

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2009/535 du 23 décembre 2009

370/1388

En vigueur à partir du 1 janvier 2010

Nouvelles conventions C.R.A. pour le secteur ORL-PSY

Le Comité de l'assurance a approuvé, le 21 décembre 2009, la 'convention avec les centres de rééducation ambulatoire (CRA) de divers troubles du langage, de la parole et de la voix, de troubles mentaux et du comportement'. Cette convention remplace, à partir du 1^{er} janvier 2010, les actuelles conventions ORL et PSY (conventions dont les numéros d'identification commencent par 9.53 ou 9.65). À partir du 1^{er} janvier 2010, il n'y aura plus de conventions différentes pour les centres ORL et PSY.

En annexe, vous trouverez le texte type de la nouvelle convention ainsi que deux lettres qui ont été envoyées à ce sujet aux centres (annexes 2 et 3).

Les dispositions de la nouvelle convention s'appliquent aux demandes de prise en charge que le médecin-conseil reçoit à partir du 1^{er} janvier 2010. Par rapport aux conventions en vigueur, les modifications suivantes sont importantes pour le traitement des demandes individuelles :

- La numérotation de la plupart des groupes cibles a été modifiée (cf. article 3). En annexe, vous trouverez un tableau de conversion indiquant quels groupes cibles de l'ancienne convention correspondent aux groupes cibles des nouvelles conventions (annexe 4).
- Le libellé des groupes 1, 4, 7 et 14 a également été considérablement modifié (cf. article 3).
- Certains centres pouvaient, aux termes de leur précédente convention, traiter des groupes cibles spécifiques. Ils conservent ces groupes cibles. Le libellé et la nouvelle numérotation de ces groupes cibles sont joints à l'annexe 5.
- Certains centres peuvent, à partir du 1^{er} janvier 2010, traiter un nouveau groupe cible qui n'existait pas encore dans le cadre de l'ancienne convention. Il s'agit du groupe 1bis de certains patients souffrant d'une lésion cérébrale non congénitale. Ces patients peuvent bénéficier de certaines prestations qui ne peuvent pas être dispensées à des bénéficiaires d'autres groupes (prestation *intake*, journée de rééducation fonctionnelle, demi-journée de rééducation fonctionnelle, séance de rééducation fonctionnelle *follow-up*). Le bilan initial ne peut pas être réalisé pour des bénéficiaires du groupe 1bis. Sont joints en annexe les articles qui portent spécifiquement sur le groupe 1bis et qui ont de l'importance pour les médecins-conseils (annexe 6).

Les patients ne peuvent pas faire partie successivement des groupes 1 et 1bis et vice versa. Cependant, il leur est possible de passer du groupe 1 au groupe 1bis si la demande en est faite dans les 30 jours après que le centre dans lequel le patient intéressé veut se faire traiter a signé sa convention. Une fois que les conventions auront été conclues avec ces centres, il sera signalé aux organismes assureurs avant quelle date la conversion en question doit être demandée.

- À l'intention de certains groupes cibles pour lesquels l'ancienne convention prévoyait une durée maximale de rééducation fonctionnelle, la nouvelle convention prévoit un capital maximal de séances (cf. article 13). L'article 53 contient une série de dispositions transitoires en la matière. Ces dernières sont commentées au moyen de quelques exemples dans une des lettres envoyées aux centres (lettre à l'annexe 3).
- Pour pouvoir être pris en charge dans un centre, le bénéficiaire doit être renvoyé par un médecin externe, qui utilise une lettre de renvoi. Conformément à l'article 7, § 2, de la nouvelle convention, le bilan initial doit commencer dans les 6 mois après rédaction de la lettre de renvoi. Une copie de cette lettre de renvoi doit être jointe à la demande individuelle.
- Les patients qui, sur la base de leur symptomatologie (cf. lettre de renvoi du médecin externe + anamnèse de l'établissement), n'entrent pas en ligne de compte pour une rééducation fonctionnelle multidisciplinaire après le bilan, ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge dans un centre, ni d'un bilan initial. La seule exception concerne les patients pour qui, d'après la nomenclature de logopédie, les prestations de logopédie indiquées sont remboursables uniquement sur prescription d'un médecin spécialiste d'un CRA (cf. article 8, § 2).
- Les centres peuvent désormais porter en compte des séances de groupe pour des enseignants (cf. article 20). Si après le bilan initial multidisciplinaire, le médecin-conseil approuve la prise en charge de séances de rééducation ordinaires, tant les séances de rééducation ordinaires (visées à l'article 19) que les séances de groupe pour enseignants (visées à l'article 20) peuvent être réalisées pour le bénéficiaire intéressé.
- Le rapport médical dont il est question dans l'article 26 a été modifié. Vous trouverez ce rapport à l'annexe 7.
- Les demandes individuelles de prise en charge (article 26) de séances de rééducation fonctionnelle (telles que visées aux articles 19 et 20) doivent mentionner le nombre de séances de rééducation fonctionnelle déjà réalisées lorsque ces demandes portent sur une prolongation de la période de rééducation fonctionnelle ou concernent un bénéficiaire qui a déjà été rééduqué dans un centre de rééducation fonctionnelle.
- Les pseudo-codes ont été modifiés (cf. tableau récapitulatif à l'annexe 8). Il existe maintenant des pseudo-codes par groupe et par type de prestation (bilan initial, séance de rééducation ordinaire, séance de groupe pour enseignants). Outre les pseudo-codes, les factures des centres doivent mentionner aussi le code de la 'prestation relative' pour les prestations réalisées à partir du 1^{er} janvier 2010. Pour les patients du groupe 1bis, le même pseudo-code est utilisé pour les différentes prestations.

Les conventions doivent encore être signées par les centres. Dès que certains centres ont signé leur convention, nous vous transmettrons la liste des centres qui auront déjà conclu la convention en mentionnant les groupes que chaque centre peut traiter. Au fur et à mesure que d'autres centres concluront la convention, nous ferons parvenir aux organismes assureurs des listes adaptées.

Les forfaits que les centres peuvent porter en compte changeront le 1^{er} janvier 2010. Début 2010, après la signature des nouvelles conventions, nous communiquerons également les nouveaux prix aux organismes assureurs.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

- [1. Convention](#)
- [2. Lettre aux centres \(1\)](#)
- [3. Lettre aux centres \(2\)](#)
- [4. Tableau de conversion](#)
- [5. Groupes cibles spécifiques pour certains centres](#)
- [6. Dispositions spécifiques pour le groupe 1bis](#)
- [7. Modèle de rapport médical](#)
- [8. Pseudo-codes et prestation relative](#)

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 ENTRE LES CENTRES DE RÉÉDUCATION AMBULATOIRE (CRA) DE DIVERS TROUBLES DU LANGAGE, DE LA PAROLE et DE LA VOIX, DE TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT

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

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

Il est convenu ce qui suit entre

d'une part,

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

et d'autre part,

#« 5» = nom et commune du pouvoir organisateur ##

pour

#« 1» « 2» - « 3» - « 4» = nom de l'établissement ##. Cet établissement dispose de sites à ##commune et, le cas échéant, nom de rue de chaque site##

Article 1^{er}. L'établissement de rééducation #« 1» « 2»" est désigné dans la présente convention par le terme « l'établissement ».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 2. 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 de la rééducation au sens de la présente convention, les programmes de rééducation, les prestations de rééducation, dénommées séances, le prix des séances ainsi que les modalités de leur paiement.

Elle comporte les points suivants :

I - BÉNÉFICIAIRES DE LA RÉÉDUCATION	3
II - PROGRAMME DE RÉÉDUCATION	7
III - PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE	13
III - A - SÉANCES FAISANT PARTIE D'UN BILAN INITIAL	13
III - B - SÉANCES NE FAISANT PAS PARTIE D'UN BILAN INITIAL (SÉANCES DE RÉÉDUCATION ORDINAIRES).....	14
III - C - DISPOSITIONS VALABLES TANT POUR UNE SÉANCE MENTIONNÉE AU POINT III -A, QUE POUR UNE SÉANCE MENTIONNÉE AU POINT III-B.	17
IV - PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION DANS LES FRAIS DE RÉÉDUCATION	20
V - FACTURATION ET CAPACITÉ DE FACTURATION	24
VI - INTERDICTIONS DE CUMUL	28
VII - PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT	28
VIII – ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT DE S'ADRESSER À DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES SUR LE PLAN MÉDICAL.....	33
IX. - CONSEIL D'ACCORD	35
X - AUTRES OBLIGATIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES	37
XI - DISPOSITIONS TRANSITOIRES.....	40
XII - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	42

I – BÉNÉFICIAIRES DE LA RÉÉDUCATION

Article 3. Par bénéficiaires de la rééducation au sens de la présente convention, il faut entendre : les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui sont atteints d'une pathologie figurant dans un des groupes suivants et qui, vu cette pathologie, ont besoin d'une rééducation multidisciplinaire intensive :

groupe 1 : les enfants ou adultes, ayant une lésion cérébrale d'origine vasculaire, toxique, tumorale, infectieuse ou traumatique, sans symptômes de démence.

La rééducation dans le centre suit en principe le plus rapidement possible l'hospitalisation consécutive à l'évènement déclencheur et la rééducation éventuelle ayant déjà eu lieu ailleurs auparavant. Si elle ne débute pas à ce moment ou ne pouvait pas débiter à ce moment, les raisons médicales et/ou pratiques sont précisées lors de la première demande de prise en charge. La rééducation débute toujours au plus tard 3 ans après l'évènement déclencheur.

groupe 2 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, présentant un retard mental (codes ICD-10 : F70-F79) caractérisé entre autres par un quotient intellectuel total (ou pour des enfants avant leur sixième anniversaire, par un quotient développemental) inférieur à 70, constaté par un test général de l'intelligence ou du développement

groupe 3 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui présentent des troubles envahissants du développement relevant d'une des catégories suivantes de la classification internationale des maladies, dixième révision (ICD-10) :

- autisme infantile (F84.0),
- autisme atypique (F84.1),
- syndrome de Rett (F84.2),
- autre trouble désintégratif de l'enfance (F84.3),
- hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés (F84.4),
- syndrome d'Asperger (F84.5).

groupe 4 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui souffrent de troubles complexes du développement.

Il s'agit de bénéficiaires présentant des troubles du développement dans au moins 2 des 6 domaines suivants :

1. Le langage oral ou les acquisitions scolaires

Les troubles dans ce domaine doivent répondre aux conditions suivantes :

- troubles du développement au niveau du langage oral (ICD-10 codes : F80.1, F80.2)
 - le trouble est présent depuis les stades les plus précoces du développement du langage et diagnostiqué au plus tard avant le huitième anniversaire.
 - il y a un retard significatif (-2 déviations standard = ≤ percentile 3) pour au moins trois aspects du langage (articulation/phonologie, lexique, sémantique, morphologie, syntaxe, pragmatique) dans son versant expressif et/ou réceptif. L'évaluation doit être effectuée avec un test du langage pris en individuel.
- troubles du développement au niveau des acquisitions scolaires (codes ICD-10 : F81.0, F81.1, F81.2, F81.3)
 - le trouble est présent dès les premières années de la scolarisation et constaté avant le quinzième anniversaire.
 - il y a un retard significatif (-2 déviations standard = ≤ percentile 3) de la lecture et/ou de l'orthographe et/ou du calcul. L'évaluation doit être effectuée avec un test individuel des performances correspondant au niveau de l'année scolaire dans laquelle le bénéficiaire se trouve.
 - le trouble est tenace (après au moins 6 mois de prise en charge didactique adéquate à l'école), ce qui ressort d'une concertation avec l'école et/ou le PMS.

2. La motricité (code ICD-10 : F82) ;

- le trouble doit être diagnostiqué avant le 8^e anniversaire.
- il y a un retard significatif (-2 déviations standard = ≤ percentile 3) des performances motrices lors de tâches motrices fines et/ou grossières. L'évaluation doit être effectuée avec un test individuel de la motricité fine et/ou grossière.

3. L'attention et/ou la mémoire (visuelle ou auditive) et/ou des fonctions exécutives ;

4. Le psychosocial (comportement) ;
5. La perception auditive et/ou visuelle ;
6. Le fonctionnement visuospatial.

Pour au minimum 2 de ces 6 domaines les troubles doivent être démontrés par un résultat sur un ou des tests spécifiques pour le domaine égal ou inférieur au 3^e percentile ou à deux déviations standard en dessous de la moyenne attendue pour l'âge chronologique du bénéficiaire ou, pour les troubles de l'acquisition scolaire, deux déviations standard en dessous de la moyenne correspondant au niveau de l'année scolaire dans laquelle le bénéficiaire se trouve.

Aucun trouble dans un de ces domaines n'est provoqué par une limitation de l'intelligence (quotient intellectuel total QIT ou quotient développemental total QDT < 70 sur un test individuel de l'intelligence ou du développement), un trouble important de l'audition (perte auditive moyenne de > 40 dB HL des mesures à la meilleure oreille, sans appareil auditif, aux fréquences de 1000, 2000 et 4000 hertz) ou un trouble de l'acuité visuelle, un trouble neurologique majeur ou un trouble anatomique des organes de la parole.

groupe 5 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui souffrent de troubles hyperkinétiques caractérisés par une perturbation de l'attention et une activité excessive simultanée (F90, à l'exception de F90.8 et F90.9), survenus avant le sixième anniversaire du bénéficiaire, persistant ensuite durablement, c'est à dire au moins durant six mois après leur début, et se manifestant dans plusieurs situations, surtout dans celles qui sont structurées et organisées, exigeant un bon contrôle de soi ;

Uniquement pour les CRA ayant le groupe cible « bégaiement »

groupe 6 : les enfants ou adultes qui souffrent de bégaiement,

- soit accompagné d'un autre trouble décrit dans ICD-10, qui alourdit la complexité de la problématique globale du bénéficiaire ;
- soit chez lequel il s'avère lors du diagnostic sur la base de la CIF que le bégaiement présente pour le bénéficiaire des répercussions modérées à sévères dans les domaines « activités » et « participation »¹, et/ou est alourdi de facteurs externes² et/ou personnels qui le gênent modérément, considérablement ou totalement.

groupe 7 : les enfants ou adultes qui souffrent de troubles de la parole - *séquelles d'une laryngectomie ou consécutifs à une paralysie du larynx ou d'une lésion organique du larynx et/ou des cordes vocales* -, qui souffrent de dysglossies traumatiques ou prolifératives ou qui souffrent d'un trouble de déglutition (dysphagie) d'une gravité telle qu'il menace la nutrition ou l'hydratation *per os* ou qu'il y a un risque d'aspiration.

Le trouble de déglutition (dysphagie) doit être démontré au moyen d'une VFES (*Video Fluoroscopic Evaluation of Swallowing*) ou d'une FEES (*Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*). Si aucun des deux examens ne peut être effectué chez des enfants âgés de moins de 3 ans, la demande d'intervention dans les frais de rééducation, visée dans les articles 25 et 26, doit être soumise à l'avis du Collège des médecins-directeurs., Le médecin-conseil peut ensuite donner son accord de prise en charge de la rééducation, visé dans l'article 27, uniquement en cas d'avis favorable du Collège des médecins-directeurs.

groupe 8 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui souffrent de troubles de l'ouïe qui sont apparus dans la phase pré- ou périlinguale, c.-à-d. avant le sixième anniversaire du bénéficiaire, entraînant une perte moyenne d'au moins 40 dB HL (moyenne des mesures à la meilleure oreille, sans appareil auditif, aux fréquences de 1000, 2000 et 4000 hertz) ;

¹ Il s'agit des domaines suivants :

- Pour des adolescents et des adultes : d163-d175-d177-d179, d2203, d2301-d2302, d2400-d2401-d2402, d7103-d720-d740-d750, d845-d850, d910-d920
- Pour des enfants : d163-d175-d177, d2400-d2401-d2402, d815-d820, d9100-d9200-d9201

² Il s'agit des facteurs externes suivants : pour des enfants, des adolescents et des adultes : e310-e315-e320-e325-e330-e335, e410-e415-e420-e425-e430-e435-e440-e445-e450-e455-e460-e465.

groupe 9 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, qui souffrent de troubles de l'ouïe acquis qui sont apparus chez un bénéficiaire après son sixième et avant son dix-neuvième anniversaire et entraînant une perte moyenne d'au moins 70 dB HL (moyenne des mesures à la meilleure oreille, sans appareil auditif, aux fréquences de 1000, 2000 et 4000 hertz) ;

groupe 10 : les troubles de l'ouïe acquis qui sont apparus chez un bénéficiaire après son sixième anniversaire (éventuellement donc aussi à l'âge adulte) et qui ont entraîné une perte moyenne d'au moins 40 dB HL (moyenne des mesures à la meilleure oreille, sans appareil auditif, aux fréquences de 1000, 2000 et 4000 hertz) ;

groupe 11 : les enfants ou adultes présentant des troubles de l'ouïe répondant aux conditions d'octroi du remboursement d'un implant cochléaire (en application de l'article 35, § 8, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ;

groupe 12 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, présentant des troubles graves du comportement caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes durant au moins six mois, relevant de la catégorie F91, troubles du comportement, de la classification internationale des maladies, dixième révision (ICD-10) ;

groupe 13 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, présentant des troubles de l'humeur caractérisés par un épisode maniaque (à l'exclusion de l'hypomanie, catégorie F31.0 de la classification internationale des maladies, dixième révision - ICD-10), par un épisode dépressif sévère ou par des troubles affectifs bipolaires avec au moins deux épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activités ont été profondément perturbés, relevant d'une des catégories suivantes de la classification internationale des maladies, dixième révision (ICD-10) :

- F30.1 : manie sans symptômes psychotiques,
- F30.2 : manie avec symptômes psychotiques,

- F31.1 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques,
- F31.2 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques,
- F31.4 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques,
- F31.5 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques,
- F31.6 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte,

- F32.2 : épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques,
- F32.3 : épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques ;

groupe 14 : les bénéficiaires jusqu'à la veille de leur 19^e anniversaire, souffrant d'infirmité motrice cérébrale. Il convient d'entendre par là : les bénéficiaires présentant des troubles du mouvement et de la position causés par une encéphalopathie non évolutive qui s'est manifestée de façon congénitale ou dans les 2 premières années après la naissance, quelle qu'en soit la pathologie sous-jacente ou le trouble les provoquant.

Seuls les bénéficiaires chez qui les symptômes d'infirmité motrice cérébrale comprennent également de graves troubles cognitifs, problèmes d'apprentissage, problèmes de la parole, de déglutition ou troubles du comportement, entrent en ligne de compte pour une rééducation dans l'établissement et ce, tant que des progrès en la matière sont enregistrés.

Article 4. Pour vérifier si un bénéficiaire appartient effectivement à un des groupes mentionnés à l'article 3, il convient toujours, en principe, d'utiliser des tests spécifiques qui objectivent chaque trouble cité.

Le Collège des médecins-directeurs peut (après consultation du Conseil d'accord prévu à l'article 47, qui dispose à cette fin d'un groupe de travail spécifique) toujours édicter des directives en ce qui concerne ces tests précis qui doivent être utilisés pour vérifier si un bénéficiaire souffre d'un trouble spécifique. Pour les troubles mentionnés à l'article 36 (prestations de logopédie) de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1994 fixant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les mêmes tests seront utilisés en principe dans le cadre de la présente convention et dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

L'établissement et les instances décisionnelles mentionnées à l'article 27, § 1^{er}, s'engagent à évaluer les troubles mentionnés à l'article 3 sur la base de la liste limitative de tests qui a été dressée par le Collège des médecins-directeurs.

Si aucun test n'est encore disponible pour objectiver un trouble spécifique, l'établissement citera en détail, dans les demandes de prise en charge visées à l'article 26, les différents éléments sur lesquels il s'est fondé pour arriver à la conclusion que le bénéficiaire souffre de ce trouble.

Article 5. Ne sont jamais considérées comme bénéficiaires de la rééducation au sens de la présente convention, les personnes présentant un ou plusieurs des troubles suivants :

- troubles secondaires dus à des états émotionnels, à des problèmes relationnels, à une scolarité négligée ou défailtante (par exemple, à cause de maladie), à l'apprentissage d'une langue autre que la langue maternelle ou à une éducation polyglotte ;

- troubles simples de la parole tels que sigmatisme, rhotacisme, lambdacisme, capacisme, bredouillement, bradylalie ;

- troubles de la voix tels qu'aphonie ou dysphonie fonctionnelle, phonasthénie, troubles de la mue de la voix.

Article 6. § 1^{er}. Ne sont jamais considérées comme bénéficiaires de la rééducation au sens de la présente convention, les personnes qui sont hospitalisées dans un service agréé sous l'un des indices G, Sp (catégorie S chronique), T, A, ou K, ou qui sont hébergées soit dans une maison de repos pour personnes âgées, soit dans une maison de repos et de soins, soit dans une maison de soins psychiatriques.

§ 2. De même, ne sont jamais considérées comme bénéficiaires de la rééducation au sens de la présente convention, les personnes qui sont hébergées dans un Service Résidentiel pour Jeunes SRJ (ou qui, certains jours, suivent un programme de jour ou un programme de demi-jour dans un établissement de ce type) et qui y bénéficient de prestations de rééducation. En cas de demande de prise en charge introduite pour une telle personne, une déclaration du responsable du SRJ précité est jointe à la demande, dans laquelle il déclare que « l'intéressé ne peut bénéficier dans le SRJ d'aucune prestation visant sa rééducation et qu'il ne peut donc bénéficier d'aucune intervention d'un kinésithérapeute, d'un logopède ou d'un psychologue ».

§ 3. Pour un bénéficiaire soumis à l'obligation scolaire et fréquentant une école, la rééducation au sens de la présente convention qui se pratique au cours des heures scolaires peut être remboursée seulement à condition qu'il soit autorisé, conformément à la réglementation qui a été édictée par l'autorité compétente pour l'enseignement, d'éloigner provisoirement de sa classe un élève en âge scolaire – pour la pathologie dont il souffre – afin de lui faire suivre un programme de rééducation. Les accords passés entre la direction de l'école et l'établissement au sujet de la durée des interruptions prévues des cours et au sujet de la fréquence de ces interruptions prévues doivent être consignés dans un contrat écrit dans lequel l'école confirme que ces accords sont conformes à la réglementation qui s'applique à l'école et à l'élève. L'établissement conservera un exemplaire de ce contrat dans le dossier qui est tenu à jour pour chaque bénéficiaire.

En aucun cas, l'interruption des cours ne peut dépasser la durée de la séance de rééducation effectuée, augmentée de la durée nécessaire pour les déplacements éventuellement nécessaires.

II – PROGRAMME DE RÉÉDUCATION

Article 7. § 1^{er}. Sans préjudice du § 2 du présent article, l'établissement s'engage à n'entreprendre un programme de rééducation multidisciplinaire défini dans la présente convention que si le bénéficiaire a été renvoyé vers l'établissement par un médecin n'appartenant pas à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue. À cet effet, ce médecin rédige une lettre de renvoi.

Parce que l'état du bénéficiaire peut évoluer, l'établissement peut commencer seulement la rééducation dans ses murs (par le bilan initial visé à l'article 8, § 2) dans les six mois à compter de la date de rédaction de la lettre de renvoi. Si l'établissement, pendant cette période de 6 mois, ne peut pas commencer à établir le bilan initial visé à l'article 8, § 2, mais souhaite cependant établir un bilan initial à une date ultérieure, une nouvelle lettre de renvoi doit être rédigée au préalable.

§ 2. Pour les bénéficiaires appartenant au groupe 4 de l'article 3 dont un des domaines concerne les aptitudes scolaires, l'envoi visé au § 1^{er} peut être fait par un centre PMS (sous la responsabilité de son médecin) dont aucun membre du personnel n'appartient à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue.

Uniquement pour les CRA ayant le groupe cible « bégaiement »

§ 3. Pour les bénéficiaires appartenant au groupe 6 de l'article 3, l'envoi visé au § 1^{er} doit être effectué par un médecin spécialiste n'appartenant pas à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue, ayant une des spécialités suivantes : neurologie – psychiatrie – pédiatrie – ORL. ”

Article 8. § 1^{er}. L'établissement propose aux bénéficiaires de la rééducation, définis à l'article 3 de la présente convention, un programme de rééducation multidisciplinaire.

§ 2. Pour chaque bénéficiaire, un programme de rééducation multidisciplinaire remboursable dans le cadre de la présente convention commence toujours par l'élaboration d'un « bilan multidisciplinaire initial ».

