

Convention entre le Comité de l'assurance du Service de soins de santé de l'INAMI et des établissements de soins pour le remboursement de la reconstruction mammaire unilatérale ou bilatérale totale (01-07-2019)

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 6°bis;

Sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste (ci-après CNMM) émis le 29 avril 2019;

Il est convenu ce qui suit entre :

d'une part,

- a) le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, désigné plus loin dans le texte par « le Comité de l'assurance », premier contractant,

et d'autre part,

- b) le responsable au nom du pouvoir organisateur de l'hôpital [Click or tap here to enter text.](#), répondant aux critères fixés à l'article 8, deuxième contractant;
- c) les médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique attachés à l'hôpital « nom de l'hôpital », répondant aux critères fixés à l'article 9, représentés par le chef de service de la section chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, troisième contractant :

OBJECTIF DE LA CONVENTION

Article 1^{er}

La présente convention prévoit une intervention de l'assurance pour la reconstruction mammaire unilatérale ou bilatérale totale par lambeau libre microchirurgical perforant et détermine les conditions et les modalités d'intervention de façon à réaliser les objectifs suivants :

- limiter les contributions personnelles (ticket modérateur + supplément) pour les patients à un montant raisonnable;
- la facturation des suppléments "esthétiques" lors de ces interventions est impossible, même en chambres à deux lits;

- les honoraires de l'équipe de chirurgiens plasticiens sont adaptés à la durée et à la complexité de l'opération et à l'intensité du suivi postopératoire ;
- garantir qu'en moyenne dans au moins 40% des interventions aucun supplément n'est attesté.

LES PRESTATIONS POUR LA RECONSTRUCTION MAMMAIRE AUTOLOGUE : LIBELLE, CONDITIONS DE REMBOURSEMENT ET TARIFS

Article 2

La reconstruction mammaire autologue sans complications comporte 3 phases définies dans les articles suivants de la convention :

Phase 1 (dans l'article 3) : La transplantation microchirurgicale de tissu

Phase 2 (dans l'article 4) : Remodelage du côté ipsi- et hétérolatéral, y compris la reconstruction éventuelle du mamelon

Phase 3 (dans l'article 5) : Tatouage du mamelon et de l'aréole.

Si la première phase de la reconstruction est réalisée dans le respect des conditions de la convention, il est obligatoire d'également attester les phases suivantes effectués auprès d'un même bénéficiaire (tous les remodelages ipsi- et hétérolatéral, reconstruction et tatouage du mamelon) dans le cadre de la convention. La reconstruction totale est remboursée suivant les principes de la convention dans un délai de 1 an, à compter du jour de la reconstruction même (définie par les prestations dans l'article 3). A la première évaluation, il sera possible d'objectiver les problèmes que cette stipulation entraîne, et de procéder à une éventuelle adaptation de la convention.

En cas de complications documentées dans le dossier médical, il est possible de s'écarter de ce délai.

Pour une révision du lambeau qui nécessite une revascularisation au moyen d'une anastomose microchirurgicale, une prestation supplémentaire est définie à l'article 6 de la convention.

Les honoraires des phases 1, 2 et 3 de la présente convention sont forfaitaires et couvrent l'ensemble des actes consécutifs, nécessaires pour arriver à une reconstruction complète. (Exemple : si le remodelage est réalisé sans reconstruction du mamelon et qu'il se déroule simultanément à l'intervention principale de la reconstruction, plus aucun remboursement supplémentaire ne pourra être demandé par la suite pour une reconstruction du mamelon isolée. Le remboursement pour la reconstruction du mamelon est déjà inclus dans le forfait du remodelage).

Définitions des différents types de reconstructions.

Une reconstruction primaire signifie une ablation et une reconstruction simultanées du sein.

Une reconstruction secondaire est une reconstruction reportée après la mastectomie. Ce sont des reconstructions qui ont lieu plusieurs mois, voire plusieurs années après l'ablation du sein. Habituellement, ce report est nécessaire à cause d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie après l'ablation du sein. La mise en place d'une prothèse mammaire définitive à la suite de la pose d'un expansateur ou d'une prothèse mammaire temporaire au cours de la phase 1 de la reconstruction est également considérée comme une reconstruction secondaire.

