

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963

Avenue Galilée 5/01 — 1210 Bruxelles

-----

## Service des soins de santé

### **AVENANT A LA CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE EN MATIERE DE SEANCES DE REEDUCATION LOCOMOTRICE ET NEUROLOGIQUE R30-R60 CONCLUE ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE ET «lidwoord» «naam inrichtende macht», QUI ASSURE LA GESTION DE L'ETABLISSEMENT DE REEDUCATION FONCTIONNELLE «naam ziekenhuis»**

**(numéro d'identification de la convention de rééducation : «IDN»)**

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, désigné dans cette convention par les termes «le Comité de l'assurance»,

et d'autre part,

«lidwoord» «naam\_inrichtende\_macht» assurant la gestion de l'établissement de rééducation fonctionnelle «naam\_ziekenhuis».

### **OBJET DE CET AVENANT**

Cet avenant prévoit la possibilité de porter en compte un honoraire complémentaire pour un nombre plus important de prestations de rééducation de la convention.

Cette modification finalise la revalorisation de la médecine physique et de la réadaptation prévue dans l'Accord Médico-Mutualiste 2020.

### **MODALITES DE CET AVENANT**

**Article 1<sup>er</sup>**. Les dispositions de l'article 9 bis de la convention mentionnée ci-dessus sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 9 bis :

Pour les bénéficiaires du groupe A2, un honoraire complémentaire peut être porté en compte pour maximum 60 prestations R60, par bénéficiaire et par programme de rééducation fonctionnelle, du fait de l'intensité de la rééducation fonctionnelle des patients atteints de ces pathologies.

L'honoraire complémentaire qui, pour les bénéficiaires du groupe A2, peut être porté en compte pour maximum 60 prestations R60, s'élève à la moitié de l'honoraire qui peut être porté en compte pour les

prestations R60.

L'honoraire complémentaire qui, pour les bénéficiaires du groupe A2, peut être porté en compte pour maximum 60 prestations R60, doit être porté en compte séparément au moyen du pseudocode 776230 (patient ambulant) ou 776241 (patient hospitalisé). Il peut uniquement être remboursé pour les jours où un forfait R60 est dû pour le patient.

Du fait que l'honoraire complémentaire ne peut être porté en compte que pour certaines prestations R60, il ne peut pas être considéré comme une prestation de rééducation fonctionnelle distincte, et les dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996 *portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994*, ne sont pas d'application sur cet honoraire complémentaire. Aucune quote-part personnelle n'est donc due pour l'honoraire complémentaire en tant que tel. Pour le forfait R60 qui est porté en compte pour le même jour, une quote-part personnelle est bien due, conformément aux dispositions de l'arrêté royal susmentionné.

Dans le cas où un bénéficiaire du groupe A2 a déjà été rééduqué pour le même événement médical dans un autre établissement de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'Assurance a conclu une convention, et dans le cas où cet autre établissement a déjà réalisé 60 prestations R60 avec honoraire complémentaire, l'établissement ne peut plus porter en compte d'honoraire complémentaire pour ce bénéficiaire pour les éventuelles prestations R60 que l'établissement effectuerait encore pour le bénéficiaire. Si l'autre établissement a effectué, pour le même événement médical, moins de 60 prestations R60 avec honoraire complémentaire en faveur du bénéficiaire, l'établissement doit déduire du maximum de 60 prestations R60 avec honoraire complémentaire le nombre de prestations R60 avec honoraire complémentaire déjà effectuées par l'autre établissement, et l'établissement ne peut porter en compte pour ce bénéficiaire que le nombre restant de prestations R60 avec honoraire complémentaire. »

**Article 2.** L'annexe à la convention mentionnée ci-dessus, c'est-à-dire le formulaire de renvoi par lequel le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui renvoie peut renvoyer les bénéficiaires de la présente convention vers l'établissement, est remplacé par l'annexe au présent avenant.

**Article 3.** Cet avenant fait partie intégrante de la convention mentionnée ci-dessus, et entre en vigueur au 21 novembre 2022.

En conséquence, à partir du 21 novembre 2022, l'honoraire complémentaire prévu peut être porté en compte pour les prestations R60 qui sont effectuées à partir de cette date et qui remplissent les conditions de cet avenant.