L'établissement peut uniquement réaliser un tel « bilan initial multidisciplinaire » que pour les bénéficiaires dont la symptomatologie suivant la lettre de renvoi mentionnée à l'article 7 et suivant l'anamnèse réalisée par l'équipe de l'établissement correspond probablement à un des groupes prévus par l'article 3 de la présente convention.

Étant donné que certaines prestations de logopédie sont (*en vertu de l'article 36, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*) remboursables uniquement sur prescription d'un médecin spécialiste attaché à un centre conventionné spécialisé pour la prise en charge intégrale de patients présentant ces affections, l'établissement peut réaliser le bilan initial multidisciplinaire aussi pour les bénéficiaires dont la symptomatologie suivant la lettre de renvoi visée à l'article 7 et suivant l'anamnèse par l'équipe de l'établissement correspond aux prestations de logopédie requérant une prescription d'un médecin spécialiste attaché à un centre spécialisé.

Sauf application du § 3 de présent article, un « bilan initial multidisciplinaire » est suivi par un « programme de rééducation multidisciplinaire stricto sensu », dénommée « programme de rééducation multidisciplinaire » ci-après, dispensé par l'équipe ayant élaboré le « bilan multidisciplinaire initial ». Cet « programme de rééducation multidisciplinaire » comprend également pour chaque bénéficiaire l'élaboration d'un « rapport multidisciplinaire d'évaluation » par an et l'élaboration d'un « rapport multidisciplinaire de fin ».

L'établissement ne peut jamais réaliser de bilan initial multidisciplinaire pour des bénéficiaires qui, sur la base de leur symptomatologie (*telle qu'elle est décrite dans la lettre de renvoi visée à l'article 7 et telle qu'elle ressort de l'anamnèse de l'équipe de l'établissement*), pourront simplement prétendre à des prestations de logopédie « ordinaires » (*parmi lesquelles il convient d'entendre les prestations de logopédie ne requérant pas la prescription d'un médecin spécialiste attaché à un centre spécialisé*) et qui, sur la base de la symptomatologie visée, ne peuvent pas non plus prétendre au programme de rééducation d'un des groupes prévus à l'article 3 de la présente convention.

§ 3. Un bilan initial multidisciplinaire ou un « rapport multidisciplinaire d'évaluation » annuel,

élaboré par l'équipe de l'établissement conventionnellement prévue peut être suivi soit d'un « programme de rééducation multidisciplinaire » dispensé dans un autre CRA, soit d'une rééducation monodisciplinaire, ou bien il est possible qu'il ne soit pas suivi d'une rééducation. Comme indiqué dans le § 2, dernier alinéa, du présent article, un bilan initial multidisciplinaire ne peut cependant jamais être réalisé pour des bénéficiaires qui, sur la base de leur symptomatologie (*telle qu'elle est décrite dans la lettre de renvoi visée à l'article 7 et telle qu'elle ressort de l'anamnèse de l'équipe de l'établissement*), pourront simplement prétendre à des prestations de logopédie « ordinaires » (*parmi lesquelles il convient d'entendre les prestations de logopédie ne requérant pas la prescription d'un médecin spécialiste attaché à un centre spécialisé*).

Article 9. § 1^{er}. Pour chaque bénéficiaire, le caractère multidisciplinaire d'un bilan initial se définit par la réalisation de ce programme - face à chaque bénéficiaire et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille (parents, partenaire, ...) , et ceci dans le courant de la période mentionnée à l'article 15 - par au minimum un des médecins de cet établissement appartenant à l'équipe conventionnellement prévue, ainsi que par au minimum deux autres personnes de deux disciplines différentes, appartenant à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue.

§ 2. Sans préjudice du § 1^{er}, hors d'un bilan initial, le caractère multidisciplinaire de la rééducation stricto sensu se définit par la réalisation de ce programme - face à chaque bénéficiaire et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille, et ceci dans le courant de chaque mois - par au minimum deux personnes de deux disciplines différentes, appartenant à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue.

Dans ce contexte, un médecin de l'établissement appartenant à l'équipe conventionnellement prévue ne peut être porté en compte que s'il a effectué, en dehors d'une discussion d'équipe éventuelle et de la coordination de la rééducation, plus d'une (partie d'une) séance de rééducation de minimum ½ heure, dans le courant du mois en question face à chaque bénéficiaire concerné.

§ 3. À titre exceptionnel, un cas de force majeure soudaine, imprévisible, peut être la cause du non respect du caractère multidisciplinaire de la rééducation stricto sensu proposé au § 2 pour un bénéficiaire dans le courant d'un mois précis, sans compromettre le caractère remboursable des séances lui dispensées au cours du mois concerné dans le cadre de la présente convention et décrites aux points III - B et III - C

Pour un bénéficiaire, chaque période de force majeure ne peut toutefois jamais dépasser 1 mois.

L'établissement tient en permanence une liste dans laquelle les différents cas de force majeure sont consignés par mois. L'établissement conserve cette liste pendant 5 ans. La description des circonstances qui ont provoqué cette force majeure reste consignée au dossier de chaque bénéficiaire concerné pendant 5 ans. La liste comporte pour chaque bénéficiaire concerné le nom et le prénom, l'organisme assureur auquel la ou les séances ont été facturées, le numéro d'inscription du bénéficiaire auprès de l'organisme assureur et la ou les dates d'exécution de la ou des séances facturées en vertu du § 2, alinéa 3.

Article 10. § 1^{er}. Dans le cadre de l'article 9, « un médecin de l'établissement appartenant à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue » peut être un médecin qui est :

- 1) soit spécialiste en psychiatrie ou en pédopsychiatrie,
- 2) soit spécialiste en neuropsychiatrie,
- 3) soit spécialiste en pédiatrie ou en neurologie, ayant éventuellement obtenu un agrément complémentaire en pédiatrie neurologique,
- 4) soit spécialiste en oto-rhino-laryngologie,

Un de ces médecins doit avoir obtenu un agrément complémentaire au titre de médecin spécialiste en réadaptation ; s'il n'y a qu'un médecin dans l'équipe de l'établissement, son agrément complémentaire au titre de médecin spécialiste en réadaptation est obligatoire.

§ 2. Dans le cadre de l'article 9, « une autre personne appartenant à l'équipe de rééducation conventionnellement prévue » peut être :

- un licencié (master) en psychologie, en pédagogie ou en orthopédagogie ;
- un assistant en psychologie (bachelier en psychologie ou en psychologie appliquée ou en psychodiagnostique) ;
- un auxiliaire paramédical gradué (bachelier) ou licencié (master), habilité à effectuer des prestations

de logopédie ;

- un auxiliaire paramédical gradué (bachelier) ou licencié (master), habilité à effectuer des prestations d'audiologie ;
- un auxiliaire paramédical licencié (master) ou (anciennement) gradué, habilité à effectuer des prestations de kinésithérapie ;
- un auxiliaire paramédical gradué (bachelier) ou licencié (master), habilité à effectuer des prestations d'ergothérapie ;
- un auxiliaire paramédical gradué (bachelier) ou licencié (master), habilité à effectuer des prestations de psychomotricité ;
- un assistant social (bachelier en **assistance** sociale) ou un/e infirmier/-ère social/e (bachelier/-ère en art infirmier social) ;
- un éducateur gradué (bachelier en orthopédagogie) ou un éducateur A2.

Article 11. § 1^{er}. Dans le courant de chaque année comprise dans le programme de rééducation, au moins deux contacts doivent avoir lieu entre un médecin appartenant à l'équipe conventionnellement prévue, et le bénéficiaire et/ou, le cas échéant, un ou plusieurs membres de sa famille. En outre, chaque demande de la part du bénéficiaire ou d'un ou plusieurs membres de sa famille d'un contact supplémentaire doit être rencontrée.

§ 2. À titre exceptionnel, un cas de force majeure soudain et imprévisible occasionné par un bénéficiaire peut être la cause du non respect de cette disposition pour lui pour une année précise, sans que soit compromis le caractère remboursable des séances décrites au point III et lui dispensées dans le cadre de la présente convention au cours de l'année concernée.

§ 3. L'établissement tient une liste des cas de force majeure visés au § 2 et conserve cette liste pendant 5 ans. La description des circonstances qui l'ont provoquée reste consignée au dossier de chaque bénéficiaire concerné pendant 5 ans. La liste comporte pour chaque bénéficiaire concerné le nom et le prénom, l'organisme assureur auquel la ou les séances ont été facturées, le numéro d'inscription du bénéficiaire auprès de l'organisme assureur et la ou les dates d'exécution de la ou des séances facturées en vertu du § 2.

Article 12. Pour un bénéficiaire, le bilan multidisciplinaire initial n'entre pas en compte pour la fixation de la période maximale de remboursement ou pour le capital dont il est question à l'article 13.

Article 13. § 1^{er}. Sans préjudice de l'article 12, pour chaque bénéficiaire (tel que décrit à l'article 3) soit une période maximale de remboursement, soit un capital maximal est fixé pour son programme de rééducation multidisciplinaire, et ce indépendamment de l'établissement où ce programme est dispensé :

groupe 1 (lésion cérébrale) :

- Par lésion cérébrale survenue séparément au plus tard la veille de son 19^e anniversaire, un capital de maximum 720 séances qui doivent être réparties sur la période de rééducation initiale et les éventuelles périodes comportant des séances de renforcement des résultats. Ces séances peuvent, le cas échéant, également être réalisées après le 19^e anniversaire, et ce jusqu'à la veille du 22^e anniversaire. À partir du 22^e anniversaire, aucune séance ne peut plus être réalisée pour une lésion cérébrale qui est survenue avant le 19^e anniversaire et pour laquelle le programme de rééducation a commencé dans un CRA avant le 19^e anniversaire.
- Par lésion cérébrale survenue séparément à partir de l'âge de 19 ans, un capital de maximum 432 séances, à réaliser sur une période de maximum 3 années consécutives après le début de la rééducation. La période maximale de 3 ans s'applique également au bénéficiaire chez qui la lésion cérébrale est survenue avant le 19^e anniversaire (et qui, pour cette raison, peut prétendre à maximum 720 séances), mais pour qui la rééducation n'a commencé qu'à partir de l'âge de 19 ans.

Si une nouvelle lésion cérébrale survient chez un bénéficiaire qui suit déjà un programme de rééducation dans le groupe 1 en raison d'une précédente lésion cérébrale, un nouveau programme de rééducation de maximum 720 ou 432 séances (selon l'âge du bénéficiaire à la date à laquelle survient la nouvelle lésion cérébrale) peut être entamé à compter de la date à laquelle survient la nouvelle lésion cérébrale. Le maximum de 720 ou de 432 séances (suivant l'âge du bénéficiaire à la date à laquelle survient la nouvelle lésion cérébrale) ne peut

dans ce cas jamais être augmenté des séances restantes (non réalisées) du précédent programme de rééducation.

groupe 2 (retard mental) :

- jusqu'à la veille du 7^e anniversaire ;
- de l'âge de 7 ans jusqu'à la veille du 19^e anniversaire, un capital de 6 fois 1 an.

groupe 3 (troubles envahissants du comportement) :

- F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4 :
 - jusqu'à la veille du 7^e anniversaire ;
 - de l'âge de 7 ans jusqu'à la veille du 19^e anniversaire, un capital de 3 fois 1 an.
- F84.5 : jusqu'à la veille du 19^e anniversaire, un capital de 3 fois 1 an.

groupe 4 (troubles complexes du développement) : un capital unique de 432 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire » jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 5 (troubles hyperkinétiques) : un capital unique de 288 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire » jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 6 (bégaiement) : un capital de 2 fois 1 an depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire ».

groupe 7 (troubles de la parole ou de déglutition) : un capital de 2 ans depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire ». Pour un bénéficiaire qui souffre de dysglossies traumatiques ou de dysglossies prolifératives ou qui souffre de troubles de la voix consécutifs à une paralysie du larynx ou d'une lésion organique du larynx et/ou des cordes vocales, il ne peut toutefois, pendant cette période de 2 ans, jamais être réalisé plus de 288 séances. Pour un bénéficiaire qui souffre de troubles de la voix qui sont des séquelles d'une laryngectomie ou qui souffre d'un trouble de déglutition (dysphagie), il ne peut toutefois, pendant cette période de 2 ans, jamais être réalisé plus de 480 séances.

groupe 8 (troubles de l'ouïe, phase pré- ou périlinguale) : jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 9 (troubles de l'ouïe acquis, perte d'au moins 70 dB HL) : jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 10 (troubles de l'ouïe acquis, perte d'au moins 40 dB HL) : un capital de 2 fois 1 an depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire ».

Un bénéficiaire qui a été rééduqué dans le groupe 8 ou dans le groupe 9 ne peut jamais plus prétendre au programme de rééducation du groupe 10.

groupe 11 (troubles de l'ouïe – implant cochléaire) : une période unique de 2 années consécutives qui peut débuter au maximum un mois avant la date de l'implantation. Cette période au sein du groupe 11 peut précéder la période prévue pour les groupes 8, 9, ou 10. Elle peut également interrompre la période prévue pour les groupes 8, 9, ou 10 si le bénéficiaire en fait partie. Pendant la période au sein du groupe 11, la collaboration entre deux établissements conventionnés est autorisée, ce par quoi il faut entendre que le bénéficiaire peut bénéficier au cours de cette période de prestations de rééducation dans les deux établissements, voire éventuellement le même jour. Le cas échéant, après la période au sein du groupe 11, la rééducation intensive peut être poursuivie dans un des groupes 8, 9, ou 10. Sinon, après la période dans le groupe 11, le bénéficiaire peut le cas échéant poursuivre un traitement logopédique et être remboursé en vertu de la nomenclature des prestations de logopédie.

groupe 12 (troubles du comportement) : un capital unique de 288 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire » jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 13 (troubles de l'humeur) : un capital unique de 288 séances depuis le début de la « rééducation multidisciplinaire » jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

groupe 14 (infirmité motrice cérébrale) : jusqu'à la veille du 19^e anniversaire.

Pour chaque bénéficiaire individuel, la durée de la rééducation et le nombre de séances de rééducation à réaliser sont la durée et le nombre qui sont prescrits par le médecin de l'établissement qui suit le programme de rééducation du bénéficiaire. Ce médecin prescrit les prestations de rééducation, entre autres en fonction de la maladie ou du trouble dont souffre l'intéressé, des résultats de rééducation déjà obtenus et des résultats supplémentaires que produira la poursuite du programme de rééducation selon les attentes. Dès lors, le but n'est donc pas de considérer ni les durées maximales mentionnées ni le nombre maximum de séances de rééducation comme des directives sur le plan médical; ils ne peuvent certainement pas être considérés non plus comme un droit exigible par le bénéficiaire par rapport au médecin traitant et à l'établissement. Ils relèvent seulement de la technique d'assurance.

La durée maximale mentionnée pour les programmes de rééducation et les nombres maximums de séance de rééducation valent par bénéficiaire et non par CRA. Le bénéficiaire qui ne peut plus prétendre à la poursuite de la rééducation dans un CRA ne peut donc pas y prétendre non plus dans un autre CRA.

§ 2. En ce qui concerne les groupes pour lesquels un capital de séances est prévu au § 1^{er} du présent article, il ne faut pas tenir compte du type de séance de rééducation réalisée, du prix de chaque sorte de séance de rééducation (cf. point III de la présente convention) ainsi que du poids de chaque sorte de séance dans la capacité de facturation (cf. point V de la présente convention) pour le respect des dispositions du § 1^{er}. Le capital de séances mentionne donc le nombre de jours pour lesquels une séance de rééducation peut être attestée, quel que soit le type de séance de rééducation qui est attesté. Si le même jour, tant une séance visée à l'article 19 qu'une séance visée à l'article 20 est réalisée pour le bénéficiaire, cela équivaut à deux séances.

§ 3. Si pour un bénéficiaire des groupes 2, 3, 4 et 5, *après que ce bénéficiaire a déjà bénéficié de prestations de rééducation pour un de ces groupes*, il serait indiqué – sur la base de données diagnostiques complémentaires - de passer au programme de rééducation d'un autre groupe de cette catégorie (donc de passer au programme des groupes 2, 3, 4 ou 5), les prestations de rééducation (nombre de séances et durée du programme de rééducation) qui ont déjà été réalisées (à savoir dans le cadre du programme de rééducation du groupe initial), doivent être déduites des prestations de rééducation qui peuvent encore être réalisées dans le nouveau groupe. Ce principe général est également applicable lorsqu'un bénéficiaire fait appel, après avoir suivi un programme de rééducation dans un CRA, à un autre CRA pour y suivre ou y poursuivre un programme de rééducation.

Dans les cas spécifiques suivants, les principes généraux susmentionnés doivent être appliqués comme suit :

- Lorsqu'un bénéficiaire passe au programme de rééducation du groupe 2 ou 3 après avoir été rééduqué d'abord dans le groupe 4 ou 5, le nombre de séances de rééducation dont il a déjà bénéficié dans ce groupe 4 ou 5 (quel que soit le type des séances de rééducation et quel que soit le poids de ces séances) doit être converti en une durée de rééducation déjà suivie en partant du principe que 12 séances de rééducation correspondent à un mois de rééducation. Le nombre réel de séances de rééducation déjà suivies est donc divisé par 12 et arrondi à la baisse pour atteindre le nombre entier le plus proche afin de déterminer le nombre de mois de rééducation dont l'intéressé a déjà bénéficié. Dans ce contexte, il ne faut pas tenir compte des séances qui ont été réalisées dans le groupe 4 ou 5 avant le 7^e anniversaire. Si une telle demande est introduite pour un bénéficiaire, l'établissement communique, dans le cadre de la procédure visée à l'article 25, les données nécessaires relatives au nombre de séances de rééducation déjà réalisées dans le groupe 4 ou 5 en y distinguant les séances réalisées avant le 7^e anniversaire de celles réalisées à partir du 7^e anniversaire ;
- si un bénéficiaire passe au programme de rééducation du groupe 4 ou 5 après avoir été rééduqué d'abord dans le groupe 2, il faut tenir compte de toutes les séances de rééducation déjà réalisées dans le groupe 2, quel que soit le type des séances de rééducation et quel que soit le poids de ces séances ;
- il n'est pas possible de passer du groupe 3 au groupe 4 ou 5. Il est toutefois possible, sur la base de données diagnostiques complémentaires, de classer, d'un point de vue diagnostique, dans le groupe 4 ou 5 un bénéficiaire qui a déjà bénéficié de prestations de rééducation dans

le groupe 3. Toutefois, dans ce cas, la rééducation maximale à laquelle un tel patient peut prétendre demeure la période de remboursement maximale prévue pour le groupe 3.

III – PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

Article 14. Un programme de rééducation multidisciplinaire décrit au point II consiste pour chaque bénéficiaire en des prestations de rééducation fonctionnelle qui sont décrites dans ce point III.

Ailleurs dans la présente convention, chaque prestation de rééducation fonctionnelle remboursable est dénommée « séance ».

Une séance doit avoir soit un but diagnostique (séances dans le cadre d'un bilan initial), soit un but thérapeutique (séances de rééducation ordinaires ne faisant pas partie d'un bilan initial). Les actes ou interventions qui n'ont pas de but diagnostique, ni thérapeutique ne peuvent jamais être inclus dans le temps nécessaire pour réaliser une séance. Le règlement de diverses formalités administratives ou la demande ou la collecte de certaines données administratives (que ces activités se situent ou non dans le cadre de la procédure de demande d'intervention dans les frais de rééducation) ne peut dès lors jamais faire partie du temps qui est nécessaire pour réaliser une séance. Les interventions qu'un membre de l'équipe accomplit et qui concernent purement de tels actes administratifs ne peuvent, elles non plus, jamais faire partie des interventions qui sont nécessaires pour répondre aux conditions de l'article 9 concernant le caractère multidisciplinaire des interventions.

III - A – Séances faisant partie d'un bilan initial (séances de bilan)

Article 15. § 1^{er}. Les séances qui font partie d'un bilan initial sont toujours des séances individuelles, c'est-à-dire avec un thérapeute (éventuellement avec plusieurs thérapeutes simultanément) face à un bénéficiaire et/ou le cas échéant face à un ou plusieurs membres de sa famille. Si plusieurs thérapeutes dispensent simultanément une séance face à un seul bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, à un ou plusieurs membres de sa famille) dans le cadre d'un bilan initial, cette séance sera considérée – pour ce qui est de son remboursement par l'assurance – comme une séance dispensée par un seul thérapeute face à un bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) ; le temps de travail des autres thérapeutes présents à cette séance ne peut jamais donner lieu au remboursement d'une séance, sauf s'il s'agit d'une situation visée à l'article 16 § 1^{er}, deuxième alinéa (bénéficiaire qui n'a pas encore atteint son quatrième anniversaire).

Les séances qui font partie d'un même bilan initial sont dispensées dans une période de maximum trois mois. Les dates de début et de fin de cette période sont mentionnées lors de la demande de remboursement. Cependant, si le bilan initial est achevé à une date antérieure à celle déclarée dans la demande de remboursement, l'établissement communique sans délai la date à laquelle le bilan initial est achevé au médecin-conseil du bénéficiaire lorsque (sans préjudice des dispositions de l'article 8, §§ 2 et 3) il ressort du bilan initial qu'un traitement (p.ex. logopédie monodisciplinaire) est indiqué hors du cadre de l'établissement.

§ 2. Comme le mentionne l'article 8, § 2, un programme de rééducation multidisciplinaire commence toujours par la rédaction d'un bilan initial multidisciplinaire. L'établissement évalue lui-même combien de séances sont nécessaires pour réaliser ce bilan initial multidisciplinaire. Si la lettre de renvoi (du médecin externe visé à l'article 7, qui a renvoyé le bénéficiaire vers l'établissement) contient déjà un grand nombre de données diagnostiques, il n'est pas exclu que le bilan initial que l'établissement doit réaliser, puisse être achevé en une ou quelques séances.

Article 16. § 1^{er}. Sans préjudice de l'article 9, l'ensemble des prestations individuelles face au bénéficiaire (et/ou le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) qui font partie d'une séance telle que mentionnée à l'article 15, dure au moins 1 heure. L'ensemble des prestations individuelles face au bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) qui font partie d'une séance telle que mentionnée à l'article 15, peut aussi durer au moins 1,5 h ou au moins 2 heures par jour et par bénéficiaire. Une séance peut être subdivisée en séances partielles chacune d'au moins 30 minutes.

Uniquement pour un bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4^e anniversaire cette séance peut aussi être composée de 1 thérapeute 30 minutes face au bénéficiaire et simultanément 1 thérapeute 30 minutes face à la famille, ou de 2 thérapeutes simultanément 30 minutes face au bénéficiaire.

Chaque thérapeute (exception faite du médecin) associé à une séance pour un bénéficiaire,

doit rester impliqué dans cette séance durant minimum 30 minutes. L'intervention d'un médecin face au bénéficiaire (et/ou le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) ne peut faire partie que de la durée requise d'une séance, s'il s'agit d'une intervention de minimum 30 minutes.

§ 2. Chaque séance (partielle) doit être consignée dans le dossier du bénéficiaire, avec notamment les noms des « personnes d'une discipline, appartenant à l'équipe conventionnellement prévue », au sens de l'article 10, qui sont intervenues. Le contenu de chaque séance ou séance partielle est reproduit brièvement dans le dossier du bénéficiaire.

§ 3. Pour des prestations face au bénéficiaire et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille, ou pour d'autres activités d'un médecin appartenant à l'équipe conventionnellement prévue (médecin au sens de l'article 10), par séance mentionnée à l'article 15, une durée moyenne globale d'au moins 15 minutes est disponible.

Le temps annuel qui doit être disponible à cette fin est calculé sur le total de ce genre de séances que l'établissement peut, en vertu de l'article 31, effectuer dans le courant d'une année civile.

§ 4. Au cours d'un bilan initial, chaque bénéficiaire doit au moins 1 fois être examiné par un médecin appartenant à l'équipe conventionnellement prévue.

Article 17. § 1^{er}. Le prix par heure pour une séance individuelle au sens des articles 15 et 16, dénommé « forfait », est établi selon les calculs mentionnés à l'annexe à la présente convention.