Une reconstruction tertiaire est une reconstruction qui suit la reconstruction primaire ou secondaire après un cancer du sein.

Article 3 - Phase 1

a) Libellé

252652-252663	Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur)
252674-252685	Reconstruction mammaire bilatérale par lambeau libre microchirurgical perforant, (y compris la fermeture du site donneur)
252696-252700	Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs
252711-252722	Reconstruction mammaire bilatérale par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs

b) Conditions de remboursement

Les prestations 252652-252663 et 252674-252685 n'entrent en ligne de compte pour un remboursement que si la reconstruction mammaire est réalisée :

1. après une intervention mutilante sur un ou deux seins à la suite d'un cancer du sein
2. ou après mastectomie préventive en raison d'un risque très accru de cancer du sein.

L'indication d'une ablation du sein à la suite d'un cancer du sein est posée dans le cadre d'une consultation oncologique multidisciplinaire (COM). La décision de reconstruction primaire (ou secondaire) est prise à cette même occasion en concertation avec un chirurgien plasticien. En cas de reconstruction le rapport du COM doit clairement indiquer qu'il est tenu compte de toutes les futures étapes thérapeutiques éventuelles pour le patient (radiothérapie, etc.).

Pour chaque reconstruction primaire ou secondaire après un cancer du sein, le dossier médical contient le dernier rapport du COM.

Si, après des interventions mutilantes pour le cancer, les codes de nomenclature des procédures des interventions du passé ne sont plus connus, le chirurgien doit inclure une description détaillée des opérations effectuées dans le dossier médical. Le rapport d'un examen médical montrant qu'aucun signe n'indique la possibilité d'une récurrence tumorale locale ou d'une nouvelle tumeur au moment de l'intervention est disponible dans le dossier médical.

La reconstruction tertiaire ne peut être remboursée dans le cadre de la convention que dans les cas suivants :

- En cas de complications médicales de la reconstruction primaire/secondaire si cette dernière a été réalisée avec des prothèses ou des techniques autres que DIEP ;
- Après approbation du Collège des médecins-directeurs (CMD), s'il s'agit d'une perte totale d'un lambeau DIEP ou autre lambeau perforateur.

L'intervention pour la reconstruction mammaire bilatérale (sous le code 252674-252685) après une mammectomie préventive bilatérale n'est accordée qu'en cas de risque très accru de cancer du sein. Le bénéficiaire n'entre en ligne de compte que s'il présente un risque life-time de 30 % au moins sur la base du calculateur IBIS version 8 ou ultérieure. IBIS signifie International Breast Cancer Intervention Score.

En cas de mastectomie préventive (bilatérale), le dossier médical renferme toutes les données et tous les paramètres qui ont servi au calcul du risque. Ce calcul du risque est effectué par le gynécologue ou le chirurgien traitant, et validé par l'oncologue et/ou le généticien clinique. Si le généticien valide, le rapport du conseil génétique sera également disponible dans le dossier.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252652-252663 peut être octroyée au maximum une fois par sein et n'est due que si une des prestations 227636-227640 ou 227651-227662 ou 227673-227684 ou 227695-227706 ou 227710-227721 ou 227894-227905 a été remboursée au préalable ou simultanément.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252674-252685 peut être octroyée au maximum une fois et n'est due que si deux des prestations suivantes, identiques ou différentes, ont été remboursées au préalable ou simultanément : 227636-227640 ou 227651-227662 ou 227673-227684 ou 227695-227706 ou 227710-227721 ou 227894-227905.

