. 13, § 5) et ce, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996. L'intervention personnelle s'élève actuellement à 1,73 € par prestation de bilan effectuée.

Mon Service reste à votre disposition pour toute autre question supplémentaire.

Je vous prie d'agréer, Cher Docteur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,

Directeur général.