§ 2. Le montant du forfait pour les séances exécutées à partir du 1^{er} janvier 2010 est fixé à #11# EUR. La partie indexable de ce montant est lié à l'indice pivot 110,51 du 1^{er} septembre 2008 (base 2004) des prix à la consommation. Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 3. Les frais généraux qui font partie du forfait mentionné au § 2 ont été fixés à l'époque (dans le cadre des conventions conclues avec l'établissement qui ont précédé la présente convention) à 15 % du coût salarial de l'époque. Pour un établissement qui (dans le cadre de la présente convention ou des conventions conclues avec l'établissement qui ont précédé la présente convention), après le 31 mars 2003, a utilisé une première fois (ou utilise pour la première fois) la possibilité d'adapter le forfait au coût salarial majoré en raison de l'évolution de l'ancienneté, les frais généraux ont été (ou sont) adaptés une dernière fois à cette occasion afin de conserver leur niveau de 15 % du coût salarial. À partir de la date d'une telle adaptation forfaitaire qui a été réalisée après le 31 mars 2003, les frais généraux ne sont plus liés à l'évolution du coût salarial lors d'une adaptation suivante du forfait au coût salarial majoré en raison de l'évolution de l'ancienneté. Lors d'une telle adaptation du forfait, la partie non indexable des frais généraux est donc maintenue au niveau fixé précédemment et pour la partie indexable des frais généraux, il n'est tenu compte que de l'évolution de l'indice pivot conformément aux dispositions du § 2.

Article 18. L'établissement s'engage à ne facturer par jour et par bénéficiaire qu'un montant égal à 1, 1,5 ou 2 forfaits pour les séances au sens des articles 15 et 16 avec une durée de respectivement 1 heure, 1,5 heure ou 2 heures par jour et par bénéficiaire.

III - B - Séances ne faisant pas partie d'un bilan initial (séances de rééducation ordinaires)

Article 19. § 1^{er}. Dans le cadre d'une rééducation multidisciplinaire, une séance ne faisant pas partie d'un bilan initial peut être une séance individuelle, une séance de groupe ou une séance mixte. Les séances de groupe pour lesquelles les dispositions de cet article sont d'application sont les séances de groupe auxquelles participent plusieurs bénéficiaires et/ou plusieurs membres de la famille de plusieurs bénéficiaires, sans la participation des enseignants des bénéficiaires concernés.

§ 2. Sans préjudice de l'article 9, l'ensemble des prestations face au bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) qui font partie d'une séance telle que mentionnée au § 1^{er}, dure au moins 1 heure. L'ensemble des prestations face au bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille), qui font partie d'une séance telle que mentionnée au § 1^{er}, peut aussi durer au moins 1,5 heure ou au moins 2 heures par jour et par bénéficiaire. Une séance peut pour chaque bénéficiaire être subdivisée en séances partielles chacune d'au moins 30 minutes.

Uniquement pour un bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4^e anniversaire, cette séance peut aussi être composée de 1 thérapeute 30 minutes face au bénéficiaire et simultanément 30 minutes face à la famille, ou de 2 thérapeutes simultanément 30 minutes face au bénéficiaire.

Chaque thérapeute (exception faite du médecin) associé à une séance pour un bénéficiaire, doit rester impliqué dans cette séance durant minimum 30 minutes. L'intervention d'un médecin face au bénéficiaire (et/ou le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille) peut uniquement faire partie de la durée requise d'une séance, s'il s'agit d'une intervention de 30 minutes minimum.

§ 3. Chaque séance est consignée dans le dossier du bénéficiaire. Les noms des « personnes d'une discipline, appartenant à l'équipe conventionnellement prévue », au sens de l'article 10 qui sont intervenues, y sont mentionnés ainsi que, le cas échéant, le nom des autres bénéficiaires qui ont suivi la même séance. Si une séance est composée de séances partielles, ces données sont mentionnées pour chaque séance partielle. Le contenu de chaque séance ou séance partielle est brièvement reproduit dans le dossier du bénéficiaire.

§ 4. Sans préjudice des §§ 2 et 3, le rapport entre le nombre de thérapeutes et le nombre total de bénéficiaires impliqués dans la même séance ou séance partielle a, pour la totalité de la durée de cette séance ou séance partielle :

- soit les caractéristiques d'une séance individuelle, avec un rapport de 1 thérapeute face à 1 bénéficiaire et, le cas échéant, un maximum de 4 bénéficiaires face à 4 thérapeutes,
- soit les caractéristiques d'une séance de groupe, dans laquelle face à 1 thérapeute maximum 4 bénéficiaires à la fois sont associés et face à maximum 8 bénéficiaires minimum 2 thérapeutes. Dès que 5 bénéficiaires sont associés à une séance de groupe, 2 thérapeutes au minimum doivent y être associés.

§ 5. Pour les prestations face au bénéficiaire (et/ou, le cas échéant, face à un ou plusieurs membres de sa famille), ou pour d'autres activités d'un médecin de l'équipe conventionnellement prévue (médecin tel que stipulé à l'article 10), une durée globale moyenne d'au moins 2,5 minutes est disponible par séance (partielle) de 1 heure.

Le temps qui doit être disponible chaque année à cet effet, est calculé sur l'ensemble de telles séances de l'établissement pour l'ensemble des bénéficiaires.

§ 6. Le TABLEAU 1 énumère tous les montants facturables pour des séances mentionnées au § 1^{er} et répondant aux conditions des §§ 2, 3 et 4, et qui sont remboursables. Le montant de 1 forfait y est égal au montant du forfait fixé à l'article 17, § 2.

La fixation du montant du TABLEAU 1, facturable par jour et par bénéficiaire pour chaque séance correspondante dont la composition en nombre de bénéficiaires et en nombre de thérapeutes n'a pas changé durant toute sa durée, résulte du quotient de la division :

$$\frac{\text{nombre total des heures effectivement prestées par un ou des thérapeutes face à un ou aux bénéficiaires}^3}{\text{nombre de bénéficiaires concernés}}$$

La fixation du montant du TABLEAU 1, facturable par jour et par bénéficiaire pour chaque séance correspondante composée de séances partielles dont la composition en nombre de bénéficiaires et/ou en nombre de thérapeutes a changé, résulte de la somme des quotients de la division susmentionnée pour chaque séance partielle.

Pour chacune des divisions susmentionnées il n'est pas tenu compte du médecin sauf si le médecin est associé 30 minutes ou plus à une séance (partielle). Par ailleurs, pour chaque division le nombre de thérapeutes ne dépasse jamais le nombre de bénéficiaires.

³ Par « bénéficiaire » on entend ici « bénéficiaire et/ou, le cas échéant, un ou plusieurs membres de sa famille » (parents, partenaire, ...)

L'établissement s'engage à organiser les séances de façon à ce que, par jour et par bénéficiaire, seulement un des montants mentionnés au TABLEAU 1 puisse être attesté. Le cas échéant, l'arrondi vers un montant attestable plus bas est possible pour une séance où le quotient ou la somme des quotients des séances partielles ne correspond pas à un montant attestable figurant dans le tableau.

TABLEAU 1 : montants éventuellement attestables

<p>2 forfaits = EUR 1,75 forfait = EUR 1,66 forfait = EUR 1,5 forfait = EUR 1,33 forfait = EUR 1,25 forfait = EUR 1 forfait = EUR 0,75 forfait = EUR 0,66 forfait = EUR 0,50 forfait = EUR 0,33 forfait = EUR 0,25 forfait = EUR 1 forfait = EUR pour un bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4^e anniversaire : 1 thérapeute 30 minutes face au bénéficiaire et simultanément 30 minutes face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30 minutes face au bénéficiaire.</p>

§ 7. Sans préjudice des dispositions des paragraphes précédents du présent article, une séance (partielle) face au bénéficiaire, en combinaison avec une séance (partielle) face à la famille est possible par jour et par bénéficiaire.

Article 20. § 1^{er}. Dans le cadre d'une rééducation multidisciplinaire, une séance de rééducation ordinaire ne faisant pas partie d'un bilan initial peut également être une séance qui s'adresse à un groupe d'enseignants d'au moins deux bénéficiaires. Les parents (et/ou le partenaire) des bénéficiaires concernés peuvent éventuellement aussi participer à une telle séance qui s'adresse à un groupe d'enseignants.

§ 2. Sans préjudice de l'article 9, une séance, telle que mentionnée au § 1^{er}, dure au moins 1 heure. Elle peut aussi durer au moins 1,5 heure ou au moins 2 heures. Une séance peut pour un même groupe d'enseignants (et, le cas échéant, de parents et/ou de partenaires des bénéficiaires concernés) être subdivisée en séances partielles consécutives chacune d'au moins 30 minutes. Au moins une et maximum deux personnes de l'équipe de l'établissement mentionnée à l'article 10 est/sont associé(es) à une séance. Chacune d'elles travaille avec le groupe complet qu'il informe et/ou instruit de façon interactive au sujet de l'approche journalière du bénéficiaire, de son trouble et des problèmes fonctionnels qui en résultent.

§ 3. Chaque séance est consignée dans le dossier du bénéficiaire. Le ou les noms du ou des médecins ou de la ou des autres personnes de l'équipe de l'établissement au sens de l'article 10 qui sont intervenus, y sont mentionnés ainsi que le nom ou les noms de(s) (l')enseignant(s) (et, le cas échéant, des parents et/ou du partenaire) du bénéficiaire, qui ont suivi la séance en son nom. Le nom des autres bénéficiaires dont les enseignants (et, le cas échéant, les parents et/ou le partenaire) ont suivi la même séance y est également mentionné.

§ 4. Par séance, le groupe se compose des enseignants (et, le cas échéant, des parents et/ou partenaires) de 4 bénéficiaires maximum.

§ 5. Pour chaque séance visée dans le présent article, une durée globale moyenne d'au moins 2,5 minutes est disponible par séance (partielle) de 1 heure, pour d'autres activités d'un médecin de l'équipe conventionnellement prévue, en plus de la durée minimale de 30 minutes nécessaire pour pouvoir porter en compte sa participation éventuelle dans la durée requise de la séance.

Le temps qui doit être disponible chaque année à cet effet, est calculé sur l'ensemble de telles séances de l'établissement pour l'ensemble des bénéficiaires

§ 6. Le TABLEAU 2 énumère tous les montants facturables pour les séances remboursables mentionnées au § 1^{er} et répondant aux conditions des §§ 2, 3 et 4. Le montant de 1 forfait y est égal au montant du forfait fixé à l'article 17, § 2.

La fixation du montant du TABLEAU 2, facturable par bénéficiaire pour chaque séance correspondante dont la composition en nombre de bénéficiaires et en nombre de médecins et/ou de thérapeutes n'a pas changé durant toute sa durée, résulte du quotient de la division :

$$\frac{\text{nombre total des heures effectivement prestées par un ou des médecins et/ou thérapeutes face à un ou aux bénéficiaires}^4}{\text{nombre de bénéficiaires concernés}}$$

Pour chaque division, il n'est pas tenu compte du médecin sauf si le médecin est associé 30 minutes ou plus à une séance (partielle). Par ailleurs, pour chaque division, le nombre de thérapeutes ne dépasse jamais le nombre de bénéficiaires.

L'établissement s'engage à organiser les séances de façon à ce que, par jour et par bénéficiaire, seulement un des montants mentionnés au TABLEAU 2 puisse être attesté.

TABLEAU 2 : montants éventuellement attestables

2 forfaits = EUR
 1,75 forfait =EUR
 1,66 forfait =EUR
 1,5 forfait = EUR
 1,33 forfait = EUR
 1,25 forfait = EUR
 1 forfait = EUR
 0,75 forfait = EUR
 0,66 forfait = EUR
 0,50 forfait = EUR
 0,33 forfait = EUR
 0,25 forfait = EUR

§ 7. Sans préjudice des dispositions des paragraphes précédents du présent article, pour le même bénéficiaire, une séance face au bénéficiaire comme stipulé à l'article 19 (séances de rééducation ordinaires) et une séance comme stipulé à l'article 20 (séances de groupe pour enseignants) peuvent être effectuées pendant la même journée, à condition que les deux séances remplissent l'ensemble des dispositions de ces articles respectifs. Les deux séances doivent être mentionnées séparément sur la facture.

III - C - Dispositions valables tant pour une séance mentionnée au point III – A que pour une séance mentionnée au point III - B (dispositions communes aux séances de bilan et aux séances de rééducation ordinaires)

Article 21. § 1^{er}. L'établissement s'engage à ne réclamer aucun supplément à un forfait ou à un autre montant mentionné aux articles 17, § 2, 19, § 6, et 20, § 6, et ce ni au bénéficiaire ni à son organisme assureur.

§ 2. Par séance individuelle, séance de groupe, ou séance mixte d'une durée d'une heure, 40 minutes supplémentaires sont disponibles pour d'autres activités. Ce complément de temps vise notamment la formation du personnel, la préparation des séances, les réunions d'équipe et les divers contacts nécessaires au remboursement de bénéficiaires, la tenue de dossiers, la rédaction de rapports, ...

⁴ Par « bénéficiaire » on entend ici «le ou les parents et/ou enseignants et/ou partenaires d'un seul bénéficiaire »

Article 22. Ni les prestations techniques médicales mentionnées à l'article 3, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ni les prestations techniques médicales spéciales mentionnées aux articles 10 et suivants de l'annexe à l'arrêté royal précité ne sont considérées comme faisant partie des durées fixées à l'article 16, § 1^{er}, à l'article 19, § 2, à l'article 20, § 2, et à l'article 21, § 2.

Article 23. § 1^{er}. L'établissement s'engage à ne facturer par jour et par bénéficiaire qu'un des montants mentionnés à l'article 18 (montants pour séances de bilan) ou au TABLEAU 1 de l'article 19, § 6 (montants pour séances de rééducation ordinaires). Les séances de rééducation ordinaires ne peuvent pas être attestées tant que le bilan initial multidisciplinaire n'est pas terminé.

§ 2. L'établissement s'engage à ne facturer par jour et par bénéficiaire qu'un des montants mentionnés à l'article 18 (montants pour séances de bilan) ou au TABLEAU 2 de l'article 20, § 6 (montants pour séances de groupe pour enseignants). Les séances de groupe pour enseignants ne peuvent pas être attestées tant que le bilan initial multidisciplinaire n'est pas terminé.

L'établissement s'engage à ne facturer par jour et par bénéficiaire qu'un montant pour une séance mentionné au TABLEAU 1 de l'article 19, § 6 (montants pour séances de rééducation ordinaires), et au TABLEAU 2 de l'article 20, § 6 (montants pour séances de groupe pour enseignants), à condition que les deux séances effectuées à cet effet remplissent l'ensemble des dispositions des articles 19 et 20 respectifs.

Article 24. § 1^{er}. Sans préjudice du § 2, dans le cadre d'une séance, des prestations face à des professionnels de la santé, à des assistants sociaux, infirmières sociales ou des enseignants, ne peuvent en aucun cas remplacer des prestations face à un ou plusieurs membres de la famille d'un bénéficiaire pour atteindre les durées au sens de l'article 16, § 1^{er}, alinéa 1^{er} (séances de bilan) et de l'article 19, § 2, alinéa 1^{er} (séances de rééducation ordinaires).

§ 2. Toutefois, à titre exceptionnel, au cas où un jeune bénéficiaire n'aurait plus de parents ni de famille ou au cas où ceux-ci l'abandonneraient, des prestations face au représentant légal du bénéficiaire ou face à une ou d'autres tierces personnes de confiance, qui remplace/remplacent les parents ou la famille, peuvent toutefois remplacer des prestations face à un ou plusieurs membres de la famille d'un bénéficiaire pour atteindre les durées susmentionnées.

§ 3. Si les séances dans l'établissement et des interventions de réseau ne suffisent pas, une séance (partielle) de bilan initial ou une séance (partielle) de rééducation ou d'observation du bénéficiaire (et, le cas échéant, d'un ou plusieurs membres de sa famille ou de l'enseignant), peut également être attestée et effectuée dans son milieu de vie ou dans son milieu scolaire, notamment dans le cadre d'un bilan initial ou afin d'arriver à une rééducation efficiente ou afin d'évaluer les résultats en cours ou vers la fin de la rééducation. Toutefois, dans ce contexte, le temps de personnel pour les déplacements est déjà inclus dans le temps visé à l'article 21, § 2 (le temps de travail pour d'autres activités que les contacts face à face), et les éventuels autres frais y afférents sont déjà compris dans les frais de fonctionnement de l'établissement repris dans le forfait fixé à l'article 17, § 2. Seules quelques séances de ce type peuvent être attestées pour un même bénéficiaire.

La présence du bénéficiaire n'est pas requise pour les séances (partielles) effectuées dans son milieu de vie ou son milieu scolaire. Si un bénéficiaire n'est pas présent lors d'une telle séance dans son milieu de vie ou son milieu scolaire, un ou plusieurs membres de sa famille (parents, partenaire...) doivent par contre y assister. Des enseignants du bénéficiaire peuvent aussi être présents. Une séance (partielle) effectuée dans le milieu de vie du bénéficiaire, à laquelle assistent un ou plusieurs enseignants mais pas le bénéficiaire lui-même ni aucun membre de sa famille (parents, partenaire...) n'est toutefois pas remboursable.

La présence d'un thérapeute de l'établissement et des parents lors d'une réunion qui (en vertu de la réglementation du pouvoir public compétent pour l'enseignement) fait partie du fonctionnement normal de l'école (conseils de classe, délibérations, rencontres entre l'(es) enseignant(s) et les parents de chaque élève...) ne peut toutefois jamais donner lieu à une séance (partielle).

§ 4. Sans préjudice des dispositions de l'article 49, §§ 1^{er} et 2, les séances mentionnées dans le § 3 doivent être consignées dans le dossier du bénéficiaire, avec motif et lieu d'exécution.

IV - PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERVENTION DANS LES FRAIS DE RÉÉDUCATION

Article 25. § 1^{er}. La demande d'intervention dans les frais de rééducation ainsi que l'éventuelle demande de prolongation de celle-ci doivent être introduites par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, et ce en vertu des dispositions 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.

L'établissement s'engage à informer dûment le bénéficiaire à cet égard et à l'aider à effectuer les démarches.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1^{er} prévoit entre autres que le bénéficiaire introduise la demande de prise en charge au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé.

§ 3. L'établissement s'engage à informer dûment par écrit le bénéficiaire ou son représentant légal au sujet des dispositions de l'article 13 (*durée de rééducation maximale*), qui, en cas d'accord avec sa demande, lui sont applicables et au sujet du fait que par l'introduction de sa demande, il est censé avoir marqué son accord avec ces dispositions. L'établissement conservera un double de cette information signée par le bénéficiaire ou par son représentant légal.

Article 26. § 1^{er}. Au formulaire dont il est question à l'article 25, doit être joint un rapport médical de l'établissement, rédigé selon un modèle déterminé par le Collège des médecins-directeurs, démontrant que le bénéficiaire répond aux conditions de la convention.

S'il s'agit d'une demande relative à un bénéficiaire qui est hébergé dans un Service Résidentiel pour Jeunes (SRJ) et n'y bénéficie pas d'une rééducation, le rapport médical est toujours accompagné de la déclaration (visée à l'article 6, § 2, alinéa 2) du responsable du SRJ précité.

Les rapports médicaux doivent être signés par un des médecins visés à l'article 10, § 1^{er}, qui fait partie de l'équipe engagée dans le cadre de la présente convention. Un médecin-spécialiste en formation n'est pas compétent pour signer ces rapports, sauf si le Collège des médecins-directeurs (sur la base d'une demande motivée de l'établissement) y a marqué son accord préalable. L'établissement doit indiquer dans sa demande pourquoi cette exception est indiquée, quelle est l'estimation de sa durée et quel type de supervision prévoit le plan de stage pour le médecin spécialiste en formation.

§ 2 La demande concernant un bilan initial doit précéder toute autre demande éventuelle de rééducation. Dans ce cas, le rapport médical visé au § 1^{er} comprendra :

- une copie de la lettre de renvoi d'un médecin, dont il est question à l'article 7 ;
- une anamnèse par l'équipe de l'établissement démontrant que la symptomatologie présentée par le bénéficiaire correspond vraisemblablement à celle de l'un des groupes prévus à l'article 3 de la présente convention ou à une affection pour laquelle les prestations de logopédie (en vertu de l'article 36, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ne sont remboursables que sur prescription d'un médecin spécialiste attaché à un centre conventionné spécialisé pour la prise en charge intégrale de patients souffrant de telles affections. Il y est aussi indiqué de quel groupe prévu à l'article 3 ou de quelle affection mentionnée ci-avant, il s'agit vraisemblablement.
- la date de début et la date de fin de la période dont il est question à l'article 15, avec mention du nombre de séances individuelles prescrites au cours de cette période.

§ 3. Si la demande concerne des séances de rééducation ordinaire (cf. point III-B de la présente convention), le rapport médical visé au § 1^{er} comprendra :

- une copie du bilan initial ou du rapport d'évaluation antérieurement effectué, accompagnée des résultats des tests pratiqués avec conclusions démontrant que les symptômes du bénéficiaire correspondent à ceux de l'un des groupes prévus à l'article 3 de la présente convention ; il est aussi indiqué quel est le groupe prévu à l'article 3.

Spécialement pour le groupe 4 (troubles complexes du développement), une copie sera jointe, pour les tests pratiqués, de la feuille de scores récapitulative sur laquelle les scores bruts obtenus sont finalement exprimés en écarts-types ou en percentiles, tel qu'il est mentionné dans l'article 3, correspondant à l'âge du bénéficiaire.

Spécialement pour le groupe 5 (troubles hyperkinétiques), outre le code ICD-10 de l'indice du trouble, sont également mentionnés le ou les troubles associés et la ou les comorbidités.

- la prescription du programme individualisé des « prestations de rééducation multidisciplinaire », avec :
 - a) le schéma thérapeutique ;
 - b) le pronostic de la rééducation ;
 - c) la période de rééducation prévue et, là où elle s'applique, la partie du capital de séances qui est prévue ;
 - d) les disciplines des prestataires intervenant chaque mois ;
 - e) s'il s'agit d'une demande de prolongation d'une rééducation accordée antérieurement : le nombre de séances déjà réalisées, y compris les séances réalisées mais non encore facturées ou non encore payées. Lors du décompte de ce nombre de séances réalisées, il convient (conformément à l'article 13, § 2) de ne pas tenir compte du type de séance de rééducation, du prix de la séance et du poids de ce type de séance dans la capacité de facturation. Si, le même jour, il est réalisé pour le bénéficiaire tant une séance visée à l'article 19 qu'une séance visée à l'article 20, cela compte pour deux séances.

Si le bénéficiaire a déjà bénéficié dans un autre CRA des séances de rééducation ordinaires dans le cadre d'un programme de rééducation multidisciplinaire et que le bénéficiaire souhaite poursuivre ce programme de rééducation dans l'établissement (compte tenu des restrictions en la matière de l'article 13), une déclaration sur l'honneur (du CRA qui a déjà réalisé des séances de rééducation ordinaires pour le bénéficiaire) doit être jointe à la demande et préciser combien de séances de rééducation ordinaires le CRA en question a déjà réalisées pour ce bénéficiaire, que ces séances aient déjà été ou non facturées ou payées.

Les mêmes données doivent être communiquées lorsqu'il s'agit d'une demande de séances de « rééducation multidisciplinaire » dans l'établissement, faisant suite à un bilan initial qui a été établi dans un autre CRA.

§ 4. Avant de décider de l'introduction d'une demande de remboursement de séances ordinaires pour un bénéficiaire scolarisé, une concertation doit avoir lieu entre l'équipe de l'établissement d'une part, l'école et/ou le PMS d'autre part. L'établissement précisera, dans la demande visée au § 3, l'identité des personnes qui ont participé à cette concertation ainsi que le(s) moment(s) où elle a eu lieu et ses conclusions. Si l'établissement déroge à ces dispositions pour un bénéficiaire, les motifs de cette dérogation doivent être clairement mentionnés dans la demande visée au § 3.

Article 27. § 1^{er}. L'accord de remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé d'un programme de rééducation dans le cadre de la présente convention, est donné par le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire. .

Chaque accord pour une demande au sens de l'article 26, § 2 (bilan initial), est donné pour une période de maximum 3 mois. Chaque accord pour une demande au sens de l'article 26, §§ 3 ou 4 (programme de rééducation ordinaire), est donné pour une période de maximum 1 an. Toute décision est dûment motivée.