Les prestations 252696-252700 et 252711-252722 n'entrent en ligne de compte pour un remboursement qu'après accord du CMD obtenu conformément à la procédure mentionnée au point c) et si la reconstruction mammaire est faite :

1. suite à l'absence de tissu mammaire causé par le syndrome de Poland ;
2. suite à la perte totale du tissu mammaire :
 - après traumatisme sévère ;
 - après l'échec complet d'un lambeau DIEP ou autre lambeau perforateur, où l'ensemble du lambeau doit être retiré et remplacé par un lambeau entièrement nouveau ;
 - après une mastectomie totale comme traitement pour une infection sévère ;
3. Dans le cas d'une mastectomie préventive controlatérale (MPC) en raison du risque très accru.

Pour pouvoir fonder sa décision concernant le remboursement d'une reconstruction après une MPC, le CMD tient compte des facteurs suivants (cfr guidelines National Comprehensive Cancer Network):

- Le jeune âge du patient
- Un risque génétique ou familial très accru (le score IBIS ne s'applique pas chez ces patients)
- Un antécédent de radiation sur la région thoracale avant l'âge de 30 ans
- Une tumeur triple-négative dans le sein touché

En cas d'accord pour cette reconstruction et si la reconstruction du sein atteint se déroule parallèlement à l'intervention du sein sain, l'accord du CMD concerne le code 252711-252722.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252696-252700 peut être accordée au maximum une fois par sein.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252711-252722 peut être octroyée au maximum une fois.

Les prestations 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 et 252711-252722 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations de l'article 14 a), de l'art. 14 c) et de l'article 14 f) de la Nomenclature des Prestations de Santé (NPS).

Si les prestations 252652-252663 ou 252696-252700 sont cumulées avec une prestation pour mastectomie 227636-227640 ou 227651-227662 ou 227673-227684 ou 227695-227706 ou 227710-227721 ou 227894-227905, alors la mastectomie et la reconstruction peuvent être remboursés chacune à 100%.

Si les prestations 252674-252685 ou 252711-252722 sont cumulées avec la prestation 227894-227905 pour les deux seins, alors la prestation 227894-227905 peut être remboursée une fois à 100% et une fois à 50 %.

Si les prestations 252674-252685 ou 252711-252722 sont cumulées avec une prestation 227636-227640 ou 227651-227662 ou 227673-227684 ou 227695-227706 ou 227710-227721 et une prestation controlatérale 227894-227905, alors les prestations 227636-227640 ou 227651-227662 ou 227673-227684 ou 227695-227706 ou 227710-227721 peuvent être remboursées à 100% et la prestation 227894-227905 à 50%.

c) Procédure à suivre pour introduire une demande d'intervention du CMD

L'intervention de l'assurance pour les prestations 252696-252700 et 252711-252722 n'est possible qu'après l'accord du Collège des médecins-directeurs, octroyé avant l'intervention. Uniquement en cas de réparation urgente pour la perte complète d'un lambeau type DIEP, l'accord pour une intervention peut être donné après l'opération.

A cette fin, l'hôpital envoie par la poste (ou dès que possible par l'intermédiaire d'une plateforme électronique sécurisée) le formulaire de demande standard dûment complété et signé (annexe 1), dont le modèle est établi par le Collège des médecins-directeurs, à l'organisme assureur du patient ainsi qu'au Collège des médecins-directeurs. Le formulaire destiné au Collège des médecins-directeurs doit être accompagné de photographies dont les lignes directrices sont basées sur celles de la Plastic Surgery Educational Foundation (PSEF).

La décision prise par le Collège des médecins-directeurs est envoyée par la poste (ou dès que possible par l'intermédiaire d'une plateforme électronique sécurisée) à l'organisme assureur et à l'hôpital.

d) Honoraires (tarifs 2019)

	Numéro de code		Honoraires	Intervention Ambulatoire		Intervention Hospitalisé		
	AMB	HOS		Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	
K = 2,083577	252652	252663	= K 1.517	3.160,79	3.160,79	3.160,79	3.160,79	3.160,79
K = 2,083577	252696	252700	= K 1.517	3.160,79	3.160,79	3.160,79	3.160,79	3.160,79
K = 2,604660	252674	252685	= K 2.305	6.003,74	6.003,74	6.003,74	6.003,74	6.003,74
K = 2,604660	252711	252722	= K 2.305	6.003,74	6.003,74	6.003,74	6.003,74	6.003,74