§ 2. Un accord de prise en charge de la rééducation dans l'établissement (que cet accord por-

te sur un bilan initial ou sur le programme de rééducation proprement dit) vient à échéance si une autre demande de prise en charge de la rééducation a été introduite pour le bénéficiaire et qu'il s'agit d'une demande :

- pour un programme de rééducation dans un autre CRA, à moins qu'elle concerne un bénéficiaire du groupe 11 (troubles de l'audition – implant cochléaire) qui, lui, peut être rééduqué dans deux CRA dans une même période ;
- pour un programme de rééducation dans un centre de rééducation locomotrice ou neurologique (centres de rééducation portant le numéro d'identification 9.50.xxx.xx, 9.51.xxx.xx ou 7.71.xxx.xx), à moins qu'il s'agisse purement d'une demande de prise en charge d'un bilan fonctionnel multidisciplinaire ;
- pour un programme de rééducation dans un centre de rééducation psychosociale pour adultes (centres de rééducation portant numéro d'identification 7.72.xxx.xx) ;
- pour un programme de rééducation dans un établissement pour toxicomanes (centres de rééducation portant numéro d'identification 7.73.xxx.xx) ;
- pour un programme de rééducation dans un établissement de rééducation psychosociale pour enfants ayant de graves affections psychiques (centres de rééducation portant numéro d'identification 7.74.0xx.xx) ;
- pour un programme de rééducation dans un autre centre de rééducation qui a conclu une convention avec le Comité de l'assurance et qui, aux termes de cette convention, peut facturer des prestations de rééducation par journée de rééducation.

§ 3. Un accord de prise en charge de la rééducation (que cet accord porte sur un bilan initial ou sur le programme de rééducation proprement dit) n'est cependant pas retiré s'il s'agit d'une demande :

- d'un centre de référence pour affections métaboliques héréditaires (numéro d'identification 7.89.0xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour maladies neuromusculaires (numéro d'identification 7.89.2xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour la mucoviscidose (numéro d'identification 7.89.1xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour le syndrome de fatigue chronique (numéro d'identification 7.89.4xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour la douleur chronique (numéro d'identification 7.89.6xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour l'IMOC (numéro d'identification 7.89.5xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour le spina bifida (numéro d'identification 7.89.55x.xx) ;
- d'un centre de référence pour troubles du spectre autistique (numéro d'identification 7.74.6xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour la néphrologie pédiatrique (numéro d'identification 7.89.7xx.xx) ;
- d'un centre de référence pour le SIDA (numéro d'identification 7.76.xxx.xx) ;
- d'un centre de diabète pour enfants (numéro d'identification 7.86.7xx.xx) ou d'un service hospitalier qui offre des programmes d'autogestion du diabète (numéro d'identification 7.86.xxx.xx) ou des programmes concernant la pompe à insuline (numéro d'identification 7.86.5xx.xx) ;
- d'une clinique du pied diabétique (numéro d'identification 7.86.8xx.xx) ;
- d'un service hospitalier qui organise l'oxygénothérapie à domicile (numéro d'identification 7.81.xxx.xx), la ventilation assistée à domicile (numéro d'identification 7.85.2xx.xx), le traitement par nCPAP à domicile (numéro d'identification 7.85.xxx.xx) ou le traitement par BiPAP à domicile (numéro d'identification 7.85.3xx.xx) ;
- d'un service hospitalier qui organise le monitoring cardiorespiratoire à domicile (numéro d'identification 7.83.5xx.xx) ;
- d'un centre pour grossesse non désirée (numéro d'identification 7.82.5xx.xx) ;
- d'un centre de rééducation cardiaque agréé (numéro d'identification 7.82.1xx.xx) ;
- d'un service hospitalier qui implante des défibrillateurs cardiaques (numéro d'identification 7.87.xxx.xx).

Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment ajouter à la liste de nouveaux centres de rééducation pour lesquels une demande de prise en charge de la rééducation peut être introduite, sans que l'accord de prise en charge de la rééducation dans un CRA soit de ce fait retiré.

Article 28. § 1^{er}. L'établissement s'engage à donner au médecin-conseil de l'organisme assureur concerné tout renseignement souhaité relatif au programme de rééducation multidisciplinaire suivi par le bénéficiaire.

§ 2. L'établissement transmettra au médecin lui ayant adressé le bénéficiaire une copie du rapport de fin de la rééducation. Ce rapport doit comporter un résumé de la rééducation effectuée, mentionner les résultats acquis et fournir les éléments nécessaires pour maintenir et prolonger ces résultats.

Si le médecin-conseil en fait la demande par écrit à l'établissement, l'établissement adressera copie de ce rapport final au médecin-conseil.

V - FACTURATION ET CAPACITÉ DE FACTURATION

Article 29. § 1^{er} L'établissement s'engage à facturer aux organismes assureurs les forfaits remboursables et ce, sur la base d'une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI. Sur cette facture sont également indiqués à titre d'information tous les montants facturés au bénéficiaire par l'établissement pour des services étrangers à la rééducation. Une copie de ces factures est remise au bénéficiaire ou à son représentant légal.

§ 2. Durant la période maximale de remboursement prévue à l'article 13, § 1^{er}, pour le groupe 11, la facturation de séances décrites au point III, pratiquées le cas échéant dans deux établissements conventionnés, peut être autorisée.

§ 3. Pour les bénéficiaires pour lesquels l'article 13, § 1^{er}, prévoit un capital de séances de rééducation, l'établissement s'engage à ne pas attester un nombre plus important de séances de rééducation aux organismes assureurs que le capital de séances de rééducation mentionné à l'article 13, § 1^{er}. Le non-respect de ces maxima par l'établissement est considéré comme une faute grave. Entre autres mesures, les séances remboursées par l'assurance qui dépassent le capital en séances fixé pour un bénéficiaire, peuvent être réclamées par l'assurance durant 5 ans à partir de la date de paiement par l'assurance ou l'organisme assureur.

Article 30. § 1^{er}. L'équivalent du nombre de séances individuelles d'une durée de 1 heure décrites au point III, réalisables au cours d'une année civile, est fixé à Ce nombre est appelé « capacité théorique réalisable ».

Le nombre maximum de séances individuelles décrites au point III, réalisables au cours d'une année civile et remboursables en vertu de la présente convention, est fixé à ..., c'est à dire 92 % de la capacité théorique réalisable. Ce nombre correspond à la « capacité maximale de facturation » de l'établissement.

§ 2. La capacité théorique réalisable est fixée en divisant le volume annuel d'heures de personnel thérapeutique appartenant aux disciplines (autres que la médicale) citées à l'article 10, § 2, par 1 heure 40 minutes.

Afin de déterminer le volume d'heures annuel de personnel thérapeutique, on part du principe que tout thérapeute effectuant un horaire de 38 h./semaine, comme prévu à l'annexe à la présente convention, est considéré prêter sur une base annuelle un équivalent temps plein - 215 jours ouvrables à 7 heures 36 minutes de présence par jour ouvrable. Tout thérapeute effectuant une fraction de 38 h/semaine, comme prévu à l'annexe à la présente convention, est considéré prêter sur une base annuelle la même fraction d'un équivalent temps plein.

Article 31 Le nombre maximum de séances décrites au point III - A, faisant partie d'un bilan initial, réalisables au cours d'une année civile et remboursables en vertu de la présente convention est fixé à #.

Ce nombre fait partie de la capacité théorique réalisable et de la capacité maximale de facturation fixées à l'article 30, § 1^{er}.

Le nombre maximum de séances de bilan mentionné a été calculé sur la base d'une part du volume annuel d'heures d'encadrement médical dont l'établissement dispose et d'autre part de la disponibilité médicale requise de 15 minutes par séance de bilan en moyenne (cf. article 16, § 3) et de 2,5 minutes en moyenne pour des séances de rééducation ordinaires (cf. articles 19, § 5, et 20, § 5). Le nombre maximum de séances de bilan ne peut jamais dépasser 30 % de la capacité théorique réalisable.

Article 32. § 1^{er}. Afin de calculer la part réalisée de la capacité maximale de facturation, chaque séance décrite au point III correspond à un nombre déterminé. Ces nombres sont mentionnés dans le TABLEAU 3.

TABLEAU 3 : part de la capacité maximale de facturation

2 forfaits	= 2
1,75 forfait	= 1,75
1,66 forfait	= 1,66
1,5 forfait	= 1,5
1,33 forfait	= 1,33
1,25 forfait	= 1,25
1 forfait	= 1
0,75 forfait	= 0,75
0,66 forfait	= 0,66
0,50 forfait	= 0,50
0,33 forfait	= 0,33
0,25 forfait	= 0,25
1 forfait pour un bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4 ^e anniversaire : 1 thérapeute 30 minutes face au bénéficiaire et simultanément 30 minutes face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30 minutes face au bénéficiaire	= 1

Article 33. L'établissement s'engage à ne jamais dépasser la capacité théorique réalisable et le nombre maximum de séances de bilan fixés à l'article 30, § 1^{er}, et à l'article 31.

Article 34. La « capacité normale de facturation » de l'établissement pour les séances décrites au point III est fixée à 90 % de la capacité théorique réalisable de l'établissement fixée à l'article 30, § 1^{er}. Elle s'élève à

...

Afin de calculer la part réalisée de cette capacité normale de facturation, chaque séance décrite au point III correspond à un nombre déterminé. Ces nombres figurent dans le TABLEAU 3 ci-dessus.

§ 2. En cas de dépassement de la « capacité normale de facturation » au cours d'une année civile, l'établissement s'engage, pour les séances de rééducation qui sont réalisées au-delà de la « capacité normale de facturation », à ne pas facturer aux organismes assureurs les montants mentionnés dans les TABLEAUX 1 et 2, mais uniquement des montants réduits. Les montants réduits pouvant être attestés dans ce cas s'élèvent à 50 % du forfait fixé à l'article 17, § 2, et à 50 % des montants fixés dans les TABLEAUX 1 et 2 ci-dessus établis sur la base du forfait susmentionné.

L'établissement s'engage aussi à ne jamais dépasser pour une année civile la « capacité maximale de facturation » telle que fixée à l'article 30, § 1^{er}. Au-dessus de la capacité maximale de facturation, toute séance réalisée au cours d'une année civile ne sera plus facturée, ni aux organismes assureurs, ni aux bénéficiaires.

§ 3. Pour l'année civile d'entrée en vigueur de la présente convention et pour l'année civile d'expiration, il faut diminuer proportionnellement les nombres relatifs à la « capacité normale de facturation », à la « capacité maximale de facturation » et à la « capacité théorique réalisable » en tenant compte de la période de validité de la présente convention au cours de ces années civiles.

Article 35. Sans préjudice de l'article 34, en aucun cas le montant total représenté par les séances remboursables effectuées au cours d'une année civile face à un bénéficiaire ou face à un ou plusieurs membres de sa famille ou face à ses enseignants, ne peut dépasser 101,11 % du montant représenté par la capacité normale de facturation.

Article 36. Pour les prestations qui sont facturées aux organismes assureurs, la facture doit mentionner un pseudo-code et un code supplémentaire (la « prestation relative ») qui reproduit la valeur de la prestation. Selon le groupe cible - visé à l'article 3 - auquel appartient le bénéficiaire, la nature de la séance et l'obligation ou non de facturer les prix diminués, d'autres codes doivent être utilisés. Les pseudo-codes sont mentionnés dans le TABLEAU 4 pour les bénéficiaires ambulatoires et dans le TABLEAU 5 pour les bénéficiaires hospitalisés. Les « prestations relatives » sont indiquées dans le TABLEAU 6.

TABLEAU 4 : séances pour bénéficiaires ambulatoires – pseudo-codes à utiliser

<u>Groupes cibles⁵</u> <u>(cf. art. 3)</u>	<u>Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15)</u>	<u>Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 19)</u>	<u>Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 20)</u>
Groupe 1	796014	796412	796795
Groupe 2	796036	796434	796810
Groupe 3	796051	796456	796832
Groupe 4	796073	796471	796854
Groupe 5	796095	796493	796876
Groupe 6	796110	796515	796891
Groupe 7	796132	796530	796913
Groupe 8	796154	796552	796935
Groupe 9	796176	796574	796950
Groupe 10	796191	796596	796972
Groupe 11	796213	796611	796994
Groupe 12	796235	796633	797016
Groupe 13	796250	796655	797031
Groupe 14	796272	796670	797053
Nomenclature de logopédie (sans préjudice de l'art. 8, § 2, de la présente convention)	796390	-	-

TABLEAU 5 : séances pour patients hospitalisés – pseudo-codes à utiliser

<u>Groupes cibles</u> <u>(cf. art. 3)⁷</u>	<u>Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15)</u>	<u>Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 19)</u>	<u>Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 20)</u>
Groupe 1	796025	796423	796806
Groupe 2	796040	796445	796821
Groupe 3	796062	796460	796843
Groupe 4	796084	796482	796865
Groupe 5	796106	796504	796880
Groupe 6	796121	796526	796902
Groupe 7	796143	796541	796924
Groupe 8	796165	796563	796946
Groupe 9	796180	796585	796961
Groupe 10	796202	796600	796983
Groupe 11	796224	796622	797005
Groupe 12	796246	796644	797020

⁵ ou groupe cible supposé s'il s'agit d'un bilan initial.

Groupe 13	796261	796666	797042
Groupe 14	796283	796681	797064
Nomenclature de logopédie (sans préjudice de l'art. 8, § 2, de la présente convention)	796401	-	-

TABLEAU 6 : Code « prestation relative » (= valeur relative de la prestation)

Forfaits attestables (cf. les art. 18, 19 et 20 et les tableaux 1 et 2)	Séances jusque et y compris l'obtention de la capacité normale de facturation	Séances dépassant la capacité normale de facturation jusques et y compris l'obtention de la capacité maximale de facturation
2 forfaits ^a	0082003	0052006
1,75 forfait	0081756	0051752
1,66 forfait	0081664	0051660
1,5 forfait ^a	0081502	0051505
1,33 forfait	0081336	0051332
1,25 forfait	0081255	0051251
1 forfait ^a	0081001	0051004
0,75 forfait	0080754	0050750
0,66 forfait	0080662	0050665
0,50 forfait	0080500	0050503
0,33 forfait	0080334	0050330
0,25 forfait	0080253	0050256

^a Pour les séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15), seuls ces forfaits peuvent être facturés.

VI – INTERDICTIONS DE CUMUL

Article 37. § 1^{er}. À l'exception des séances de rééducation remboursables mentionnées au point III, aucun acte ou aucune intervention qui ont été effectués par le personnel de l'établissement, dans ou hors de l'établissement, pour l'un des bénéficiaires rééduqués dans l'établissement, ne peuvent être portés en compte ni au bénéficiaire, ni à son organisme assureur pendant toute la période de prise en charge de la rééducation. Cette interdiction est applicable non seulement les jours auxquels des séances sont réalisées dans le cadre de la présente convention mais également les jours auxquels il n'est pas réalisé de séances dans le cadre de celle-ci.

De même, les actes ou interventions qui sont effectués dans l'établissement par le personnel de l'établissement face à un ou plusieurs membres de la famille (parents, partenaire, ...) d'un bénéficiaire, qui sont associés au programme de rééducation, ne peuvent jamais être portés en compte à l'intéressé, au membre de la famille concerné ou à leur organisme assureur. Cela vaut aussi pour les actes ou interventions qui sont effectués par le personnel de l'établissement en dehors de l'établissement mais qui font partie de la durée requise d'une séance de rééducation pour le bénéficiaire ou qui sont effectuées pendant le temps d'occupation du membre du personnel concerné dans le cadre de la présente convention. Toutefois, si les actes ou les interventions qui sont effectués hors de l'établissement par le personnel de l'établissement face à un membre de la famille d'un bénéficiaire, ne font pas partie de la durée requise d'une séance de rééducation pour ce bénéficiaire et ne sont pas effectués pendant le temps d'occupation du membre du personnel en question dans le cadre de cette convention, ces actes ou interventions peuvent être attestés. Les actes ou interventions effectués par le personnel de l'établissement face à un membre de la famille d'un bénéficiaire peuvent aussi être attestés si l'établissement fait partie d'un hôpital et si les actes ou interventions effectués concernent une pathologie du membre de la famille en question, ne font pas partie de la durée requise d'une séance de rééducation pour ce bénéficiaire et ne sont pas effectués pendant le temps d'occupation du membre du personnel en question dans le cadre de la présente convention.

§ 2. En application des dispositions du § 1^{er} du présent article, les médecins de l'établissement ne peuvent - pour les bénéficiaires de la présente convention rééduqués dans l'établissement - entre autres jamais porter en compte les prestations figurant dans l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1994 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et ce pendant toute la période de prise en charge de la rééducation. Donc, pendant toute la période de prise en charge de la rééducation, les médecins de l'établissement ne peuvent entre autres jamais porter en compte, pour les bénéficiaires de la présente convention rééduqués dans l'établissement, des consultations, visites, avis et psychothérapies, même lorsque ces prestations sont effectuées hors de l'établissement.

L'anamnèse par l'équipe, dont il est question à l'article 26, § 2, ne peut jamais non plus faire l'objet d'une facturation au patient ou à son organisme assureur, d'une des prestations citées à l'article 2 de la nomenclature susmentionnée.

Si un bénéficiaire prend lui-même l'initiative – indépendamment de l'établissement – de consulter un médecin de l'établissement, hors de l'établissement, pour une affection qui n'a aucun rapport avec la rééducation du bénéficiaire dans l'établissement, cette consultation peut toutefois être attestée, à condition qu'elle ne fasse pas partie de la durée requise d'une séance de rééducation pour ce bénéficiaire, et qu'elle n'ait pas lieu pendant le temps d'occupation du médecin en question dans le cadre de cette convention. Cette exception ne vaut toutefois pas pour les psychothérapies, lesquelles ne peuvent donc jamais être attestées par les médecins de l'établissement au bénéficiaire ou à son organisme assureur, pendant toute la durée de la prise en charge de la rééducation.

L'établissement et ses médecins ne suggéreront en aucune manière aux bénéficiaires et à leur famille de consulter les médecins de l'établissement hors dudit établissement ni ne les inciteront à le faire.

§ 3. Sauf si cela allait à l'encontre des dispositions de l'article 38 de la présente convention, les médecins de l'établissement peuvent, par dérogation au § 1^{er}, pour les bénéficiaires rééduqués dans l'établissement et leur famille, facturer les prestations qui sont mentionnées dans certains articles de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1994 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. À moins de déroger aux dispositions de l'article 38, les prestations qui sont mentionnées dans les articles suivants de la nomenclature des prestations de santé peu-

vent en effet toujours être facturées pour les bénéficiaires rééduqués dans l'établissement et leur famille :

- les prestations techniques médicales visées à l'article 3, § 1^{er}, de la nomenclature précitée,
- les prestations techniques médicales spéciales visées aux articles 10 et suivants de la nomenclature précitée.

Conformément aux dispositions de l'article 22 de la présente convention, le temps consacré à ces prestations techniques médicales (spéciales) remboursables ne peut jamais être inclus dans la durée requise d'une séance de rééducation fonctionnelle. Ces prestations sont également réputées être effectuées en dehors du temps d'occupation du médecin spécialiste concerné dans le cadre de la présente convention.

§ 4. L'établissement s'engage à prendre toutes mesures utiles en vue de l'application du présent article. À cet effet, il s'engage à signifier au bénéficiaire par écrit et moyennant récépissé signé par lui, les dispositions du présent article et de l'article 38 et d'en expliciter la portée. Un double de ce document signé est conservé par l'établissement.

§ 5. L'interdiction du § 1^{er} de porter en compte au bénéficiaire ou à l'assurance des actes ou interventions qui sont effectués par le personnel de l'établissement vaut également pour les actes ou interventions qui seraient effectués par des membres de l'équipe de l'établissement dans l'établissement pour des bénéficiaires après la fin de la période de rééducation prise en charge.

Pour les établissements qui font partie d'un hôpital, cette disposition n'est cependant pas applicable à condition que les actes ou interventions portés en compte ne soient pas réalisés pendant le temps d'occupation du membre du personnel concerné dans le cadre de la présente convention.

§ 6. Par période de prise en charge de la rééducation, il faut entendre dans le présent article ainsi que dans l'article 38 tant la période de prise en charge du bilan initial que la période de prise en charge du programme de rééducation multidisciplinaire qui suit le bilan initial. L'établissement peut toutefois toujours communiquer au médecin-conseil la date de cessation du programme de rééducation.

Article 38. § 1^{er}. Un bénéficiaire ne peut jamais cumuler un programme de rééducation dans l'établissement dans la même période avec un des programmes de rééducation mentionnés à l'article 27, § 2, pour lesquels l'accord de prise en charge de la rééducation vient à échéance si pour le bénéficiaire une autre demande de prise en charge de la rééducation a été introduite. La présente disposition est donc applicable non seulement les jours auxquels des séances sont réalisées dans le cadre de la présente convention mais également les jours auxquels il n'est pas réalisé de séances dans le cadre de la présente convention.

Toutefois, il n'est pas exclu que la rééducation dans l'établissement soit précédée ou suivie d'un des programmes de rééducation visés à l'article 27, § 2.

§ 2. Un bénéficiaire ne peut jamais cumuler, dans la même période, un programme de rééducation dans l'établissement avec les prestations suivantes qui sont mentionnées dans l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

- les prestations 558810-558821 (rééducation pluridisciplinaire K30) et 558832-558843 (rééducation pluridisciplinaire K60), mentionnées à l'article 22 de la nomenclature des prestations de santé (physiothérapie) ;
- toutes les autres prestations de physiothérapie qui sont mentionnées à l'article 22, II, a et b, de la nomenclature, et toutes les prestations de kinésithérapie (mentionnées à l'article 7 de la nomenclature).

Toutefois, dans les cas suivants, un dispensateur qui ne fait pas partie du personnel dans le cadre de la présente convention peut effectuer hors de l'établissement et porter en compte les prestations de physiothérapie et de kinésithérapie (moyennant qu'elles aient été prescrites par un médecin qui ne fait pas partie du personnel dans le cadre de la présente convention) :

- Pour les bénéficiaires qui font partie du groupe 14 (infirmité motrice cérébrale)
- Pour les bénéficiaires qui souffrent d'une des affections visées à l'article 7, § 3, 3° de l'arrêté royal du 23 mars 1982 fixant la quote-part personnelle des bénéficiaires ou l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations.
- Exceptionnellement et moyennant l'accord du médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire : pour un bénéficiaire qui doit bénéficier temporairement de prestations de physiothé-

rapie et/ou de kinésithérapie pour une affection qui n'a aucun rapport avec la rééducation du bénéficiaire dans l'établissement.

Pour les établissements qui font partie d'un hôpital, un dispensateur qui ne fait pas partie du personnel dans le cadre de la présente convention peut, dans les cas mentionnés ci-dessus et si indiqué, effectuer dans l'hôpital ces prestations de physiothérapie et de kinésithérapie ;

- les prestations de logopédie (article 36 de la nomenclature), sauf précisé autrement à cet article 36 de la nomenclature. Dans le cas où l'article 36 de la nomenclature autorise le cumul d'un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement avec des prestations de logopédie monodisciplinaires, les prestations de logopédie ne peuvent être portées en compte que les jours pendant lesquels l'établissement n'effectue aucune séance de rééducation fonctionnelle (séance de bilan ou séance de rééducation ordinaire).

Sauf précisé autrement, l'interdiction reprise dans le présent § 2 de porter en compte certaines prestations est applicable non seulement les jours auxquels des séances sont réalisées dans le cadre de la présente convention mais également les jours auxquels il n'est pas réalisé de séances dans le cadre de la présente convention.

Il n'est cependant pas exclu que la période de rééducation dans l'établissement soit précédée ou suivie d'une période dans laquelle les prestations susmentionnées ont été ou sont effectuées.

VII - PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT

Article 39. § 1^{er}. Le cadre prévu du personnel médical et thérapeutique, mentionné dans l'annexe à la présente convention, effectuera, pendant les heures prises en compte pour le calcul du forfait figurant à l'annexe de cette convention, exclusivement des activités dans le cadre de cette convention ; pendant le temps d'occupation pris en considération pour le calcul du forfait, l'établissement réalisera donc exclusivement les programmes et séances de rééducation fonctionnelle dont question aux points II et III, et ce à l'intention des bénéficiaires visés au point I.

§ 2. L'horaire des heures d'ouverture de l'établissement, dans lequel les heures prises en compte citées au § 1^{er} sont comprises, est établi par plages ininterrompues de demi-journées (au minimum 3 heures).

L'établissement s'engage à joindre, à titre d'information, annuellement cet horaire en annexe aux comptes annuels visé à l'article 52.

L'établissement s'engage à communiquer par lettre au Service des soins de santé de l'INAMI toute éventuelle modification de cet horaire, au moins un mois avant son entrée en vigueur.

§ 3. Durant l'horaire visé au § 2, aucune prestation pour un patient dont la rééducation fonctionnelle n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente convention ne sera effectuée ou facturée, ni à un patient payant lui-même, ni à un patient ou aux organismes assureurs dans le cadre de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière de soins de santé et indemnités ou dans le cadre de l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation.