Art. 4 - Phase 2 : Remodelage du côté ipsi- et hétérolatéral, y compris la reconstruction du mamelon.

a) Libellé :

252733-252744	remodelage d'un ou de deux seins par plastie mammaire, y compris l'implantation éventuelle d'un implant mammaire ou d'un expanseur tissulaire mammaire avec ou sans la reconstruction unilatérale de la plaque aréolo-mamelonnaire et du mamelon
252755-252766	remodelage d'un ou de deux seins par plastie mammaire, y compris l'implantation éventuelle d'un implant mammaire ou d'un expanseur tissulaire mammaire avec ou sans la reconstruction bilatérale de la plaque aréolo-mamelonnaire et du mamelon
252770-252781	Remodelage complémentaire d'un ou de deux seins par plastie mammaire, y compris l'implantation éventuelle d'un implant mammaire ou d'un expanseur tissulaire mammaire

b) Conditions de remboursement

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252733-252744 est unique et ne peut être octroyée que si une des prestations 252652-252663 ou 252696-252700 a été effectuée au préalable ou simultanément.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252755-252766 est unique et ne peut être accordée que si une des prestations 252674-252685 ou 252711-252722 a été remboursée au préalable ou simultanément.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252770-252781 est unique et ne peut être accordée que si une des prestations 252733-252744 ou 252755-252766 a été remboursée au préalable.

Les prestations 252733-252744, 252755-252766 et 252770-252781 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations de l'article 14 de la NPS.

L'implant mammaire peut être porté en compte conformément aux dispositions de la Liste des prestations d'implants et de dispositifs médicaux invasifs remboursables.

Si une prestation de l'article 3 (phase 1) et une prestations sous l'article 4 (phase 2) sont attestées simultanément, les deux interventions sont remboursées à 100 %.

c) Honoraires (tarifs 2019)

	Numéro de code			Honoraires	Intervention Ambulatoire		Intervention Hospitalisé	
	AMB	HOS			Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
K = 2,188215	252733	252744	= K 336	735,24	735,24	735,24	735,24	735,24
K = 2,188215	252755	252766	= K 391	855,59	855,59	855,59	855,59	855,59
K = 2,188215	252770	252781	= K 168	367,62	367,62	367,62	367,62	367,62

Art. 5 - Phase 3 : Tatouage du mamelon et de l'aréole.

a) Libellé :

252792-252803 Tatouage unilatéral de la région aréolaire par le chirurgien plasticien ou sous sa supervision

252814-252825 Tatouage bilatéral de la région aréolaire par le chirurgien plasticien ou sous sa supervision

b) Conditions de remboursement

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252792-252803 est unique et ne peut être accordée que si une des prestations 252652-252663 ou 252696-252700 a été remboursée au préalable.

L'intervention de l'assurance pour la prestation 252814-252825 est unique et ne peut être accordée que si une des prestations 252674-252685 ou 252711-252722 a été remboursée au préalable.

Les prestations 252792-252803 et 252814-252825 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 252615-252626

L'intervention de l'assurance pour les prestations 252792-252803 et 252814-252825 ne peut être accordée que si l'intervention est effectuée par un médecin qui a adhéré à la présente convention ou, sous sa supervision, par un auxiliaire qualifié. Les prestations doivent être effectuées dans un établissement de soins agréé.

c) Honoraires (tarif 2019)

	Numéro de code			Honoraires	Intervention Ambulatoire		Intervention Hospitalisé	
	AMB	HOS			Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
K = 1,380717	252792	252803	= K 72	99,41	99,41	99,41	99,41	99,41
K = 1,380717	252814	252825	= K 144	198,82	198,82	198,82	198,82	198,82

Article 6. Prestation supplémentaire en cas de nécessité de révision du lambeau

a) Libellé :

252836-252840 Révision du lambeau dans les 7 jours suivant une des prestations 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 ou 252711-252722, et exécuté dans un autre temps opératoire. La révision consiste en la revascularisation du lambeau perforateur au moyen d'une anastomose microchirurgicale.

b) Conditions de remboursement

La prestation 252836-252840 ne peut être cumulée avec une prestation de l'article 14 de la nomenclature.

c) Honoraires

	Numéro de code			Honoraires	Intervention Ambulant		Intervention Hospitalisé	
	AMB	HOS			Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel	Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
K 2,082160	252836	252840	=K 412	857,85	857,85	857,85	857,85	857,85

Article 7. Conditions de remboursements générales pour les prestations des articles 3, 4, 5 et 6.