La présente disposition ne s'applique cependant pas aux hôpitaux avec lesquels la présente convention a été conclue.

Article 40. § 1^{er}. Afin de garantir la qualité de la rééducation fonctionnelle, l'établissement s'engage à employer en permanence le cadre du personnel prévu à l'annexe à cette convention, de sorte que l'établissement dispose toujours d'un cadre du personnel dont le volume (exprimé en équivalents temps plein, ETP) corresponde au cadre du personnel mentionné en annexe, sauf si l'établissement recourt aux dérogations prévues au § 2 du présent article.

Plus particulièrement, l'établissement s'engage à toujours prendre toutes les dispositions afin d'éviter qu'une fonction prévue au cadre du personnel ne soit pas remplie. Ainsi, dès qu'une fonction prévue au cadre du personnel sera vacante à la suite d'une démission, d'un licenciement ou pour un motif justifié d'absence de longue durée (interruption de carrière, congé sans solde, maladie, ...), l'établissement prendra immédiatement des mesures afin de pourvoir au remplacement du membre du personnel temporairement ou définitivement absent.

Le coût de l'emploi du cadre du personnel prévu en annexe est supposé être entièrement supporté par l'établissement sur la base des revenus qui peuvent être puisés dans la présente convention. Dès lors, les fonctions prévues dans le cadre du personnel ne peuvent jamais être remplies par du personnel qui serait occupé dans ces fonctions dans le cadre d'un régime de financement sur la base duquel d'autres organes publics interviennent en tout ou partie, directement ou indirectement, dans le coût salarial de ce personnel.

Si des membres du personnel devaient être dispensés de prestations de travail dans le cadre de la problématique de fin de carrière, conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense de prestations de travail doit être compensée par de nouvelles embauches ou par une augmentation de la durée de travail d'autres membres du personnel. Ce personnel supplémentaire doit être occupé en sus du cadre du personnel prévu en annexe. Le financement de ces emplois compensatoires (et de la prime des membres du personnel qui peuvent prétendre à cette dispense de prestations de travail mais ne l'utilisent pas) sort du cadre de la présente convention, mais ne la contredit pas. La présente convention n'en tient cependant compte en aucune manière : par conséquent, le nombre d'heures de travail prévu en annexe pour chaque membre du personnel ne tient pas compte de l'éventuelle dispense de prestations de travail pour ce membre du personnel et

le coût salarial calculé en annexe ne tient pas compte de la prime qui est due aux membres du personnel qui peuvent prétendre à cette dispense de prestations de travail mais n'en font pas usage.

La présente convention ne tient pas non plus compte de tous les régimes possibles sur la base desquels l'établissement peut bénéficier d'une réduction des cotisations ONSS, en échange d'embauches compensatoires. Toutefois, les fonctions prévues en annexe dans le cadre du personnel ne peuvent jamais être remplies par du personnel qui a été recruté par l'établissement en compensation à une réduction des cotisations ONSS. Si l'établissement bénéficie d'une réduction des cotisations ONSS en échange de laquelle du personnel supplémentaire doit être occupé, ce personnel supplémentaire doit toujours être occupé en sus du cadre du personnel prévue en annexe.

§ 2. En fonction d'un glissement fondamental vers des programmes de rééducation fonctionnelle adaptés (programmes « state of the art » et « *evidence-based* »), pour les groupes cibles prévus à l'article 3, à savoir ces groupes cibles qui répondent à un diagnostic catégoriel médical spécifique et qui sont confrontés aux limitations fonctionnelles qui en découlent, l'établissement peut cependant - le cas échéant - procéder à des glissements entre les disciplines non médicales dans le cadre du personnel et ce, dans les conditions suivantes :

- le glissement n'entraîne aucune modification du nombre d'ETP de l'encadrement médical employé par l'établissement ;
- le glissement n'entraîne aucune diminution du nombre d'ETP du personnel thérapeutique (personnel thérapeutique au sens de l'article 10, § 2) occupé par l'établissement. Le nombre d'ETP du personnel thérapeutique occupés par l'établissement ne peut donc pas devenir inférieur au nombre d'ETP du personnel thérapeutique de l'établissement, mentionné dans l'annexe à la présente convention. Le nombre d'ETP du personnel thérapeutique peut cependant augmenter si du personnel non thérapeutique était remplacé par du personnel thérapeutique ;
- le nombre total d'ETP du personnel, prévu dans l'annexe à la présente convention, n'est pas augmenté. Il peut toutefois légèrement diminuer si l'établissement décide de remplacer un membre du personnel non thérapeutique sortant par un membre du personnel thérapeutique ou non thérapeutique supplémentaire qui peut prétendre à un barème supérieur et qui est occupé moins d'heures par semaine que son prédécesseur. Si l'établissement décide de remplacer un membre du personnel non thérapeutique sortant par un nombre inférieur d'ETP du personnel thérapeutique ou non thérapeutique, le salaire annuel brut du remplaçant ne peut toutefois jamais être inférieur de 10 % au salaire annuel brut du membre du personnel qui a quitté sa fonction et est remplacé. Ce critère de 10 % ne s'applique que si un membre du personnel non-thérapeutique qui a démissionné est remplacé par du personnel thérapeutique ou non-thérapeutique pour un nombre inférieur d'ETP. Le critère de 10 % ne s'applique donc pas si un membre du personnel démissionnaire est remplacé pour un même nombre d'ETP.
- le glissement entre disciplines n'entraîne pas, à la date de son exécution, d'augmentation du coût salarial (le salaire annuel brut du membre du personnel nouvellement entré en service ne dépasse pas le salaire annuel brut du membre du personnel qui a quitté la fonction et doit être remplacé). Ce n'est que si un membre du personnel sortant est remplacé par un membre du personnel plus qualifié et pouvant prétendre à un barème supérieur (et éventuellement une ancienneté plus importante) que le salaire annuel brut du remplaçant peut dépasser de 10 % maximum le salaire annuel brut de son prédécesseur. De tels remplacements qui entraînent un surcoût (de 10 % maximum) doivent toutefois rester exceptionnels : par rapport au cadre du personnel fixé en annexe à la convention (ou à de futurs avenants), de tels remplacements doivent donc se limiter à 1 ETP maximum. Le critère de 10 % ne s'applique pas pour le glissement entre disciplines lorsque les barèmes du membre du personnel démissionnaire et engagé sont identiques ou pour le remplacement d'un membre du personnel par un autre membre du personnel ayant la même qualification et le même barème ; dans un tel cas le surcoût engendré par des différences en ancienneté peut donc toujours compter plus de 10 %.
- si l'établissement remplace un membre du personnel non thérapeutique par un membre du personnel thérapeutique supplémentaire, entraînant ainsi une augmentation du nombre d'ETP du personnel thérapeutique, le calcul de la capacité et du forfait en tiendra compte au plus tard lors du prochain recalcul du coût salarial de l'établissement. Toutefois, le Comité de l'assurance peut éventuellement insérer, à une date antérieure (mais jamais rétroactivement), cette augmentation de capacité dans la convention via un avenant à la convention.

Les modifications du cadre du personnel qui ne répondent pas aux conditions susmentionnées sont possibles uniquement sur la base d'un avenant à la convention approuvé par le Comité de l'assurance (après avis de la Commission de contrôle budgétaire en la matière) et sous réserve que le budget de l'assurance soins de santé dispose encore de moyens spécifiques à cet effet.

§ 3. L'établissement n'est pas tenu de remplacer un membre du personnel qu'il a licencié, qui, à la demande de l'établissement, ne travaille plus au cours de la période du préavis légal rémunéré, et ce aussi longtemps que le membre du personnel licencié est encore effectivement rémunéré par l'établissement. L'établissement n'est pas davantage tenu de remplacer un membre du personnel absent pour maladie au cours de la période légale de salaire garanti, pendant laquelle le membre du personnel malade est encore effectivement rémunéré par l'établissement.

§ 4. L'établissement s'engage à informer annuellement le Service des soins de santé de l'INAMI au sujet du personnel effectivement en fonction dans l'établissement et ce, sur la base du modèle que le Service des soins de santé impose en la matière. Cet aperçu annuel du personnel constitue une annexe aux comptes annuels visés à l'article 52.

§ 5. Si le Comité de l'assurance constate que l'établissement n'a pas respecté les dispositions du § 1^{er} du présent article (compte tenu des glissements autorisés en vertu du § 2), il peut décider, en plus d'autres mesures jugées utiles, de diminuer d'un certain montant et pendant une certaine période les montants fixés à l'article 17, § 2 (et les montants qui en découlent, mentionnés aux articles 19 et 20). En aucun cas, cette période ne peut dépasser la durée de non-respect des dispositions du § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du présent article et en tout cas, l'établissement doit avoir eu l'occasion d'expliquer par écrit les raisons de ce non-respect.

Si simultanément les dispositions du § 1^{er} et du § 4 du présent article ne sont pas respectées, une réduction peut en tout cas être appliquée, quels que soient les motifs de non-respect.

Cette réduction s'élève à 10 % du montant du forfait fixé à l'article 17, § 2 (et des montants mentionnés aux articles 19 et 20), par équivalent temps plein manquant. ******Version alternative de la phrase précédente pour les établissements rémunérant une équipe comptant un nombre d'équivalents temps plein inférieur à 12 ******. Cette réduction s'élève à #« 21 » % du forfait fixé à l'article 17, § 2 (et des montants mentionnés aux articles 19 et 20), par équivalent temps plein manquant, de sorte que la diminution constituerait pour l'établissement, sur une base annuelle, une perte de revenus qui s'élève à 120 % du coût moyen d'un équivalent temps plein. Ces montants de base sont liés à l'indice pivot 110,51 au 1^{er} septembre 2008 (base 2004) des prix à la consommation et sont adaptés selon les dispositions de la loi citée à l'article 17, § 2.

L'établissement s'engage à ne répercuter en aucun cas, ni sur les patients qu'il prend en charge, ni sur les autres membres du personnel, les réductions appliquées sur la base des dispositions du présent paragraphe.

Article 41. L'établissement s'engage à communiquer par écrit à chaque membre de son personnel le contenu des articles 3 à 16 inclus, 18, 19, §§ 1^{er} à 4 inclus, 20, §§ 1^{er} à 4 inclus, 21, § 2, à 28 inclus, 37, 38, 39, 49 et 50 de la présente convention, engageant aussi la responsabilité du personnel, ainsi que toute éventuelle modification de ces articles. À cet effet, chaque membre du personnel date et signe un accusé de réception que l'établissement conserve et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI.

Article 42. § 1^{er}. L'établissement s'engage à rémunérer son personnel au moins sur la base des principes qui ont servi au calcul de son coût, calcul reproduit en annexe à la présente convention.

Comme l'indique l'annexe précitée, ce calcul se base, pour la plupart des membres du personnel, sur les échelles de salaire spécifiques de la Commission paritaire 330 (CP pour les établissements et services de santé) pour le personnel hospitalier et pour les centres de rééducation fonctionnelle.

Toutefois, à défaut d'échelles salariales adéquates de la CP 330, le calcul se base, pour certains membres du personnel, sur d'autres barèmes :

- pour le directeur de l'établissement, le calcul se base sur le barème A23 (pour un directeur qui, depuis moins de 9 ans, est directeur d'un établissement de rééducation fonctionnelle conventionné) ou le ba-

rème A31 (pour un directeur qui, depuis 9 ans minimum, est directeur d'un établissement de rééducation fonctionnelle conventionné). Il s'agit là de barèmes au sens de l'arrêté royal du 10 avril 1995 fixant les échelles de traitement des grades communs à plusieurs services publics fédéraux ;

- pour les médecins de l'établissement, le calcul se base sur le barème de médecin-conseil auprès des organismes assureurs comme fixé à l'article 5, 1°, de l'arrêté royal du 22 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d'assurer auprès des organismes assureurs le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. L'établissement s'engage à accorder au personnel concerné les avantages qui sont prévus respectivement dans le cadre de nouvelles conventions collectives du travail conclues au sein de la commission paritaire 330 pour le personnel hospitalier et pour les centres de rééducation fonctionnelle, à condition que leur coût soit intégré par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI dans le montant du forfait.

§ 3. Le Comité de l'assurance s'engage à insérer les futures modifications des barèmes mentionnés au § 1^{er} pour la direction et les médecins de l'établissement dans le forfait de rééducation fonctionnelle et ce, à partir de la date d'entrée en vigueur de la modification. Si de telles modifications devaient pourtant n'être intégrées que plus tard dans le forfait de rééducation fonctionnelle, un forfait de rattrapage sera prévu.

L'établissement s'engage à appliquer aux membres du personnel concernés les éventuelles futures augmentations salariales qui seraient ainsi intégrées dans le forfait de rééducation fonctionnelle, éventuellement par le paiement d'arriérés.

Pour le directeur, le présent article vise uniquement les modifications du barème tel que prévu par l'arrêté royal précité du 10 avril 1995 et pour les médecins, il vise uniquement les modifications du barème qui est mentionné à l'article 5, 1°, de l'arrêté royal précité du 22 octobre 2006. Dès lors, conformément aux dispositions du présent article, l'établissement et/ou son directeur et/ou ses médecins ne peuvent jamais prétendre à l'application d'autres parties de la rémunération ou du statut du personnel des services publics fédéraux ou du médecin-conseil.

Le Comité de l'assurance conserve tous ses droits pour imposer dans le cadre de conventions de rééducation fonctionnelle nouvelles ou revues certaines modalités spécifiques relatives à la rémunération de la direction et des médecins d'établissements de rééducation fonctionnelle.

§ 4. L'établissement s'engage à verser annuellement, au plus tard le 31 mars, au Fonds pour le paiement d'une prime syndicale dans le secteur des soins de santé le montant accordé par le Comité de l'assurance et fixé par équivalent de forfait remboursé pour l'année civile précédente.

§ 5. Si une fonction prévue dans le cadre du personnel de l'établissement est remplie de façon contractuelle par un travailleur indépendant, l'établissement s'engage à payer pour les prestations de ce travailleur indépendant des honoraires au moins égaux à la charge salariale totale en cas de mise au travail sur la base du statut d'un travailleur salarié. La charge salariale totale précitée comporte, outre la rémunération brute, entre autres le supplément pour heures irrégulières, le pécule de vacances, l'ensemble des primes et cotisations patronales à l'O.N.S.S., l'assurance loi, etc.

§ 6. Le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI ne peut être considéré comme partie au contrat d'emploi qui lie l'établissement et son personnel.

Article 43. La part des frais de personnel dans les prix fixés aux articles 17, 19 et 20 sera adaptée à la réalité si les dépenses réelles pour le personnel, suite à l'évolution de l'ancienneté du personnel réellement occupé, sont supérieures de 1 % aux frais de personnel qui sont compris dans ces prix.

À cet effet, l'établissement de rééducation fonctionnelle, en concertation avec le Service des soins de santé, constituera un dossier des frais de personnel complet, actualisé et documenté, qui sera soumis au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance, accompagné d'un avenant à la convention permettant d'adapter les prix.

Le dossier des frais de personnel qui doit être constitué par l'établissement de rééducation fonctionnelle doit suivre le modèle et les principes du calcul des frais de personnel, joint en annexe à la présente convention, notamment en ce qui concerne le nombre de membres du personnel de l'établissement de rééducation fonctionnelle et leur qualification. Des dérogations à ces principes ne sont possibles que si elles répondent aux conditions de l'article 40, § 2, ou si elles résultent de nouvelles CCT appliquées par le Comité de l'assurance ou si elles résultent de mesures légales. En aucun cas, l'actualisation des frais de personnel ne peut être contraire sur certains points aux principes de calcul qui sont normalement appliqués par le Service des soins de santé.

Tout dossier des frais de personnel qui ne répond pas à ces conditions sera considéré comme irrecevable par le Service des soins de santé, ce qui sera communiqué à l'établissement de rééducation fonctionnelle.

Les prix ainsi recalculés entreront en vigueur le premier jour du mois suivant leur approbation par le Comité de l'assurance et, au plus tard, le premier jour du quatrième mois suivant la date de réception par le Service des soins de santé d'un dossier des frais de personnel complet et précis.

Article 44. § 1^{er}. Pour toute demande de recalcul des frais de personnel, l'établissement s'engage à communiquer et démontrer chaque fois clairement et séparément les frais suivants, qu'il a lui-même engagés sur une base annuelle dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle ou, si l'établissement n'a pas de tels frais, à signaler la raison de leur absence :

- 1) les frais d'assurance loi et de médecine du travail pour son personnel ;
- 2) les frais de secrétariat social pour son personnel. Si, éventuellement, le personnel de l'établissement assume lui-même les tâches d'un secrétariat social, le ou les membres du personnel concernés sont clairement et séparément déclarés, ainsi que le nombre moyen d'heures/semaine consacré (par chacun d'eux) à ces tâches ;
- 3) les frais de comptabilité. Si, le cas échéant, le personnel de l'établissement assume lui-même les tâches d'un comptable, le ou les membres du personnel concernés sont clairement et séparément déclarés, ainsi que le nombre moyen d'heures/semaine consacré (par chacun d'eux) à ces tâches ;
- 4) les frais de toutes sortes d'obligations légales telles que le conseiller en prévention, les premiers emplois dans les organisations qui emploient plus de 50 travailleurs salariés, le Comité de prévention et de protection au travail,

§ 2. L'établissement s'engage également à communiquer, pour chaque demande de recalcul des frais de personnel, le nombre moyen d'heures par semaine consacré sur une base annuelle à la direction administrative, l'accueil, au secrétariat, (au soutien de) l'informatique et l'entretien.

§ 3. Aucune demande de recalcul ne sera examinée si les données visées aux §§ 1^{er} et 2 n'y sont pas communiquées.

Par ailleurs, lors de la réalisation du recalcul, tous les points visés aux §§ 1^{er} et 2 seront mentionnés séparément s'ils représentent des frais réels de personnel ou de sous-traitance qui sont intégrés dans le forfait. Les dispositions du présent article n'obligent cependant pas le Comité de l'assurance à intégrer dans le forfait les montants déclarés si les montants déclarés sont exagérés ou ne sont pas objectivés ou ne respectent pas les principes généraux appliqués pour le calcul des forfaits de rééducation.

Article 45. L'établissement s'engage à communiquer par écrit à chaque membre du personnel les obligations mentionnées à l'article 42 et relatives à sa rémunération.

L'établissement conserve et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les pièces prouvant que le personnel a pris connaissance desdites obligations.

L'établissement autorise le Service des soins de santé de l'INAMI à communiquer à chaque membre du personnel qui en fait la demande, les dispositions relatives au mode de calcul de sa rémunération résultant desdites obligations.

VIII – ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT DE S'ADRESSER À DES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES SUR LE PLAN MÉDICAL

Article 46. § 1^{er}. La présente convention s'inscrit dans ce qu'on appelle la « reconversion du secteur de la rééducation fonctionnelle ORL-PSY » (aujourd'hui les centres de rééducation ambulatoire ou CRA) et constitue une des étapes de la reconversion, à côté d'autres étapes déjà franchies ou à venir.

Cette reconversion vise concrètement à ce que le secteur de la rééducation fonctionnelle ORL-PSY / les centres de rééducation ambulatoire s'adressent progressivement de plus en plus à des groupes cibles prioritaires sur le plan médical qui sont confrontés à d'importants besoins en matière de traitement et de rééducation fonctionnelle (parfois aussi à des listes d'attente), besoins insuffisamment satisfaits jusqu'à présent. Pour permettre aux CRA d'offrir à ces groupes cibles, prioritaires sur le plan médical, des programmes de rééducation fonctionnelle multidisciplinaires, *evidence-based* et de qualité, la présente convention (comparée à l'ancienne) adapte les modalités de fonctionnement qui s'appliquent aux établissements et leur permet également de mieux accorder la composition des équipes des CRA avec les groupes cibles modifiés des centres de rééducation fonctionnelle.

Tout établissement qui souscrit à la présente convention s'engage dès lors à entrer dans ce processus de reconversion et à s'adresser progressivement de plus en plus à des groupes cibles prioritaires sur le plan médical.

Pour concrétiser cet engagement, on retient d'une part le pourcentage de patients présentant divers troubles du langage et de l'apprentissage (y compris les patients d'une intelligence limitée)⁶ par rapport au nombre total de patients qui fin 2008 suivaient un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement. Fin 2008, ce pourcentage se montait pour l'établissement à ##22## %.

D'autre part, on retient le pourcentage de patients qui suivent le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 4 (troubles complexes du développement) de la présente nouvelle convention par rapport au nombre total de patients qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement. Ce groupe 4 remplace les groupes de patients présentant divers troubles du langage et de l'apprentissage de l'ancienne convention.

Concernant ces pourcentages, les établissements s'engagent à ce qui suit :

1. l'établissement dont l'effectif de patients comptait fin 2008 moins de 30 % de patients en rééducation ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage, s'engage dans le cadre de la présente nouvelle convention à limiter le pourcentage de patients en rééducation du groupe 4 en 2010 et toutes les années suivantes jusque maximum le pourcentage réel de patients ayant des troubles du langage et de l'apprentissage qui suivaient fin 2008 un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement. Cet établissement s'engage donc à ne pas rééduquer un pourcentage de patients du groupe 4 supérieur à celui de patients ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage qu'il rééduquait fin 2008. Vu l'afflux changeant de patients et de pathologies, il peut toutefois être admis pour ces établissements que le pourcentage de patients du groupe 4 soit tout de même légèrement supérieure dans une année donnée au pourcentage de ceux ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage fin 2008, sous réserve de respecter les limitations suivantes ;
 - l'établissement dont le pourcentage (susmentionné) de patients ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage était, fin 2008, inférieur à 10 % ne peut, dans aucune année, rééduquer plus de 15 % de patients (du nombre total de patients rééduqués de l'année considérée) dans le groupe 4 ;
 - l'établissement dont le pourcentage (susmentionné) de patients ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage était, fin 2008, de minimum 10 % tout en étant inférieur à 20 % ne peut, dans aucune année, rééduquer plus de 25 % de patients (du nombre total de patients rééduqués dans l'année considérée) dans le groupe 4 ;
 - l'établissement dont le pourcentage (susmentionné) de patients ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage était, fin 2008, de minimum 20 % ne peut, dans aucune année, rééduquer plus de 30 % de patients (du nombre total de patients rééduqués dans l'année considérée) dans le groupe 4.
2. l'établissement dont l'effectif de patients comptait fin 2008 entre 30 et 36 % de patients en rééducation ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage, s'engage, dans le cadre de la présente nouvelle convention, à réduire progressivement le pourcentage de patients en rééducation du groupe 4 en 2010 et

⁶ Cela concerne donc les groupes 9, 10A, 10B et 11 de l'ancienne convention ORL et les groupes 8, 9A, 9B et 10 de l'ancienne convention PSY.

toutes les années suivantes de sorte qu'au plus tard fin 2015 il ne rééduque plus que maximum 30 % de patients du groupe 4. Fin 2010, 2011, 2012, 2013 et fin 2014, cet établissement ne pourra plus rééduquer encore que maximum 35, 34, 33, 32 et 31 % de patients du groupe 4.

3. L'établissement dont l'effectif de patients comptait fin 2008 entre 36 et 42 % de patients en rééducation ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage, s'engage, dans le cadre de la présente nouvelle convention, à réduire progressivement le pourcentage de patients en rééducation du groupe 4 en 2010 et toutes les années suivantes de sorte qu'au plus tard fin 2015 il ne rééduque plus que maximum 30 % de patients du groupe 4. Fin 2010, 2011, 2012, 2013 et fin 2014, cet établissement ne pourra plus rééduquer encore que maximum 40, 38, 36, 34 et 32 % de patients du groupe 4.
4. L'établissement dont l'effectif de patients comptait fin 2008 plus de 42 % de patients en rééducation fonctionnelle ayant divers troubles du langage et de l'apprentissage s'engage, dans le cadre de la présente nouvelle convention, à réduire de 3 % au moins chaque année, à partir de 2010 jusques et y compris 2015, le pourcentage de patients en rééducation dans le groupe 4 (du nombre total de patients rééduqués), et ce tant que le pourcentage de patients du groupe 4 est supérieur à 30 %.

Vu le pourcentage susvisé de patients présentant des troubles du langage et de l'apprentissage traités par l'établissement fin 2008, l'engagement précité numéro ## 1 of 2 of 3 of 4## s'applique à l'établissement.