Les honoraires pour les prestations des articles 3, 4, 5 et 6 couvrent l'indemnisation pour le médecin pratiquant l'intervention et pour l'aide opératoire, en ce compris tous les actes en rapport avec le lipofilling et la liposuccion.

Les dispositions relatives à l'anesthésiologie de l'art. 12 de la Nomenclature des prestations de santé restent intégralement applicables aux prestations susmentionnées, en fonction de leur catégorie (valeur K).

CRITERES AUXQUELS L'ETABLISSEMENT DE SOINS DOIT SATISFAIRE

Article 8

Seuls les établissements de soins disposant d'une clinique du sein coordinatrice agréée telle que visée à l'arrêté royal du 26 avril 2007 fixant les normes auxquelles le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein et le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doivent répondre pour être agréés peuvent adhérer à la présente convention. Les prestations mentionnées aux articles 3, 4, 5 et 6 peuvent également être effectuées dans les cliniques du sein satellite, agréées conformément à l'AR du 26 avril 2007 susmentionné, qui a conclu un accord de collaboration avec la clinique du sein coordinatrice d'un centre qui a adhéré à la convention, à condition que le responsable du pouvoir organisateur de l'hôpital disposant d'une clinique du sein satellite, cosigne la présente convention et que le chirurgien en charge de l'intervention soit lié au centre coordinateur et respecte toutes les conditions mentionnées dans la présente convention.

En outre, l'établissement de soins doit disposer d'un contrôle de qualité interne et externe assorti d'une évaluation obligatoire de la satisfaction des patients.

L'établissement de soins dispose d'au moins deux médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique en service qui satisfont aux critères mentionnés à l'article 9. La justification de leur activité effective est donnée en transmettant à l'INAMI les conventions avec les prestataires de soins concernés. L'établissement de soins procède à une répartition des honoraires selon une clé définie avec la participation des chirurgiens plasticiens.

Au sein de chaque centre qui signe la convention, tous les chirurgiens s'engageront à suivre ses règles.

A cette fin, un formulaire « candidature des hôpitaux » sera publié sur le site web de l'INAMI.

CRITERES AUXQUELS LE MEDECIN TRAITANT SPECIALISTE DOIT SATISFAIRE

Article 9

Les prestations de la présente convention ne peuvent être portées en compte que par les médecins qui sont agréés comme médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et qui sur la base de leur CV peuvent prouver une qualification particulière en reconstructions mammaires selon la méthode du lambeau libre perforant. La qualification particulière doit être démontrée dans une déclaration sur l'honneur de la part du chirurgien dans laquelle il précise les points suivants :

- a) le nombre d'interventions visées à l'article 3 qu'il/elle a exécutées lui-même/elle-même.
- b) le nombre d'interventions visées à l'article 3 qu'il/elle a exécutées en tant qu'assistant(e).

Outre le nombre minimum d'interventions mentionné aux points a) et b) du présent article, il y a lieu accessoirement de démontrer et de préciser un des deux points suivants :

- c) les formations en lambeaux libres microchirurgicaux perforants suivies à l'intérieur du pays et/ou à l'étranger;
- d) les éventuelles publications et/ou la collaboration à des publications concernant la reconstruction mammaire (et en particulier les lambeaux libres microchirurgicaux perforants dans une revue évaluée par des pairs).

L'établissement de soins communique au plus tard le jour de la signature au Service des soins de santé de IINAMI les noms des médecins spécialistes mentionnés à l'art. 9, avec les déclarations sur l'honneur concernant leur qualification particulière et la justification de leur activité effective comme mentionné à l'article 8.

Toute modification concernant le statut de ces médecins spécialistes est communiquée au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

ENGAGEMENTS DU PREMIER CONTRACTANT

Article 10

Le Service s'engage à publier le contenu de la présente convention via le site web de l'INAMI et, après évaluation, la liste des établissements de soins contractants qui satisfont aux critères mentionnés à l'article 8, ainsi que des chirurgiens plasticiens y attachés qui ont apporté la preuve de leur qualification, tel que le mentionne l'article 9.

ENGAGEMENTS DES DEUXIEME ET TROISIEME CONTRACTANTS

Article 11 - Honoraires supplémentaires

Les honoraires supplémentaires (non remboursables par l'assurance maladie obligatoire) pour les prestations définies dans les articles 3, 4, 5 et 6 (phases 1, 2 et 3, ainsi que la révision éventuelle) d'un patient en chambre individuelle peuvent s'élever au maximum aux montants mentionnés dans l'annexe 2 de la présente convention, peu importe si les prestations ont eu lieu en un temps ou en plusieurs temps opératoires.

Il est remarqué que la présente convention ne garantit pas que les polices des assureurs complémentaires assurent la prise en charge partielle ou totale des honoraires supplémentaires.

Conformément à l'art. 152, § 2, 2°, de la Loi sur les hôpitaux, les honoraires supplémentaires visés au précédent alinéa sont fixés dans la réglementation générale de l'hôpital contractant. L'hôpital démontre également que dans la réglementation générale, les honoraires supplémentaires pour les prestations relatives aux interventions visées dans la présente convention ne sont pas augmentés. Les extraits correspondants sont ajoutés en annexe à la présente convention.

Article 12 - Choix du type de chambre

En aucune manière il ne peut être fait pression sur le patient pour se faire hospitaliser dans une chambre individuelle. L'hôpital ajoute en annexe à la présente convention, les données suivantes par rapport à l'année précédent la signature de la présente convention :

- le nombre de patients qui ont demandé à être hospitalisé dans une chambre commune ou à deux lits ;
- le nombre de patients qui ont demandé à être hospitalisé dans une chambre individuelle.

Les suppléments en chambre ordinaire visés à l'article 97 de la Loi sur les hôpitaux sont d'application.

Article 13 - Le consentement éclairé

Le patient est informé concernant l'intervention et les conséquences de son choix pour l'admission en chambre simple sur base d'une brochure rédigée par l'établissement de soins en concertation avec la profession, dans laquelle sont rassemblées toutes les informations médicales, dont les complications et risques possibles, ainsi que les informations financières utiles, de sorte que le patient puisse refuser ou autoriser l'intervention et puisse décider du choix de la chambre en connaissance de cause.

Le bénéficiaire pour lequel une reconstruction est initiée via une prestation de l'article 3 signera un consentement éclairé préalable dans lequel :

- le bénéficiaire est mis au courant de l'importance de l'exécution du traitement complet (phases 1, 2 et 3) dans le même centre ;
- le bénéficiaire confirme être informé des risques possibles de l'intervention ;
- Le bénéficiaire confirme d'avoir été informé des conséquences financières du choix d'une hospitalisation en chambre seule.

Ce consentement éclairé doit être conservé dans le dossier.

Article 14 - Devis et formulaire d'admission

Un devis écrit et un projet de formulaire d'admission sont remis au patient au plus tard 7 jours avant l'intervention. Lors de l'établissement de ce devis, il est tenu compte du choix de la chambre et des dispositions de l'article 11 ('honoraires supplémentaires') de la présente convention.

Article 15 - Acomptes

Sans préjudice des dispositions dans la convention entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs par rapport aux acomptes pour les frais de séjour, les acomptes sur les honoraires ne peuvent être réclamés que s'ils sont mentionnés dans le devis écrit et uniquement sur les montants à charge du patient à raison de maximum 50% du supplément d'honoraire et avec un maximum de 1250 euros. A cette fin la procédure de l'article 53, § 1/1 de la loi SSI sera suivie.