Aux fins de calculer les pourcentages en question, il est seulement tenu compte d'une part, du nombre de patients suivant le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 4 (troubles complexes du développement) et, d'autre part, du nombre total de patients suivant un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement. Il n'est pas tenu compte des séances réalisées par l'établissement dans le cadre d'un bilan initial.

§ 2. Afin de pouvoir contrôler le respect de l'engagement mentionné au § 1^{er} en vue de limiter le nombre de patients du groupe 4 (troubles complexes du développement), l'établissement communiquera chaque année au Service des soins de santé, avant la fin du mois de février, le nombre de patients pour lesquels un programme de rééducation était en cours dans l'établissement au 31 décembre de l'année écoulée, et ce distinctement pour chaque groupe de patients, tel que mentionné à l'article 3.

Après s'être concerté avec le Conseil d'accord visé à l'article 47, le Service des soins de santé fixe la manière dont ces données doivent être communiquées.

Sont censés suivre dans ce contexte un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement : tous les patients pour lesquels, au 31 décembre, (dans le cadre de la procédure visée aux articles 25 à 28 inclus de la présente convention) :

- la prise en charge du programme de rééducation fonctionnelle a été autorisée par le médecin-conseil;
- ou une demande de prise en charge du programme de rééducation fonctionnelle a été introduite auprès du médecin-conseil, la rééducation débutant au plus tard le 31 décembre ;

Ne sont toutefois pas censés suivre encore un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement :

- les patients pour lesquels le programme de rééducation fonctionnelle autorisé par le médecin-conseil est déjà achevé au 31 décembre et pour lesquels aucune demande de prolongation de rééducation fonctionnelle n'a été ou ne sera introduite et pour lesquels le rapport final visé à l'article 28 a été envoyé, au plus tard le 31 janvier, au médecin qui renvoie
- les patients qui suivent le programme de rééducation fonctionnelle des groupes 1, 4, 5, 12 ou 13 (groupes pour lesquels un capital unique d'un nombre spécifié de séances de rééducation fonctionnelle est prévu à l'article 13), pourvu que pour ces patients, aucune séance de rééducation fonctionnelle n'ait été réalisée au cours de la période allant du 1^{er} novembre au 31 janvier inclus et qu'il ne soit pas non plus projeté au 31 janvier de réaliser des séances de rééducation fonctionnelle à leur intention les mois suivants.

§ 3. Le non-respect par l'établissement, deux années de suite, des limitations du nombre de patients du groupe 4 (troubles complexes du développement) visées dans le présent article, peut – après que l'établissement a eu la possibilité d'en exposer les raisons par écrit - constituer un motif pour dénoncer la présente convention

IX. CONSEIL D'ACCORD

Article 47. § 1^{er}. Dans le cadre de la présente convention est créé un Conseil d'accord.

Ce Conseil d'accord se compose :

- d'une part, de dix représentants au nom de tous les centres de rééducation fonctionnelle ambulatoire (CRA) qui ont conclu la présente convention. Cinq de ces délégués doivent représenter des centres de langue néerlandaise, les cinq autres des centres de langue française. Parmi ces délégués, il doit y avoir au moins un représentant d'un CRA universitaire de langue néerlandaise et au moins un représentant d'un CRA universitaire de langue française. Les délégués qui représentent les établissements au sein du Conseil d'accord doivent soit travailler dans un CRA, comme directeur, médecin responsable ou thérapeute, soit être administrateur d'un CRA. Il appartient aux CRA de déterminer entre eux qui les représentera au sein du Conseil d'accord, compte tenu des règles précitées ;
- d'autre part, de dix représentants du Collège des médecins-directeurs.

La présidence en est assurée par le président du Collège des médecins-directeurs. Le secrétariat du Conseil d'accord est assuré par le Service des soins de santé.

Le Conseil d'accord a pour mission :

1. de préparer la conclusion d'une nouvelle convention avec les CRA. Cette nouvelle convention est censé de pouvoir entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Cette nouvelle convention pourrait entre autres fixer des dispositions précises concernant :
 - les possibilités de réaliser oui ou non de nouveau une séance de bilan pour un bénéficiaire en ayant déjà bénéficié d'une ;
 - les critères auxquels un établissement doit satisfaire afin de pouvoir effectuer des prestations de rééducation de qualité pour un groupe donné de patients (comme défini à l'article 3), en ce qui concerne entre autres le nombre minimum de patients d'un groupe déterminé que l'établissement doit suivre ;
 - les exigences auxquelles un établissement doit satisfaire afin, dans des cas donnés, de pouvoir poser un bon diagnostic et les dispensateurs de soins ou établissements de soins les mieux placés pour poser ce diagnostic (ex. pour poser le diagnostic de troubles envahissants du développement, d'infirmité motrice cérébrale, ...);
 - les possibilités de réaliser des programmes de rééducation pour des enfants très jeunes pour lesquels un diagnostic (définitif) n'est pas encore possible ;
 - une meilleure définition des groupes 3 (troubles envahissants du développement) et 5 (troubles hyperkinétiques) ainsi que la durée de la rééducation ou le capital de séances de rééducation pour les bénéficiaires de ces groupes.

Dans le cadre de la préparation de cette nouvelle convention, le Conseil d'accord peut déjà dresser, dans les derniers mois de 2010, un premier bilan intermédiaire relatif à l'avancée du processus de reconversion.

2. d'évaluer en 2010 les nouvelles dispositions relatives au groupe 4 (cf. l'article 3 et – pour la durée de la rééducation fonctionnelle – l'article 13). S'il ressort de cet évaluation qu'il est indiqué d'adapter ces dispositions, le Conseil d'accord peut suggérer des propositions d'adaptation des dispositions relatives au groupe 4 ainsi que des propositions d'adaptation de l'article 46 qui restreint le pourcentage de patients de groupe 4.
3. d'examiner l'application de la présente convention ainsi que les questions et les problèmes qui se posent en la matière. Dans ce contexte, le Conseil d'accord peut également suggérer des propositions d'adaptation de la convention et ce en fonction de la qualité de la rééducation fonctionnelle des bénéficiaires visés.
4. de suivre et d'évaluer l'évolution du processus de reconversion, tel qu'il est défini à l'article 46, et d'élaborer, le cas échéant, des propositions en vue de nouvelles initiatives dans ce domaine. A ce propos, il n'est cependant pas exclu que dans le cadre de la reconversion, certaines initiatives en rapport avec des groupes cibles spécifiques soient examinées par des groupes de travail au sein desquels sont représentés les centres de rééducation fonctionnelle intéressés.

Pour suivre et évaluer l'évolution du processus de reconversion, le Conseil d'accord peut également utiliser des méthodes autres que celle mentionnée à l'article 46, § 2. Ainsi le Conseil d'accord peut vérifier (en fonction des chiffres de production visés à l'article 49 et compte tenu du poids que chaque type de séance de rééducation représente dans la capacité de facturation de l'établissement aux termes de l'article 32 de la présente convention) quel pourcentage les séances de rééducation (hormis les séances de bilan) pour les patients du groupe 4 (troubles complexes du développement) représentent dans l'ensemble des séances de rééducation (hormis les séances de bilan). Partant de la situation de fin 2008, cette quote-part – dans le cadre d'une reconversion réussie – ne pourrait pas dépasser le pourcentage des patients du groupe 4 dans la population totale de patients en rééducation. Pour vérifier si chaque établissement respecte son engage-

ment contractuel de reconversion, il sera cependant uniquement fait usage de la méthode mentionnée à l'article 46, § 2.

5. d'émettre des propositions concernant une procédure électronique pour la communication de certaines données aux établissements assureurs, dans un système de contrôle *a posteriori* de sorte que les demandes actuelles de prise en charge des prestations de rééducation fonctionnelle (cf. la procédure décrite aux articles 25 à 28 inclus) puissent venir à échéance ;
6. de formuler des propositions de mesures d'accompagnement de la procédure électronique visée au point 5 (mesures pouvant être prises s'il est constaté *a posteriori* que la réglementation n'est pas respectée dans certains cas, suppression ou remplacement éventuels des obligations visées à l'article 25, § 2, ...).
7. d'élaborer des propositions en vue de l'actualisation de la liste limitative de tests visée à l'article 4 de la présente convention.

§ 2. Le Conseil d'accord se réunit à la demande du président du Collège des médecins-directeurs ou à la demande d'au moins 1/3 de ses membres (représentants des établissements de rééducation fonctionnelle).

§ 3. Dans le cadre du Conseil d'accord, il peut être créé des groupes de travail qui, à la demande du Conseil d'accord, formulent certaines propositions. Ces groupes de travail peuvent avoir une composition différente de celle du Conseil d'accord.

Vu la spécificité de cette mission, il est créé un groupe de travail qui a pour tâche de mettre au point des propositions pour l'actualisation de la liste limitative de tests visée à l'article 4 de la présente convention. Les représentants des CRA au sein du groupe de travail sont censés faire des propositions pour chaque trouble mentionné à l'article 3, concernant les tests qui peuvent être utilisés pour objectiver ce trouble. Au sein de ce groupe de travail peuvent également figurer des représentants de la commission de conventions logopèdes - organismes assureurs afin d'arriver à l'uniformité de certains tests, visée à l'article 4 de la présente convention.

X – AUTRES OBLIGATIONS MEDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES

Article 48. L'établissement s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs, au Service des soins de santé de l'INAMI et aux organismes assureurs toute information relative d'une part, au contrôle du respect des aspects thérapeutique et financier de la présente convention et d'autre part, au fonctionnement de cette convention s'inscrivant dans le système général des conventions prévues dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé (le secret médical étant respecté).

Article 49. § 1^{er}. L'établissement tient quotidiennement un registre de présence dont le modèle est fixé par le Service des soins de santé de l'INAMI où figurent, pour chaque jour d'ouverture de l'établissement, l'identité de tous les bénéficiaires présents durant l'horaire visé à l'article 39 ainsi que l'objet de leur présence (quelle séance prévue au point III a été réalisée pour ce bénéficiaire).

§ 2. Il appartient à l'établissement de prouver par un système d'enregistrement complet, *le début et la fin (en heures et minutes) des (parties de) séances et les noms des dispensateurs de soins respectifs inclus*, de quelle façon chaque séance de rééducation fonctionnelle mentionnée au registre visé au § 1^{er} a été effectuée. L'établissement s'engage à rembourser les prestations de rééducation fonctionnelles qui ont été portées en compte à un organisme assureur et pour lesquelles un médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux a constaté que la preuve mentionnée ci-dessus n'a pu être fournie.

§ 3. Le registre de présence visé au § 1^{er} constitue la base pour les chiffres de production, par lesquels on entend : le nombre de forfaits prestés (par sorte) multiplié par leur prix respectif.

L'établissement s'engage à transmettre au Service des soins de santé les chiffres de production relatifs à chaque trimestre avant la fin du mois qui suit le dernier mois de ce trimestre.

Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer de nouvelles modalités d'établissement et de transmission au Service des soins de santé de ces chiffres de production.

§ 4. L'établissement s'engage à soumettre à leur demande, au Service des soins de santé ou au Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les registres de présence visés au § 1^{er} en vue d'étayer les chiffres de production transmis. La transmission délibérée de chiffres de production erronés entraînera la suspension d'office du paiement par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de la présente convention.

En cas de non-respect de l'obligation de compléter correctement les registres de présence visés au § 1^{er}, les prestations dispensées le jour où l'infraction a été constatée ne seront pas remboursées lors d'une première infraction. En cas de seconde infraction, il ne sera remboursé aucune prestation pour les jours où le registre de présence n'aura pas été complété correctement.

Si les chiffres de production d'un trimestre donné ne sont pas transmis avant la fin du mois qui suit la fin de ce trimestre, l'établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production ne sont toujours pas transmis dans les 30 jours civils suivant l'envoi de cette lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs des prestations prévues dans le cadre de la présente convention seront suspendus d'office.

§ 5. Le non-respect des obligations visées aux §§ 1^{er}, 2, et 3 du présent article est considéré comme une faute grave. Les mesures énoncées au § 4 du présent article ne limitent en aucun cas le droit du Comité de l'assurance de prendre éventuellement d'autres mesures jugées utiles, tout comme il peut le faire pour tout autre cas de non-respect des obligations prévues par la présente convention ou par la législation relative à l'assurance soins de santé.

§ 6. L'établissement s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les prestations pour lesquelles l'intervention de l'assurance est refusée en vertu des dispositions des §§ 2 et 4 du présent article.

Article 50. § 1^{er}. L'établissement s'engage à prévoir au minimum :

- par thérapeute occupé à temps plein, un minimum équivalent à 15 heures de travail/an pour de la formation ;
- par thérapeute occupé à temps plein, au minimum l'équivalent de 1h/semaine de réunion d'équipe (= au minimum 2 thérapeutes de 2 disciplines différentes), consacré à la discussion avec des bénéficiaires ainsi qu'à la coordination de leur rééducation fonctionnelle. En règle générale, un médecin de l'établissement participe également à chaque réunion de l'équipe. En aucun cas, il ne peut être apporté de modifications au programme thérapeutique d'un bénéficiaire après une réunion d'équipe sans que le médecin de l'établissement qui suit la rééducation fonctionnelle du bénéficiaire (en règle générale il s'agit du médecin qui a signé le rapport médical visé à l'article 26 de la présente convention) n'en ait été informé et l'ait approuvée par écrit.

La formation dont bénéficie chaque thérapeute et le temps qui est consacré aux réunions d'équipe doivent être consignés dans le système d'enregistrement complet visé à l'article 49, § 2.

§ 2. Il convient de conserver dans le dossier du bénéficiaire un rapport de chaque discussion menée au sein d'une réunion d'équipe à laquelle participent au minimum 2 thérapeutes de 2 disciplines différentes (et en règle générale aussi un médecin de l'établissement), et le cas échéant, la modification du programme de rééducation fonctionnelle entérinée aussi par le médecin de l'établissement qui suit la rééducation fonctionnelle du bénéficiaire.

Article 51. L'établissement s'engage à permettre à tout délégué du Service des soins de santé de l'INAMI et des organismes assureurs d'effectuer toutes les visites qu'il juge utiles pour l'accomplissement de sa mission.

Article 52. § 1^{er}. Le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à tenir une comptabilité qui donne un aperçu de toutes ses recettes et ses dépenses.

La tenue de cette comptabilité doit se conformer autant que possible aux directives comptables pour les établissements de rééducation fonctionnelle approuvées par le Comité de l'assurance, notamment en ce qui concerne le plan minimum comptable normalisé et les délais d'amortissement appliqués pour les investissements.

Si, en plus des activités de rééducation fonctionnelle de l'établissement, le pouvoir organisateur développe encore d'autres activités, la comptabilité tenue doit permettre de vérifier séparément le coût des activités de rééducation fonctionnelle. A cet effet, les activités de rééducation fonctionnelle peuvent être considérées comme une rubrique de frais distincte; le cas échéant, des comptes distincts peuvent également être utilisés dans le plan comptable pour les activités couvertes par la convention et pour celles qui ne le sont pas.

Le bilan ainsi que le compte de résultats à établir annuellement sur la base des modèles prescrits doivent être transmis au Service des soins de santé de l'INAMI dans les six mois suivant la clôture de l'exercice qui, dans chaque cas, commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre. Si, en plus des activités de rééducation fonctionnelle de l'établissement, le pouvoir organisateur développe encore d'autres activités, il y a lieu de joindre également un relevé des recettes et des dépenses portant seulement sur les activités de rééducation fonctionnelle de l'établissement; le Service des soins de santé peut imposer à tout moment un modèle uniforme pour dresser ce relevé des recettes et des dépenses.

Il convient de joindre en annexe à ces documents un tableau récapitulatif détaillé du personnel occupé par l'établissement, établi conformément aux instructions du Service des soins de santé.

§ 2. L'établissement s'engage à mentionner clairement et nominativement dans son compte de résultats ou au moins dans l'explication jointe, chaque poste de frais de personnel mentionné à l'article 44, §§ 1^{er} et 2, même si certains de ces frais sont de 0,00 EUR pour l'année concernée.

§ 3. L'établissement s'engage aussi à mentionner séparément et nominativement dans son compte de résultats ou au moins dans l'explication jointe, au moins les postes de frais suivants, même si cer-

tains de ces frais sont de 0,00 EUR pour l'année concernée :

- les frais de formation et de journées d'étude de son personnel,
- les frais de cotisations,
- les frais de bibliothèque et d'abonnements,
- les frais de représentation,
- les frais de matériel thérapeutique,
- les frais de matériel de consommation pour le fonctionnement de l'établissement,
- les frais de matériel pour l'entretien,
- les frais de téléphone,
- les frais d'électricité,
- les frais d'eau,
- les frais de (combustibles pour le) chauffage,
- les frais exceptionnels.

Ces frais seront expliqués conformément au schéma établi par le Service des soins de santé.

§ 4. Si les documents comptables, rédigés conformément aux instructions susvisées, ne sont pas transmis avant la fin du sixième mois qui suit la clôture de l'exercice, l'établissement est rappelé à ses obligations en la matière, par lettre recommandée. Si ces documents n'ont toujours pas été transmis dans les 30 jours civils suivant l'envoi de cette lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs des montants prévus dans le cadre de la présente convention seront suspendus d'office.

§ 5. L'établissement doit conserver durant 10 ans les pièces justificatives des dépenses et des recettes.

§ 6. Le Service des soins de santé de l'INAMI doit avoir accès à tout moment à la comptabilité tenue.

XI – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 53. § 1^{er}. Toute décision individuelle concernant le remboursement de prestations de rééducation fonctionnelle, prise par le médecin-conseil dans le cadre de l'ancienne convention (qui est remplacée par la présente convention en vertu de l'article 56, § 1^{er}), reste en application jusqu'à la date d'échéance prévue par ladite décision individuelle.

§ 2. Toute demande individuelle concernant la prise en charge des prestations de rééducation fonctionnelle, reçue par le médecin-conseil au plus tard le 31 décembre 2009, est appréciée sur la base des dispositions de la convention qui est en application jusqu'au 31 décembre 2009 inclus et qui (en vertu de l'article 56, § 1^{er}, de la présente convention) est remplacée par la présente convention à partir du 1^{er} janvier 2010.

Toute demande de prise en charge des prestations de rééducation fonctionnelle, reçue par le médecin-conseil à partir du 1^{er} janvier 2010, sera toutefois appréciée sur la base des dispositions de la présente convention.

§ 3. Si une demande de prolongation de la période de prise en charge (reçue par le médecin-conseil à partir du 1^{er} janvier 2010) concerne un bénéficiaire qui, avant le 1^{er} janvier 2010, suivait déjà un programme de rééducation dans l'établissement, lequel programme est encore en cours au 1^{er} janvier 2010, et que ledit bénéficiaire appartient à un des groupes mentionnés à l'article 3 pour lequel l'article 13 de la présente convention prévoit un capital de séances de rééducation, un capital unique de séances de rééducation sera attribué à ce bénéficiaire conformément aux dispositions de la présente convention. Le capital unique de séances qui peut être attribué à ce bénéficiaire est le capital de séances que la présente convention prévoit pour la pathologie du bénéficiaire, diminué du nombre de séances de rééducation dont le bénéficiaire a déjà bénéficié (que ces séances aient déjà été facturées ou non). Ces séances de rééducation peuvent être réalisées jusqu'à l'âge maximum fixé à l'article 13 de la présente convention pour le groupe auquel appartient le bénéficiaire.

Cependant, pour pouvoir prétendre à l'octroi d'un tel capital de séances, il faut avoir rempli toutes les conditions mentionnées ci-dessous :

- le bénéficiaire devait appartenir, avant le 1^{er} janvier 2010, aux groupes 1, 9, 10A, 10B, 11 ou 12 de la convention ORL de l'époque ou aux groupes 1, 4, 6, 8, 9A, 9B, 10 ou 11 de la convention PSY de l'époque ;
- au 1^{er} janvier 2010, le bénéficiaire n'a pas encore épuisé la période complète de rééducation à laquelle il pouvait prétendre dans le cadre de la convention ORL ou PSY de l'époque ;
- pour un tel bénéficiaire, avant le 1^{er} janvier 2010, des séances de rééducation doivent déjà avoir été effectivement réalisées en dehors du cadre d'un bilan initial et dans le cadre d'une période de rééducation prise en charge.

§ 4. En dérogation aux dispositions du § 3, un capital unique de 144 séances sera toutefois accordé à un bénéficiaire qui satisfait à toutes les conditions du § 3 et qui de plus répond à toutes les conditions suivantes :

- il s'agit d'un bénéficiaire dont la dernière période de prise en charge de la rééducation fonctionnelle accordée déjà par le médecin-conseil dans le cadre de l'ancienne convention, se termine en 2010 (la date d'échéance se situe en 2010) ;
- en vertu des dispositions de l'ancienne convention, le bénéficiaire, à la date d'échéance visée ci-dessus, entrerait encore en ligne de compte pour une prolongation d'un délai d'au moins un an de la période de prise en charge de la rééducation fonctionnelle déjà accordée ;
- en vertu des dispositions du § 3, le bénéficiaire n'entrerait en ligne de compte que pour un capital inférieur à 144 séances.

§ 5. Pour l'application des dispositions des §§ 3 et 4, les bénéficiaires qui, avant le 1^{er} janvier 2010, suivaient déjà dans l'établissement un programme de rééducation encore en cours au 1^{er} janvier 2010 et qui appartenaient aux groupes 9, 10A, 10B ou 11 de l'ancienne convention ORL ou aux groupes 8, 9A, 9B ou 10 de l'ancienne convention PSY, sont considérés comme bénéficiaires appartenant au groupe 4 de la présente convention, même s'ils ne répondent pas aux critères (mentionnés à l'article 3) pour le groupe 4 de la présente convention.

Les bénéficiaires qui, avant le 1^{er} janvier 2010, n'ont, dans l'établissement, bénéficié de séances que dans le cadre d'un bilan initial, ne peuvent cependant pas entrer en ligne de compte pour cette

mesure transitoire spécifique.

§ 6. Les bénéficiaires soumis à l'application des mesures transitoires sont également pris en compte pour vérifier si l'établissement se conforme aux dispositions de l'article 46 en vue de limiter le nombre de bénéficiaires du groupe 4 (troubles complexes du développement) ainsi que le nombre de séances de rééducation fonctionnelle prévu pour les bénéficiaires de ce groupe.

XII – DISPOSITIONS GENERALES

Article 54. L'établissement s'engage à prendre toutes les mesures utiles en matière de protection contre l'incendie; il est à ce propos en contact permanent avec un service compétent et exécutera sans délai les mesures et travaux imposés par ce dernier. ******* cet article n'est à insérer que pour les établissements non situés au sein d'un hôpital *******

Article 55. § 1^{er}. Les activités de rééducation dont le remboursement est prévu par la présente convention peuvent être offertes par l'établissement dans divers sites de l'établissement sous réserve que dans chaque site de l'établissement, toutes les conditions soient remplies. Ainsi, entre autres la présence du médecin dans chaque site doit satisfaire aux conditions des articles 10, § 1^{er}, 16, § 3, 19, § 5, 20, § 5, et 50, compte tenu du nombre de séances de bilan et de séances de rééducation ordinaires qui sont réalisées dans ce site.

Hormis ces limitations imposées par la convention, l'établissement peut procéder de manière autonome à des glissements en ce qui concerne le personnel employé dans chaque site. Si l'établissement le juge opportun, il peut aussi, dans le cadre d'une seule convention, développer diverses sections, afin par exemple d'en faire des sections spécifiques pour certains groupes mentionnés à l'article 3.

Les sites dans lesquels l'établissement offre ses activités de rééducation sont mentionnés au préambule de la présente convention. Si l'établissement souhaite – après la conclusion de la présente convention – offrir ses activités aussi dans un autre site situé dans une autre commune ou fermer son unique site d'une commune, il ne peut le faire que sur autorisation écrite préalable du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. La présente convention n'est conclue qu'une seule fois avec un même pouvoir organisateur, sauf si le pouvoir organisateur dispose de plusieurs CRA dans différentes communes et qu'il préfère conclure une convention distincte pour chaque CRA.

Article 56. § 1^{er}. La présente convention, établie en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, produit ses effets à la date du 1^{er} janvier 2010.

Elle annule et remplace à partir de la date indiquée la convention conclue entre l'établissement et le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, entrée en vigueur le #.

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2011. Toutefois, une des deux parties peut à tout moment la dénoncer avant cette date pour n'importe quel motif (donc aussi pour des raisons qui ne sont pas mentionnées dans la présente convention comme étant un motif de résiliation), par lettre recommandée à la poste, adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un délai de préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Vu la mission du Conseil d'accord mentionnée à l'article 47, § 1^{er}, 1°, le Comité de l'assurance (sur proposition du Collège des médecins-directeurs et après concertation sur cette matière au sein du Conseil d'accord) proposera probablement bien à l'établissement de remplacer déjà plus tôt, normalement à partir du 1^{er} janvier 2011, la présente convention par une nouvelle convention.