EVALUATION

Article 16

La présente convention fera l'objet d'une évaluation annuelle par un GT ad hoc de la CNMM composé de représentants des parties contractantes, les représentants de la Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, les membres du Collège des médecins directeurs et de représentants de la Commission Nationale Médecins Mutualités, qui a pour but de considérer l'application sur le terrain de la présente convention à la lumière des objectifs mentionnés à l'article 1, ainsi que des différentes stipulations de la présente convention.

Pour cette évaluation annuelle, différentes sources seront utilisées, entre autres l'AIM (Agence Intermutualiste), les dossiers du Collège des médecins-directeurs, et les données actuarielles.

Cette évaluation implique :

1° la récolte et l'interprétation de toutes les informations sur la base de constatations, plaintes, statistiques, avis de presse, ...

2° l'évaluation obligatoire de la satisfaction des patients (comme décrit dans l'article 8)

3° et le cas échéant, la formulation de recommandations en vue d'adapter la convention

4° ainsi que la proposition d'adaptation de la liste des affections exceptionnelles, reprise dans l'article 3, b) de la présente convention par le Collège des médecins directeurs.

Les résultats du GT ad hoc sont soumis à la CNMM, au Collège des médecins-directeurs et au Comité de l'assurance.

Fin 2019 aura lieu l'évaluation des données des interventions jusqu'au 30 juin 2019 (convention précédente).

Fin 2020 aura lieu, sur base d'un protocole actualisé, l'évaluation des données concernant les interventions du 01.07.2019 au 30.06.2020, ainsi qu'une comparaison avec les données concernant la convention précédente.

LITIGES

Article 17

La CNMM prend connaissance de tout type de différend ou de désaccord relatif à la reconstruction mammaire autologue et peut être saisi par les patients, les organismes assureurs, les représentants de la Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, et les hôpitaux pour les résoudre.

INDEXATION

Article 18

Conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, les montants visés par cette convention sont adaptés à partir du 1^{er} janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé visé à l'article 1^{er} dudit arrêté royal, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente.

DELAI DE VALIDITE DE LA CONVENTION

Article 19

Cette convention modifiée entre en vigueur le 1^{er} juillet 2019 et remplace l'édition précédente.

La présente convention est conclue pour une période à durée indéterminée. Elle peut être dénoncée par toutes les parties moyennant le respect d'un préavis de 6 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

Elle prend fin directement à partir du moment où le centre ne répond plus aux critères mentionnés à l'article 8.

Fait en trois exemplaires, à Bruxelles, le

Le responsable au nom du pouvoir organisateur, Le Fonctionnaire dirigeant f.f.,

[Click or tap here to enter text.](#)

M. Alain Ghilain

Le médecin en chef de l'hôpital

Le médecin-spécialiste, coordinateur de la clinique du sein de coordination

[Click or tap here to enter text.](#)

[Click or tap here to enter text.](#)

Le chef de service du Service Chirurgie plastique

Le responsable au nom du pouvoir organisateur de l'hôpital qui dispose d'une clinique du sein satellite lié à la clinique du sein coordinatrice mentionné ci-dessous,

[Click or tap here to enter text.](#)

[Click or tap here to enter text.](#)

Formulaire standardisé de demande de remboursement des prestations 252696-252700 ou 252711-252722 dans les indications exceptionnelles décrites dans l’art. 3 – Phase 1 – b de la « Convention entre le Comité de l'assurance du Service de soins de santé de l'INAMI et des établissements de soins pour le remboursement de la reconstruction mammaire unilatérale ou bilatérale totale »

252696-252700: Reconstruction mammaire unilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs.

252711-252722 : Reconstruction mammaire bilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs.

Pour bénéficier d'une intervention de l'assurance, la demande doit être **introduite avant l'exécution des prestations 252696-252700 et 252711-252722, excepté en situation d'urgence motivée.**

Le formulaire de demande doit être envoyé au médecin conseil de l'organisme assureur ET au Collège des médecins-directeurs.

1. La demande envoyée au médecin conseil de l'organisme assureur comporte:

- a. ce formulaire de demande, dûment complété et signé ;
- b. un rapport médical circonstancié dans lequel sont repris clairement l'historique ainsi que l'évolution de l'affection. En cas d'urgence, celle-ci doit être motivée dans le rapport.

2. La demande envoyée au Collège des médecins-directeurs (INAMI, Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles) comporte:

- a. ce formulaire de demande, dûment complété et signé ;
- b. un rapport médical circonstancié dans lequel sont repris clairement l'historique ainsi que l'évolution de l'affection. En cas d'urgence, celle-ci doit être motivée dans le rapport.;
- c. des photographies pré-opératoires (3 positions) - voir ci-dessous pour les critères.

Un accord de remboursement pour les prestations 252696-252700 ou 252711-252722 ouvre automatiquement le droit au remboursement pour les prestations 252733-252744 ou 252755-252766 et 252770-252781 (phase 2) et 252792-252803 ou 252814-252825 (phase 3).

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom – Prénom:.....

Date de naissance :/...../.....

Rue et n°:.....

Code postale et commune:.....

NISS : Organisme assureur :

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Nom de l'établissement hospitalier :

Adresse :

.....

.....

DATE DE LA DEMANDE :

.....

Cette demande concerne la prestation (cochez ce qui s'applique):

- 252696-252700:** Reconstruction mammaire unilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs.
- 252711-252722 :** Reconstruction mammaire bilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs.

AFFECTION MAMMAIRE NECESSITANT UNE RECONSTRUCTION : (cochez ce qui s'applique)

- L'absence de tissu mammaire causé par le Syndrome de Poland
- Perte totale de tissu mammaire due à :
 - Un traumatisme sévère;
 - L'échec total d'un lambeau DIEP, nécessitant l'enlèvement du lambeau et le remplacement par un lambeau entièrement nouveau;
 - Une mastectomie totale comme traitement pour une infection sévère
- En cas de mastectomie préventive contralatérale (CPM) en raison de risque très accru

En cas d'accord pour une reconstruction après CPM et si la reconstruction du sein atteint se déroule parallèlement à l'intervention du sein sain, un accord est donné pour le code 252711-252722.

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN PLASTICIEN

Cachet et signature

Les lignes directrices pour les photographies pré-opératoires (pré-reconstruction) sont basées sur celles de la Plastic Surgery Educational Foundation (PSEF).

Pour un même patient, les photos doivent :

- être identifiables et comporter un « time stamp »
- être générées par le même matériel photographique
- avoir le même éclairage, le même cadre et le même agrandissement

Un fond uniforme noir (morceau de textile noir non-reflétant) est utilisé afin de ne pas donner des ombres causées par l'utilisation du flash.

Tous les bijoux et objets sont enlevés.

Pour les photos des seins, 3 positions du patient sont nécessaires : une de face, une au ¾ gauche et une au ¾ droite. Une photo de profil n'est pas nécessaire.

AMB	HOS	Honoraire 2018	Convention 2019		
			Honoraire 2019	Révalorisation	Supplément maximal

Phase 1 : La transplantation microchirurgicale de tissu

252652	252663	3.160,79	3.160,79	0,0%	3.160,79
252674	252685	4.802,99	6.003,74	25,0%	4.802,99
252696	252700	3.160,79	3.160,79	0,0%	3.160,79
252711	252722	4.802,99	6.003,74	25,0%	4.802,99

Phase 2 : Remodelage du côté ipsi- et hétérolatéral, y compris la reconstruction éventuelle du mamelon

252733	252744	700,23	735,24	5,0%	700,23
252755	252766	814,85	855,59	5,0%	814,85
252770	252781	350,11	367,62	5,0%	350,11

Phase 3 : Tatouage du mamelon et de l'aréole

252792	252803	99,41	99,41	0,0%	99,41
252814	252825	198,82	198,82	0,0%	198,82

Phase 4 : Prestation supplémentaire en cas de nécessité de révision du lambeau

252836	252840		857,85	Nouveau	857,85
--------	--------	--	---------------	----------------	---------------