§ 3. L'annexe à la présente convention fait partie intégrante de celle-ci, dans les limites fixées par les articles de la présente convention. Il s'agit de l'annexe comprenant le calcul du forfait. Les articles de la convention priment toutefois toujours sur l'annexe.

Pour #« 5» gérant l'établissement #« 1» « 2»
(signatures)

Le Président du Pouvoir organisateur

#« 23»

Le Responsable administratif de l'établissement

#« 24»

Le Responsable médical de l'établissement

#« 22»

Pour le Comité de l'assurance soins de santé de
l'Institut national d'assurance maladie-invalidité :
Bruxelles,

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. DE RIDDER,
Directeur général.

- Annexe 2 -

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

A l'adresse du Responsable du centre

Correspondant : Christophe Van Loon

Attaché

Tél.: 02 739 79 97 **Fax :** 02 739 73 52

E-mail : christophe.vanloon@inami.fgov.be

Nos références : 953-956/CVL/09035

Bruxelles, le

Nouvelle convention C.R.A. pour les centres de rééducation ORL-PSY

Madame, Monsieur,

L'année dernière, à la suite de concertations entre les représentants des centres de rééducation ORL-PSY et le Collège des médecins-directeurs, une nouvelle convention pour le secteur ORL-PSY a été préparée. De ces discussions a résulté un projet de nouvelle convention qui représente une importante avancée pour la dite reconversion du secteur ORL-PSY .

Ce projet de nouvelle convention "C.R.A." (Centre de rééducation ambulatoire) sera soumis le 21 décembre 2009 au Comité de l'assurance, l'organe de gestion au sein de l'INAMI qui est compétent entre autre pour conclure des conventions de rééducation fonctionnelle. Dans le cas où la nouvelle convention serait approuvée par le Comité de l'assurance, elle entrerait en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Après le 21 décembre 2009, la convention sera envoyée pour signature à votre centre dès que possible. Dans le cas où cela ne serait plus possible avant la fin de l'année calendrier, nous vous l'enverrons début 2010. En tout cas, à partir du 21 décembre 2009, vous pourrez déjà consulter la nouvelle convention approuvée sur le site internet de l'INAMI: www.inami.be.

Néanmoins, nous voulons déjà, via cette lettre, vous donner un aperçu non-exhaustif des principes les plus importants qui sont intégrés dans la nouvelle convention C.R.A.:

- Les conventions ORL et PSY seront remplacées par 1 nouvelle convention C.R.A. Pour certains pouvoirs organisateurs qui ont conclu une convention ORL ainsi qu'une convention PSY ou bien plusieurs conventions ORL ou PSY, il sera possible de fusionner ces centres.
- Bien que le nom C.R.A. réfère à des centres de rééducation ambulatoire, les hôpitaux déjà conventionnés pourront aussi conclure la nouvelle convention. En effet, le texte est établi de telle façon que des patients hospitalisés puissent également être bénéficiaires de la convention.
- Le caractère multidisciplinaire du bilan initial est défini dans la nouvelle convention par la réalisation du bilan par au moins 1 médecin et 2 personnes de disciplines différentes. Le caractère multidisciplinaire de la rééducation stricto sensu est défini par la réalisation du programme, par mois, par au moins 2 personnes de disciplines différentes (article 9).

...

- La nouvelle convention offre plus de possibilités pour des permutations dans le cadre du personnel, suivant des règles bien précises (article 40).
- Sur base de la nouvelle convention C.R.A., il deviendra possible de réaliser des séances de groupe avec des enseignants (article 20).
- Article 3. Vu que certains groupes cibles des conventions ORL-PSY ont été omis et que d'autres ont été ajoutés, les numéros représentant les différents groupes cibles ont été modifiés. Pour la plupart des groupes cibles la définition ne change pas, sauf pour les groupes ci-après.
 - Les groupes cibles "lésion cérébrale" (groupe 1 dans la nouvelle convention), "dysglossies, troubles de la parole et de déglutition" (groupe 7 dans la nouvelle convention) en "infirmité motrice cérébrale" (groupe 14 dans la nouvelle convention) sont définis plus clairement en accord avec la définition de ces groupes dans d'autres réglementations de l'assurance-maladie.
 - Les groupes cibles "troubles spécifiques des acquisitions scolaires", "trouble spécifiques de l'acquisition du langage oral" et "intelligence limitée" des conventions ORL-PSY actuelles sont remplacés dans la nouvelle convention C.R.A. par le nouveau groupe "troubles complexes du développement" (groupe 4).

Les patients qui entrent en ligne de compte pour la rééducation dans ce groupe cible présentent des troubles sévères dans plusieurs des domaines de développement suivants (minimum 2): langage oral ou acquisitions scolaires, motricité, attention et/ou mémoire et/ou fonctions exécutives, comportement psychosocial, perception auditive et/ou visuelle, fonctionnement visuospatial.

- La période durant laquelle des séances de bilan peuvent être réalisées, est étendue de 2 à 3 mois (article 27 §1).
- Les dispositions concernant la période maximale de remboursement pour les programmes de rééducation que les patients peuvent suivre dans les centres ORL-PSY ont été adaptées (article 13). Pour certains groupes cibles il est prévu dans la nouvelle convention C.R.A. un capital maximal de séances de rééducation.

Pour les patients qui, au 1^{er} janvier 2010, suivraient déjà un programme de rééducation dans le cadre des conventions ORL-PSY actuelles, des dispositions transitoires spécifiques sont prévues (article 53). Les modalités de tout accord d'intervention dans les frais d'un programme de rééducation qui est encore en cours le 1 janvier 2010, restent en vigueur jusqu'à la date de fin prévue. Ceci signifie qu'il ne faut pas soumettre de nouvelle demande pour ce patient lorsque la nouvelle convention entre en vigueur. Si cet accord se termine au cours de 2010 et si le bénéficiaire, selon "les anciennes" conventions ORL-PSY, a encore droit à ce moment à une prolongation de la période d'intervention, il faut introduire une demande de prolongation. A ce moment la période demandée sera, en fonction du groupe cible, convertie en un capital restant de séances de rééducation. A cet effet il sera tenu compte des programmes de rééducation que le patient aura déjà suivis dans l'établissement ou dans d'autres centres ORL-PSY.

- Un des buts les plus importants de la reconversion est la réorientation des soins de l'ancien secteur ORL-PSY vers des groupes cibles médicaux prioritaires. L'intention de la nouvelle convention C.R.A. est d'assurer une répartition équilibrée entre ces groupes médicaux prioritaires et le groupe troubles complexes du développement (groupe 4). A cet effet les établissements C.R.A. s'engagent à limiter le nombre de patients du groupe 4 qu'ils traitent par année calendrier dans leur établissement. (article 46). Pour certains centres cela signifie que le nombre de patients du groupe 4 devra dans les années à venir diminuer de 1, 2 ou 3% vis-à-vis de la situation à la fin 2008. D'autres centres qui traitent déjà maintenant (moins de) 30% de patients du groupe 4 s'engagent à ce que ce nombre n'augmente pas dans les années à venir.

- Pour le calcul de la capacité (c'est-à-dire le nombre de bilans et de séances de rééducation ordinaires que votre centre peut réaliser par année calendrier), la nouvelle convention prend en compte 60% de temps de travail face au patient, pour tout le personnel thérapeutique. Ceci vaut entre autre aussi pour les psychologues. Par conséquent, la capacité de facturation diminue pour certains centres et augmente pour d'autres (article 30-34). Les forfaits changent également suite à cette adaptation à la méthode de calcul (article 19 et 20).
- La nouvelle convention prévoit de nouveaux pseudo-codes. De plus, lors de la facturation, il conviendra de mentionner également, à côté du pseudo-code, le code dit de « prestation relative » (article 36). Cela aura aussi des conséquences pour établir et communiquer vos chiffres de production (article 49).
- Le chapitre concernant les interdictions de cumul a été réécrit (article 37 et 38).
- Enfin, sur base de la nouvelle convention un Conseil d'accord sera établi (article 47) dans lequel 10 représentants des centres et 10 représentants du Collège siégeront. Le Conseil d'accord est une plateforme de concertation où le fonctionnement de la convention C.R.A. sera suivi et discuté.

Une des missions les plus importantes du Conseil d'accord pour l'année qui suit est de préparer une convention adaptée et améliorée. Dans cette convention, seront reprises quelques adaptations additionnelles qui n'ont pu être intégrées dans la convention C.R.A. qui entrera en vigueur le 1 janvier 2010. L'intention est que cette version adaptée de la convention C.R.A. entre en vigueur le 1 janvier 2011.

Veillez agréer Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée,

G. VERSCUREN,
Conseiller.

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie • Invalidité

Correspondant : Christophe Van Loon

Attaché

Tél.: 02 739 79 97 **Fax** : 02 739 73 52

E-mail : christophe.vanloon@inami.fgov.be

Nos références : KD/953965/09036

Bruxelles, le

Madame, Monsieur,

Objet : Nouvelle convention avec les centres de rééducation ambulatoire à partir du 1^{er} janvier 2010 en remplacement des conventions ORL-PSY en vigueur

Le 21 décembre 2009, le Comité de l'assurance a approuvé la convention avec les 'centres de rééducation ambulatoire (CRA) de divers troubles du langage, de la parole, de la voix, de troubles mentaux et du comportement'. Cette convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010 et remplace, à partir de cette date, votre actuelle convention ORL-PSY. Le numéro d'identification reste le même : x.xx.xxx.xx.

Récemment, nous vous avons envoyé par courrier électronique une lettre (référence 953-965/CVL/09035) annonçant la nouvelle convention. Dans cette lettre, dont une copie est annexée à la présente, nous avons déjà commenté (de manière non exhaustive) les principales innovations. La présente lettre contient des explications plus détaillées sur certaines de ces innovations ainsi qu'une série d'instructions pratiques concernant l'application de la nouvelle convention.

1) La description de certains groupes cibles renvoie aux scores QI. La nouvelle convention prévoit que le Collège des médecins-directeurs fixe les tests à utiliser pour calculer ces scores. En principe, notre site web publiera prochainement la liste des tests QI à utiliser.

2) Le Collège a approuvé un nouveau modèle de rapport médical à joindre aux demandes de prise en charge. Ce modèle tient compte des modifications apportées à la convention. Vous le trouverez en annexe à la présente lettre. Il vous sera également envoyé par courrier électronique.

3) Conformément à l'article 26, § 4, toute demande de prise en charge de séances ordinaires de rééducation fonctionnelle en faveur d'un bénéficiaire en âge scolaire doit normalement faire l'objet d'une délibération avec l'école et/ou le PMS. C'est également vrai chaque fois qu'une prolongation de la période de rééducation fonctionnelle en cours est demandée.

...

4) Conformément à l'article 36, les factures adressées aux organismes assureurs devront désormais mentionner à la fois un pseudo-code (tableaux 4 et 5) et le code de la 'prestation relative' (tableau 6). Les pseudo-codes ont subi des modifications. Chaque groupe et chaque type de séance ont des pseudo-codes séparés.

La nouvelle convention change le numéro de la plupart des groupes. Ci-après, vous trouverez un tableau de conversion de ces numéros. Lorsque des programmes de rééducation fonctionnelle ont été autorisés par le médecin-conseil avant le 1^{er} janvier 2010 et sont encore en cours après cette date, les factures destinées aux organismes assureurs pour les prestations effectuées à partir du 1^{er} janvier 2010 doivent préciser le pseudo-code correspondant au nouveau groupe auquel appartient le bénéficiaire après la conversion de groupe. À cette fin, il convient de prendre pour base le groupe pour lequel le médecin-conseil a donné son accord.

Exemple : si le médecin-conseil a autorisé la prise en charge de séances de rééducation fonctionnelle dans le groupe 10A de l'ancienne convention ORL, il convient de mentionner sur la facture le pseudo-code 796471 (du groupe 4) pour les séances ordinaires de rééducation fonctionnelle qui ont été réalisées à partir du 1er janvier 2010 pour le patient (ambulatoire) en question.

Groupes Convention ORL	Groupes Convention CRA	Groupes Convention PSY
1	1	1
7	2	2
8	3	3
9, 10 (a, b), 11	4	8, 9 (a, b), 10
12	5	11
13	6 (en cas d'application)	12
2	7	
3	8	
4	9	
5	10	
6	11	
	12	4
	13	6
	14	7

La modification des pseudo-codes a également des effets sur les modalités d'établissement des chiffres de production. Nous vous informerons plus tard sur les instructions adaptées en la matière.

5) Conformément à l'article 40, § 2, de la nouvelle convention, les centres peuvent effectuer, sans autorisation préalable du Comité de l'assurance, certains glissements de personnel. Sans déroger aux dispositions précises y afférentes dans la convention, les principes suivants sont applicables :

- Seuls sont possibles les glissements entre des disciplines non médicales. Le nombre d'ÉTP médecins ne peut pas changer.
- Le nombre d'ÉTP du personnel thérapeutique ne peut pas être réduit.
- Le nombre d'ÉTP du personnel thérapeutique peut être augmenté lorsque certains ÉTP du personnel non thérapeutique sont remplacés par un nombre (inférieur) d'ÉTP du personnel thérapeutique.
- Le nombre total d'ÉTP du centre peut être réduit uniquement si certains ÉTP du personnel non thérapeutique sont remplacés par un nombre inférieur d'ÉTP du personnel thérapeutique ou par un nombre inférieur d'ÉTP du personnel non

...

thérapeutique bénéficiant d'un barème plus élevé. Ces remplacements ne sont autorisés que si le salaire annuel brut du remplaçant n'est pas inférieur de plus de 10 % à celui du membre du personnel qui est remplacé.

- Au total, maximum 1 ÉTP du personnel prévu au cadre dans l'annexe à la convention peut être remplacé par du personnel bénéficiant d'un barème plus élevé. Dans pareils cas, le salaire annuel brut du remplaçant peut dépasser de 10 % maximum celui du membre du personnel qui est remplacé.
- Si un membre du personnel est remplacé par une personne bénéficiant du même barème, le surcoût peut cependant dépasser les 10 % (en raison des écarts d'ancienneté).
- Si le remplacement du personnel non thérapeutique par du personnel thérapeutique entraîne une augmentation de la capacité de facturation, l'augmentation de capacité ne devient effective qu'après avoir été approuvée par le Comité de l'assurance aux termes d'un avenant ou d'une nouvelle convention.
- Les glissements autres que celui dont il est question ici doivent d'abord être approuvés par le Comité de l'assurance avant de pouvoir être effectués par le centre.

6) L'article 53 contient une série de dispositions qui règlent la transition de l'ancienne convention vers la nouvelle. Sans déroger aux modalités y afférentes dans la convention, les principes suivants sont applicables en la matière :

- Les autorisations individuelles de prise en charge de la rééducation fonctionnelle qui ont été accordées avant le 1^{er} janvier 2010 restent valables pour toute la période autorisée et ce, sous les conditions de la convention qui était alors en vigueur.

Exemple théorique : un patient A a reçu en novembre 2009 une autorisation pour une deuxième année dans le groupe 9 de l'ancienne convention. Cet accord est valable du 10 novembre 2009 au 9 novembre 2010. La période de validité accordée antérieurement est maintenue en tout cas. Pendant la première année, le patient a déjà reçu beaucoup de séances, par exemple 250. Le groupe 4 de la nouvelle convention (groupe qui remplace l'ancien groupe 9) dispose d'un capital maximal de 432 séances. Toutefois, il ne faut pas tenir compte de ce maximum pour la rééducation fonctionnelle qui est dispensée au patient A du 1er janvier 2010 au 9 novembre 2010 inclus. En théorie, plus de 432 séances peuvent être effectuées pour le patient A pendant les 2 années de sa rééducation fonctionnelle jusqu'au 9 novembre 2010 inclus (bien qu'il ne soit pas prévu qu'un patient reçoive plus de séances que nécessaire sur le plan médical). Comme précisé ci-dessus, il convient d'utiliser les pseudo-codes du groupe 4 pour les séances qui sont effectuées à partir du 1er janvier 2010.

- L'ancienne convention autorisait une durée maximale de rééducation fonctionnelle pour certains groupes. Mais dans la nouvelle convention, il est appliqué un capital maximal de séances qui peuvent être utilisées jusqu'à l'âge de 19 ans. L'article 53, §§ 3 et 4, porte uniquement sur ces groupes. Par ailleurs, seuls sont concernés les patients qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans ces groupes, lequel a été autorisé avant le 1^{er} janvier 2010, a été entamé avant cette date et se poursuit encore après celle-ci.
- La règle générale de l'article 53, § 3, est qu'après leur période qui s'achèvera dans le courant 2010, les patients pourront encore, dans le cadre d'une prolongation, recevoir un capital de séances qu'ils pourront encore utiliser jusqu'à leur 19^e anniversaire. En théorie, ce capital est égal au capital maximal qui a été prévu pour le groupe en question, moins le nombre de séances

...

ordinaires de rééducation fonctionnelle qui ont déjà été effectuées pour le patient dans n'importe quel groupe et dans n'importe quel centre ORL-PSY (ou, à partir du 1^{er} janvier 2010, centre CRA).

Exemple : un patient B a déjà suivi par le passé une rééducation fonctionnelle dans le groupe 6 de l'ancienne convention PSY (100 séances dans un centre X) et, du 1er décembre 2008 au 30 novembre 2010, dans le groupe 9 de l'ancienne convention ORL (100 séances dans un centre Y et 50 séances dans un centre Z, dont 20 n'ont pas encore été facturées). Le patient B peut introduire une demande pour un capital de 182 séances dont il pourra encore bénéficier jusqu'à son 19e anniversaire ($182 = 432 - 100 - 100 - 50$). (Que ce capital puisse être utilisé jusqu'au 19e anniversaire n'empêche pas que le médecin-conseil autorise seulement une période maximale d'un an de rééducation fonctionnelle chaque fois.) Le poids des séances qu'un patient a déjà reçues (p.ex. séances pour lesquelles deux forfaits peuvent être portés en compte, séances pour lesquelles seul un demi-forfait peut être porté en compte, ...) n'a pas d'importance pour ce calcul.

- Dans l'article 53, le § 4 prévoit une exception à la règle fixée au § 3. L'exception implique que si, après soustraction des séances déjà réalisées, il ne reste plus qu'un capital de moins de 144 séances, le patient en question reçoit encore un capital unique de 144 séances. Cependant, cela ne vaut que pour les patients dont la période de rééducation fonctionnelle s'achève en 2010 et qui, sur la base de l'ancienne convention, pourront ensuite encore prétendre à une prolongation de la durée de rééducation fonctionnelle de minimum un an.

Exemples : Un patient C suit une période de rééducation fonctionnelle du 1er octobre 2007 au 30 septembre 2010 inclus dans le groupe 9A de l'ancienne convention PSY. (l'ancienne convention autorisait une durée de rééducation fonctionnelle de maximum 4×1 an.) Pendant cette période, il reçoit 400 séances. Le groupe 4 (qui remplace l'ancien groupe 9A) permet un capital maximal de 432 séances : $432 - 400 = 32 < 144$. Conformément à l'article 53, § 4, il peut encore bénéficier d'un capital de 144 séances jusqu'à son 19e anniversaire.

Un patient D suit une période de rééducation fonctionnelle dans le même groupe mais déjà pour la durée maximale aux termes de l'ancienne convention : en l'occurrence du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005 et sans interruption du 1er octobre 2007 au 30 septembre 2010. Pendant cette période, il reçoit également un total de 400 séances. Sa période de rééducation fonctionnelle ne pouvant plus, aux termes de l'ancienne convention, être prolongée, il ne peut profiter de la règle de l'article 53, § 4. Selon l'article 53, § 3, il a toutefois encore droit à un capital unique de 32 séances ($= 432 - 400$).

* * *

Nous arrivons à la fin de ces quelques explications sur la nouvelle convention. Si vous avez encore des questions sur la convention, nous vous invitons à vous mettre en rapport avec une des personnes suivantes : M^{me} Valérie DE MEUE (02 739 79 64 ; valerie.demeue@riziv.fgov.be) ou M. Christophe VAN LOON (02 739 79 97 ; christophe.vanloon@riziv.fgov.be).

Nous vous demandons de bien vouloir signer les deux exemplaires de la convention en annexe et de nous les retourner dans les meilleurs délais. Aussi longtemps que nous ne disposerons pas de vos exemplaires dûment signés, nous ne pourrons pas informer les organismes assureurs de la nouvelle convention qui aura été conclue avec votre centre, et ces derniers ne pourront pas non plus la mettre en application.

...

Si des erreurs (de calcul par exemple) se sont glissées dans votre convention ou s'il y a des choses dont nous n'avons pas tenu compte, nous vous prions de nous en faire part.

Si les informations relatives au centre (nom du pouvoir organisateur, noms ou fonctions des signataires) mentionnées dans la convention ne sont pas (ou ne sont plus) correctes, vous pouvez les corriger vous-mêmes à la main dans la convention.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

G. VERSCUREN,
Conseiller

- Annexe 4 -

Tableau de conversion qui indique quels groupes des anciennes conventions ORL-PSY correspondent aux groupes de la nouvelle convention C.R.A.

Groupes convention ORL	Groupes convention CRA	Groupes convention PSY
1	1	1
7	2	2
8	3	3
9, 10 (a,b), 11	4	8, 9 (a,b), 10
12	5	11
13	6 (<i>si d'application</i>)	12
2	7	
3	8	
4	9	
5	10	
6	11	
	12	4
	13	6
	14	7
15	15	
16	16	
	17	13 (9.65.605.30)
	18	14 (9.65.605.30)
14 (9.53.362.51)	19	

- Annexe 5 : Groupes cibles spécifiques de certains centres -

I. Uniquement des centres néerlandophones

Groep 1bis: Mannen of vrouwen die:

- ofwel getroffen zijn door een CVA dat tot een frontaal syndroom heeft geleid,
- ofwel een ernstig hersentrauma van mechanische oorsprong hebben opgelopen dat tot een coma heeft geleid.

Op het ogenblik van de tenlasteneming door de inrichting vertonen deze rechthebbenden stoornissen op het vlak van hun (neuro-)psychologische functies (cognitieve functies, functies in verband met de communicatie, functies in verband met de beheersing van de emoties, functies in verband met het sociale gedrag, functies in verband met de gevoelsbeleving en de persoonlijkheid) die al dan niet gepaard gaan met fysieke gebreken (bewegingsletsels, zintuigverlies) die leiden tot een verstoring van het dagelijks leven van de persoon, zowel op affectief, familiaal, sociaal, professioneel, recreatief, ... vlak.

Deze rechthebbenden dienen na de fase van revalidatie in het ziekenhuis te beschikken over:

- een neuropsychologisch potentieel dat nog gerevalideerd kan worden,
- voldoende motorische en sensoriele capaciteiten opdat een tenlasteneming als voorzien in onderhavige overeenkomst mogelijk is.

De ambulante revalidatie in de inrichting dient de rechthebbenden in staat te stellen hun autonomie terug te winnen en eventueel zelfs terug een actieve rol te vervullen in de samenleving.

Ce groupe 1 bis est – sous réserve que les conventions soient signées – repris dans les conventions des établissements suivants : Centre pour la rééducation ambulatoire Oostakker (9.53.334.79), Centre de rééducation Ter Kouter-NOK (9.53.237.79), Centre de rééducation Buggenhout (9.65.292.52), Centre de rééducation Noorderkempen, Wuustwezel (9.65.244.03).

II. Uniquement des centres francophones

groupe 15 : acouphènes chroniques et associés à des répercussions significatives sur le plan psycho-socio-professionnel. Les acouphènes dont le patient souffre doivent répondre simultanément aux critères suivants :

- être associés à une pathologie otologique identifiée,
- constituer la plainte spontanée principale du patient,
- persister de manière continue depuis > 3 mois,
- être invalidants : score > 40/84 points au Tinnitus Evaluation Questionnaire (TQ)¹.

groupe 16 : vertiges chroniques et troubles de l'équilibre persistant, avec des répercussions significatives sur le plan psycho-socio-professionnel. Les vertiges et troubles de l'équilibre dont le patient souffre doivent répondre simultanément aux critères suivants :

- être associés à une pathologie vestibulaire identifiée,
- constituer la plainte spontanée principale du patient,
- être apparus depuis > 3 mois,
- être invalidants : score > 50/100points au Dizziness Handicap Inventory (DHI)².

Ces groupes 15 et 16 sont – sous réserve que la convention soit signée – repris dans la convention de l'établissement suivant : CU Mont-Godinne (9.53.609.95).

¹ Hallam R.S., JAKES S.C. and INCHCLIFFE R. : *Cognitive variables in tinnitus annoyance*. *Brit J Clin Psychol*, 1988, **27** : 213-222

² JACOBSON G.P. and NEWMAN C.W. : *The development of the dizziness handicap inventory*. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1990 : **116** : 424-427

groupe 17 : bénéficiaires avec des troubles mixtes, somatiques et psychiques, secondaires à une problématique environnementale impliquant l'enfant ou l'adolescent (problèmes dans le milieu scolaire ou parascolaire, maltraitance sociale,...) ainsi que les troubles mixtes secondaires aux pathologies liées à un dysfonctionnement familial (certaines formes de maltraitance physique et d'abus sexuels,...). Au début de la prise en charge, le bénéficiaire doit être hospitalisé.

groupe 18 : bénéficiaires avec des pathologies chroniques graves telles que certaines maladies somatiques (les maladies inflammatoires du tube digestif, certaines pathologies douloureuses, poly-handicap, maladies multi-systémiques,...) ou certaines pathologies à composantes psychiatriques mais qui sont dans un état physique grave (anorexie mentale,...). Au début de la prise en charge, le bénéficiaire doit être hospitalisé.

Ces groupes 17 et 18 sont – sous réserve que la convention soit signée – repris dans la convention de l'établissement suivant : CU Saint-Luc (9.65.605.30).

groupe 19 : enfants bien entendants vivant dans un foyer composé uniquement de personnes atteintes de déficience auditive sévère ou profonde communiquant entre elles par la langue des signes. La rééducation doit débuter avant la troisième anniversaire de l'enfant.

Ce groupe 19 est – sous réserve que la convention soit signée – repris dans la convention de l'établissement suivant : l'Etoile polaire (9.53.362.51).

- Annexe 6 -

Dispositions spécifiques par rapport au groupe 1bis (uniquement des centres néerlandophones)

Artikel 7. § 4. Voor de rechthebbenden behorende tot groep 1bis uit artikel 3, dient de in § 1 bedoelde verwijzing te gebeuren door de behandelende geneesheer-specialist van het ziekenhuis waar hij opgenomen werd na het in groep 1bis bedoelde CVA dat tot een frontaal syndroom leidde of na het ernstig hersentrauma dat tot een coma leidde, en op wiens voorschrift hij daar eventueel reeds revalidatie voor kreeg.

Deze doorverwijzing gebeurt:

- 1) ofwel aansluitend op de opname en eventuele revalidatie in het ziekenhuis;
- 2) ofwel bij indicatie tot verdere revalidatie bij controle gedurende de follow-up na die opname .

Tijdens zijn revalidatie in de inrichting wordt de huisarts van de rechthebbende geïnformeerd over het verloop van de revalidatie en hier ook actief bij betrokken.

Ivm de revalidatieduur

groep 1bis (NAH):

van bij aanvang van de revalidatie op de leeftijd van 16 tot 65 jaar inbegrepen: een ononderbroken periode van 2 jaar. Een onderbreking van de revalidatieperiode kan enkel in rekening worden genomen om medische redenen en zo ze langer was dan 1 maand. Indien dit medisch gezien noodzakelijk is, kan deze periode van 2 jaar eventueel 2 keer met een periode van 6 maand verlengd worden. Een aanvraag hiertoe dient onder meer gemotiveerd te worden door het aantonen van vooruitgang in de laatste 6 maand van de ononderbroken periode van twee jaar of op het einde van de eerste verlenging van 6 maand, en van een geboden perspectief op verder functioneel verbeteren in de gevraagde bijkomende 6 maand.

Na de ononderbroken periode van 2 jaar en buiten de eventuele 2 periodes van 6 maand verlenging, kunnen er per 6 maand revalidatie die de rechthebbende effectief in de inrichting volgde, 2 follow-up revalidatiezittingen uitgevoerd worden.

Het volledige kapitaal van revalidatieperiodes en follow-up revalidatiezittingen dient te worden opgenomen binnen de 5 jaar vanaf de startdatum van de eerste revalidatieperiode.

Artikel 13. § 2bis. Een rechthebbende kan niet achtereenvolgens tot groep 1 en tot groep 1bis behoren, of vice versa.

Evenwel, voor een rechthebbende die aanvankelijk tot groep 1 behoort kan de inrichting binnen de 30 dagen na ondertekening van deze overeenkomst een aanvraag indienen voor omschakeling naar groep 1bis. Indien de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling op basis van de overgemaakte gegevens vaststelt dat hij beantwoordt aan de criteria van groep 1bis, kan de rechthebbende voor zijn verdere revalidatie tot die groep behoren. In dat geval wordt de al – op basis van deze overeenkomst en op basis van de overeenkomst die tot en met 31 december 2009 van kracht was – onder groep 1 genoten revalidatieduur afgetrokken van de duur van het programma dat hem kan toegekend worden in groep 1bis.

III - D – beschikkingen geldend voor de rechthebbenden behorend tot de groep 1bis.

Artikel 24bis. § 1. Voor de rechthebbenden van groep 1bis van deze overeenkomst gelden de bepalingen van de artikelen 14 tot en met 24 niet, met uitzondering evenwel van artikel 14, 3^{de} alinea, en artikel 19, §6 die wel van toepassing blijven.

§ 2. Voor elke rechthebbende behorend tot de groep 1bis zijn de op basis van deze overeenkomst vergoedbare revalidatieverstrekkings in hoofdzaak de “intake-verstrekking”, de “revalidatiedag” de “halve revalidatiedag” en de “follow-up revalidatiezitting”.

§ 3. Een “intake-verstrekking” is een verstrekking die minstens 3 rechtstreekse contacten omvat tussen een therapeut en/of geneesheer van de inrichting en een therapeut en/of geneesheer van het ziekenhuis dat de rechthebbende naar de inrichting heeft doorverwezen, en waar hij reeds werd gerevalideerd. Tijdens deze overdracht bekomt de inrichting alle relevante informatie nuttig voor het verderzetten van de revalidatie van de betrokken rechthebbende. Deze “intake-verstrekking” kan per rechthebbende slechts éénmaal worden aangerekend, meerbepaald in de eerste week van de eerste revalidatieperiode in de inrichting.

§ 4. Een “revalidatiedag” is iedere dag tijdens welke een rechthebbende gedurende minstens 6 uur in de inrichting wordt gerevalideerd, wat inhoudt dat hij gedurende die tijd deelneemt aan revalidatieactiviteiten in groepsverband, georganiseerd en geleid door de inrichting en/of dat hij gedurende die tijd individueel wordt begeleid (één therapeut tegenover één rechthebbende).

Een “halve revalidatiedag” is iedere dag tijdens welke een rechthebbende gedurende minstens 3 uur in de inrichting wordt gerevalideerd, wat inhoudt dat hij gedurende die tijd deelneemt aan revalidatieactiviteiten in groepsverband, georganiseerd en geleid door de inrichting en/of dat hij gedurende die tijd individueel wordt begeleid (één therapeut tegenover één rechthebbende).

In voorkomend geval kan de duur van een onderhoud dat in de inrichting met de familie van een rechthebbende heeft plaatsgevonden eveneens meegeteld worden om tot de vastgestelde vereiste duur van de vergoedbare revalidatieverstrekkings te komen. Het is evenwel niet mogelijk een (halve) revalidatiedag te factureren indien er geen enkel rechtstreeks contact met de rechthebbende heeft plaatsgevonden tijdens deze (halve) revalidatiedag.

§ 5. Onverminderd het feit dat de verstrekkingen vermeld in § 4 de hoofdmoot van elk revalidatieprogramma uitmaken, kunnen toch ook revalidatiezittingen zoals voorzien voor de andere groepen van deze overeenkomst uitgevoerd en aangerekend worden gedurende dit revalidatieprogramma. Dit kan voornamelijk in de beginfase en bij de afronding gebeuren maar, in geval van medische noodzaak, kan dit eventueel ook in een andere fase in de loop van de in artikel 13 van deze overeenkomst voor groep 1bis vermelde ononderbroken periode van 2 jaar of in één van de mogelijke 2 periodes van 6 maand waarmee deze kan verlengd worden.

§ 6. Een overleg tussen een lid van de therapeutische equipe van de inrichting en de werkgever van de rechthebbende, met het oog op zijn professionele re-integratie, of met een persoon die voor de rechthebbende in het kader van zijn sociale of familiale re-integratie bij hem tussenkomt of zal tussenkomen, kan deel uitmaken van een (halve) revalidatiedag.

De tijd die eventueel wordt besteed aan het gebruik van een maaltijd in de inrichting, kan nooit deel uitmaken van de voormelde duur van 3 noch van 6 uur.

§ 7. Een “follow-up revalidatiezitting” is een revalidatiezitting die kan worden gepresteerd in functie van de follow-up van de rechthebbende, d.w.z. buiten de 2 jaar revalidatie en buiten de eventuele 2 periodes van 6 maand verlenging zoals voorzien in artikel 13. Dit type revalidatiezitting kan per rechthebbende maximaal 2 maal gefactureerd worden per 6 maand effectief uitgevoerde revalidatie (dus in totaal maximaal 12 maal), dit dient tevens te gebeuren binnen de periode van 5 jaar zoals omschreven in artikel 13.

Per rechthebbende en per dag komt slechts één enkele verstrekking voor vergoeding in aanmerking, hetzij de “intake-verstrekking”, de “revalidatiedag”, “halve revalidatiedag”, hetzij de “follow-up revalidatiezitting” of een in §5 hierboven voorziene individuele zitting.”

§ 8. Het aantal aanrekenbare forfaits voor een halve of een hele revalidatiedag, voor een in §4 voorziene individuele zitting of voor een follow-up revalidatiezitting wordt berekend volgens de formule in artikel 19, § 6. Voor een halve revalidatiedag of voor een follow-up revalidatiezitting mag echter maximaal het equivalent van twee forfaits gefactureerd worden. Voor een hele revalidatiedag mag maximaal het equivalent van drie forfaits gefactureerd worden.

Voor een intake-forfait wordt het equivalent van drie forfaits gefactureerd.

De inrichting verbindt zich er echter toe verder geen enkele toeslag te vorderen bij de forfaits van de hierboven omschreven verstrekkingen, noch bij de rechthebbende noch bij zijn verzekeringsinstelling. De kosten voor de dranken en maaltijden die eventueel in de inrichting worden gebruikt en de eventuele onkosten van vervoer van de rechthebbenden van hun woonplaats naar de inrichting en omgekeerd dat door de inrichting zelf georganiseerd wordt, kunnen wel aangerekend worden. In voorkomend geval deelt de inrichting het tarief/km dat gehanteerd wordt bij aanrekenen van die vervoersonkosten mee aan de VI van de rechthebbende(n).

Voor sommige in het raam van het revalidatieprogramma georganiseerde socio-culturele activiteiten die buiten de revalidatie-inrichting plaatsvinden, kan de inrichting daarenboven aan de rechthebbenden een beperkte bijdrage vragen in de kostprijs ervan. Het daarvoor door de inrichting gevraagde bedrag mag evenwel nooit meer bedragen dan de helft van de specifieke kosten van die activiteiten (toegangsgelden, verplaatsingskosten die samenhangen met de activiteiten buiten de inrichting, enz.) en een rechthebbende mag nooit om financiële redenen van deelname aan een activiteit worden uitgesloten.

§ 9. Voor de rechthebbenden behorend tot de groepen 1 en 1bis van artikel 3 dienen lokalen en uitrusting voorzien te worden die niet tegelijkertijd ook worden gebruikt door rechthebbenden behorend tot de andere groepen van artikel 3.

Waar zittingen in de inrichting en netwerkinterventies niet volstaan, kan voor een rechthebbende uit groep 1bis van artikel 3 ook een halve of een hele revalidatiedag, of een in § 5 voorziene zitting gebeurlijk samen met één of meerdere leden van zijn familie, in zijn natuurlijk milieu uitgevoerd worden. De personeelstijd voor de verplaatsingen daartoe is evenwel al begrepen in de tijd bedoeld in artikel 24bis, §4 en eventuele andere daarmee gemoeide kosten zijn al begrepen in de werkingsmiddelen van de inrichting, zoals vastgesteld bij inwerkingtreding van deze overeenkomst.

Ook de verplaatsingskosten voor het realiseren van het "intake-forfait" zijn reeds begrepen in de werkingsmiddelen van de inrichting, zoals vastgesteld bij inwerkingtreding van deze overeenkomst.

Artikel 26bis. § 1. Voor de rechthebbenden van groep 1bis van artikel 3 van deze overeenkomst gelden de bepalingen van artikel 26 van deze overeenkomst niet. De bepalingen van artikel 26, §1, 2^{de} en 3^{de} alinea, zijn evenwel eveneens van toepassing op rechthebbenden van groep 1bis.

§ 2. Voor de rechthebbenden behorend tot de groep 1bis van artikel 3 van bovenvermelde overeenkomst zal het medisch verslag bij het formulier bedoeld in artikel 25 het volgende omvatten:

- kopie van het door het doorverwijzende ziekenhuis bij opname opgemaakte aanvangs bilan en van het aan het einde van de revalidatie in het betreffende ziekenhuis opgemaakte evaluatieverslag, waaruit duidelijk blijkt dat het gaat om een rechthebbende die behoort tot de groep 1bis.
- het voorschrift voor het geïndividualiseerd programma van "intensieve multidisciplinaire revalidatie", met:
 - a) het therapeutisch schema;
 - b) de revalidatieprognose;
 - c) de voorziene revalidatieperiode;
 - d) de discipline van de verstrekkers die elke maand tussenkomen.

- Annexe 7 -

**CONVENTION ENTRE LES CENTRES DE REEDUCATION AMBULATOIRE (C.R.A.) DE
DIVERS TROUBLES DU LANGAGE, DE LA PAROLE ET DE LA VOIX, DE TROUBLES
MENTAUX ET DU COMPORTEMENT, CONCLU AVEC
.....
(NUMERO D'INTIFICATION).**

**RAPPORT MEDICAL (cf. art. 26, § 1 de la convention) QUI PROUVE QUE LE BENEFICIAIRE
REOND A TOUTES LES CONDITIONS DE LA CONVENTION**

Nom et prénom du bénéficiaire :

Date de naissance :

N° de dossier (s'il est connu) :

Objet de la demande :

bilan initial (cf. art. 26, § 2)

séances de rééducation ordinaires (cf. art. 26 § 3)

Symptomatologie (+ dans le cas d'une prolongation : évaluation des résultats obtenus) :

Si exigé, résultat de l'audiométrie :

- date :/...../.....

- oreille droite : dB HL

- oreille gauche : dB HL

Si exigé, tests effectués :

• **Intelligence ou développement**

Test utilisé :

- QI verbal ou QD :

- QI de performance ou QD :

- total QI ou QD :

• **Langue parlée**

Dimension	Productif		Réceptif	
	Test utilisé	Résultat *	Test utilisé	Résultat *
Articulation				
Phonologie				
Lexique				
Sémantique				
Morphologie				
Syntaxe				
Pragmatique				

• **Compétences scolaires**

Trouble spécifique	Test utilisé	Résultat *
Trouble de la lecture		
Trouble de l'orthographe		
Trouble du calcul		

• **Autres domaines de développement**

Domaine	Test utilisé	Résultat *
Motricité		
Attention		
Mémoire (visuelle ou auditive)		
Fonctions exécutives		
Comportement psychosocial		
Perception auditive		
Perception visuelle		
Fonctionnement visuospatial		

• **Autres domaines testés** (test(s) utilisé(s) + conclusion) :

Pathologie:

- pour la demande d'un bilan initial: appartient probablement au groupe (cf. art. 3 de la convention)
- pour une demande de séances de rééducation ordinaires : repris dans le groupe (cf. art. 3 de la convention)

Si nécessaire, mentionner aussi la catégorie ICD-10 :

En cas de demande pour des séances de rééducation ordinaires pour le groupe 5 « troubles hyperkinétiques », il faut mentionner les codes ICD-10 du (des) trouble(s) associé(s) et comorbidé(s) (cf. article 26, §3) :

En cas de demande pour le groupe 6 « bégaiement » (si ce groupe est repris dans la convention), il faut mentionner éventuellement les codes ICF comme prévus à l'article 3 de la convention :

En cas de demande concernant un bilan initial (cf. art. 26 § 2) :

- Date de début et date de fin :
- Nombre de séances individuelles prescrit durant cette période :
- Ajouter une copie de la lettre de renvoi du médecin

En cas de demande concernant des séances de rééducation ordinaires (cf. art. 26 § 3) :

- Période de rééducation prescrite :
- Nombre, rythme et nature des prestations (le schéma thérapeutique) :
- Disciplines des prestataires qui interviennent chaque mois :

* en percentiles et écart type en dessous de la moyenne

- But de la rééducation et pronostic :

- Ajouter une copie du bilan initial ou du rapport d'évaluation déjà réalisé auparavant (rédigé par l'hôpital qui renvoie le patient, dans le cas où le patient appartient au groupe 1bis).

Si un patient passe d'un groupe 4 ou 5 au groupe 2 ou 3, il faut mentionner le nombre de séances de rééducation ordinaires qui ont déjà été réalisées dans le groupe 4 ou 5 dans le même centre C.R.A. ou dans un autre centre C.R.A. (cf. article 13, § 3):

- Nombre avant le 7^{ème} anniversaire ¹:
- Nombre à partir du 7^{ème} anniversaire ¹:

Si un patient passe du groupe 2 au groupe 4 ou 5, il faut mentionner le nombre de séances de rééducation ordinaires qui a déjà été réalisées dans le groupe 2 dans le même centre C.R.A. ou dans un autre centre C.R.A. (cf. article 13, § 3) ¹:

Si pour un patient, après qu'il ait bénéficié de prestations de rééducation dans le groupe 3, sur base des données diagnostiques complémentaires, une prise en charge dans le groupe 4 ou 5 est demandée, il faut mentionner la durée de la période durant laquelle le patient a suivi une rééducation dans le groupe 3 dans un même centre C.R.A. ou dans un autre centre C.R.A. (cf. article 13, § 3) ¹:

S'il s'agit d'un groupe pour lequel un capital de séances est octroyé et le patient a déjà bénéficié de séances de rééducation ordinaires dans le même groupe, il faut mentionner le nombre de séances de rééducation ordinaires dont le patient a déjà bénéficié auparavant dans ce groupe dans le même centre C.R.A. ou dans un autre centre C.R.A. (cf. article 26, § 3) ¹:

S'il s'agit d'un bénéficiaire scolarisé : y avait-il une concertation avec l'école et/ou le P.M.S.?

Oui : école P.M.S. Dans ce cas, il faut mentionner avec qui et quand y a-t-il eu concertation, avec mention des résultats de cette concertation (cf. article 26, § 4).

Non : Raisons :

Dispositions transitoires (cf. article 53) :

Si la demande concerne une prolongation d'une période de rééducation accordée avant le 1^{er} janvier 2010 :

1. Groupe cible auquel le patient appartenait (cf. art. 3 de l'ancienne convention ORL-PSY) : et la durée précise des périodes de rééducation que le patient a déjà suivies dans ce groupe à la date de début de la prolongation ¹ :
2. Eventuellement autre(s) groupe(s) cible auquel(s) le patient appartenait auparavant (dans le même ou dans un autre centre ORL-PSY) :
3. Total du nombre de séances de rééducation ordinaires qui ont été réalisées pour le patient pour tous les groupes confondus (tous les groupes mentionnés sous les points 1 et 2) ¹:

Le bénéficiaire habite-t-il dans un Service Résidentiel pour Jeunes (ou suit-il certains jours un programme de jour ou un programme de demi-journée dans un tel service ?)

Non :

Oui : dans ce cas, il faut ajouter la déclaration mentionnée à l'article 6 § 2.

Signataire, médecin lié au centre.....-

.....,

déclare que toutes les obligations et dispositions de la convention sont remplies et que les copies nécessaires sont ajoutées à la demande (cf. article 26).

Nom, numéro I.N.A.M.I., signatures des médecins + date :

- Annexe 8 -

Pseudo-codes et prestation relative

Tableau 1 contient les pseudo-codes pour les patients **ambulatoires** par groupe cible et par type de prestation (bilan initial, séance de rééducation ordinaire ou séance de groupe pour enseignants).

TABLEAU 1 : séances pour patients <u>ambulatoires</u> – pseudo-codes à utiliser			
<u>Groupes cibles¹</u> <i>(cf. art. 3)</i>	<u>Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15)</u>	<u>Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 19)</u>	<u>Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 20)</u>
Groupe 1	796014	796412	796795
Groupe 2	796036	796434	796810
Groupe 3	796051	796456	796832
Groupe 4	796073	796471	796854
Groupe 5	796095	796493	796876
Groupe 6	796110	796515	796891
Groupe 7	796132	796530	796913
Groupe 8	796154	796552	796935
Groupe 9	796176	796574	796950
Groupe 10	796191	796596	796972
Groupe 11	796213	796611	796994
Groupe 12	796235	796633	797016
Groupe 13	796250	796655	797031
Groupe 14	796272	796670	797053
Groupe 15	796294	796692	797075
Groupe 16	796316	796714	797090
Groupe 17	796331	796736	797112
Groupe 18	796353	796751	797134
Groupe 19	796375	796773	797156
Nomenclature de logopédie (sans préjudice de l'art. 8, § 2, de la présente convention)	796390	-	-
Groupe 1 bis	797171		

¹ ou groupe cible supposé s'il s'agit d'un bilan initial.

Tableau 2 contient les pseudo-codes pour les patients **hospitalisés** par groupe cible et par type de prestation (bilan initial, séance de rééducation ordinaire ou séance de groupe pour enseignants).

TABLEAU 1 : séances pour patients <u>hospitalisés</u> – pseudo-codes à utiliser			
<u>Groupes cibles</u> <i>(cf. art. 3)</i>	<u>Séances qui font partie d'un bilan initial</u> <i>(cf. art. 15)</i>	<u>Séances de rééducation ordinaires</u> <i>(cf. art. 19)</i>	<u>Séances de groupe pour enseignants</u> <i>(cf. art. 20)</i>
Groupe 1	796025	796423	796806
Groupe 2	796040	796445	796821
Groupe 3	796062	796460	796843
Groupe 4	796084	796482	796865
Groupe 5	796106	796504	796880
Groupe 6	796121	796526	796902
Groupe 7	796143	796541	796924
Groupe 8	796165	796563	796946
Groupe 9	796180	796585	796961
Groupe 10	796202	796600	796983
Groupe 11	796224	796622	797005
Groupe 12	796246	796644	797020
Groupe 13	796261	796666	797042
Groupe 14	796283	796681	797064
Groupe 15	796305	796703	797086
Groupe 16	796320	796725	797101
Groupe 17	796342	796740	797123
Groupe 18	796364	796762	797145
Groupe 19	796386	796784	797160
Logopedie-nomenclatuur (onverminderd artikel 8 § 2 van deze overeenkomst)	796401	-	-
Groupe 1bis	797182		

Tableau 3 contient la **prestation relative**.

TABLEAU 3 : Code « prestation relative » (= valeur relative de la prestation)		
Forfaits attestables (cf. les art. 18, 19 et 20 et les tableaux 1 et 2)	Séances jusque et y compris l'obtention de la capacité normale de facturation	Séances dépassant la capacité normale de facturation jusques et y compris l'obtention de la capacité maximale de facturation
3 forfaits ^b	0083005	0053001
2,75 forfaits ^b	0082751	0052754
2,66 forfaits ^b	0082666	0052662
2,5 forfaits ^b	0082504	0052500
2,33 forfaits ^b	0082331	0052334
2,25 forfaits ^b	0082250	0052253
2 forfaits ^a	0082003	0052006
1,75 forfaits	0081756	0051752
1,66 forfaits	0081664	0051660
1,5 forfaits ^a	0081502	0051505
1,33 forfaits	0081336	0051332
1,25 forfaits	0081255	0051251
1 forfait ^a	0081001	0051004
0,75 forfait	0080754	0050750
0,66 forfait	0080662	0050665
0,50 forfait	0080500	0050503
0,33 forfait	0080334	0050330
0,25 forfait	0080253	0050256

^a Pour les séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15), seuls ces forfaits peuvent être facturés.

^b Seulement facturables pour les patients du groupe cible 1bis.