Toutefois, cet honoraire complémentaire ne peut être porté en compte que pour les patients qui ont débuté leur rééducation fonctionnelle au plus tôt le 21 novembre 2022, en tenant compte de la date de début de la rééducation fonctionnelle dans le cadre de la convention précitée avec l'établissement ou – pour les patients qui ont déjà bénéficié d'une rééducation auparavant pour le même événement médical, dans le cadre d'une autre convention de rééducation fonctionnelle 9.50 ou 7.71 – de la date de début de la rééducation fonctionnelle dans le cadre de cette autre convention de rééducation fonctionnelle. Les patients ayant déjà bénéficié avant le 21 novembre 2022 d'une rééducation dans le cadre de la convention précitée avec l'établissement, ou dans le cadre d'une autre convention de rééducation locomotrice et neurologique, n'entrent en ligne de compte pour l'honoraire complémentaire prévu que si, suite à la survenue d'un nouvel événement médical, ils ont débuté un nouveau programme de rééducation fonctionnelle au plus tôt le 21 novembre 2022 dans le cadre de la convention précitée avec l'établissement ou dans le cadre d'une autre

convention de rééducation locomotrice et neurologique.

Pour les patients ayant débuté leur rééducation fonctionnelle avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant, et au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2022, un honoraire complémentaire peut être porté en compte pour un maximum de 25 prestations R60, pour autant qu'ils remplissent les conditions de l'avenant entré en vigueur le 1<sup>e</sup> janvier 2022.

Fait à Bruxelles, le 21 novembre et signé électroniquement par les deux parties :

Pour le pouvoir organisateur de l'établissement,

Pour le Comité de l'assurance soins de  
santé,

Bruxelles,

Le fonctionnaire dirigeant,

Jelle COENEGRACHTS  
Directeur-général a.i. des soins de  
santé

**RENOI D'UN PATIENT AYANT SUIVI UN PROGRAMME DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE  
DANS UN CENTRE DE RÉÉDUCATION 9.50 ou 7.71 ET  
QUI N'A PAS ENCORE ACHÉVÉ CE PROGRAMME DE RÉÉDUCATION  
AU CENTRE DE RÉÉDUCATION**

**RENOI VERS UN CENTRE DE RÉÉDUCATION LOCO-RÉGIONAL QUI EST À MÊME DE  
POURSUIVRE CE PROGRAMME DE RÉÉDUCATION  
VIA LES SÉANCES DE RÉÉDUCATION R30-R60**

**FORMULAIRE DE RENVOI**

Un renvoi – au sens du présent formulaire de renvoi – implique que le programme de rééducation au centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui renvoie, est entièrement arrêté pour le bénéficiaire concerné. À compter de la date à laquelle le centre de rééducation loco-régional entame les séances de rééducation R30-R60, seul ce centre vers lequel le patient visé est renvoyé, est habilité à facturer des prestations de rééducation multidisciplinaires.

**Identification du bénéficiaire qui a suivi un programme de rééducation non achevé dans un centre de rééducation 9.50 ou 7.71**

Nom et prénom du bénéficiaire :

Adresse : rue et numéro :  
code postal + commune ou ville :

Numéro d'inscription au registre national :

**Identification du centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui renvoie :**

Nom de l'hôpital ou du centre de rééducation :

Commune ou ville dans laquelle est établi l'hôpital ou le centre de rééducation :

Numéro d'identification INAMI du centre de rééducation (9.50.xxx.xx ou 7.71.xxx.xx) :

**Pathologies pour lesquelles le bénéficiaire est en rééducation au centre de rééducation 9.50 ou 7.71**

*(veillez à cocher la pathologie concernée ; seule les pathologies mentionnées ci-dessous feront l'objet d'une poursuite de rééducation, via les séances de rééducation R30-R60, dans un centre de rééducation loco-régional)*

- para- ou quadriplégie acquises ;
- lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves ;
- des maladies évolutives chroniques du cerveau et/ou de la moelle épinière, avec des séquelles motrices ou intellectuelles, durant la phase de rééducation intensive après une poussée ;
- amputation d'un membre supérieur ou inférieur (excepté doigt D2 – D5) ;
- myopathies : les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myotonie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune ;
- troubles locomoteurs et psychologiques graves consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker stadium III et IV ou consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III et IV, éventuellement avec complications neurologiques.

**Hôpital vers lequel est renvoyé le bénéficiaire :**

Nom de l'hôpital :

Commune ou ville dans laquelle est établi l'hôpital :

**Raisons pour lesquelles le bénéficiaire est renvoyé vers cet hôpital :**

- L'hôpital se situe à une distance plus proche du domicile du patient
- Le patient souhaite lui-même poursuivre son programme de rééducation dans l'autre hôpital pour d'autres raisons (*veuillez expliciter ces raisons*) :
- Limitation de la durée d'hospitalisation dans l'hôpital qui renvoie le bénéficiaire
- Autres raisons (à préciser) :

**Descriptif de l'état du patient au moment où la rééducation est entamée au centre de rééducation qui renvoie :**

**Descriptif de l'état du patient au moment où la rééducation prend fin au centre de rééducation qui renvoie et dès que le patient est renvoyé :**

**Descriptif des objectifs réalistes qui devraient encore être obtenus à l'hôpital vers lequel est renvoyé le patient :**

### **APERÇU DES PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION DÉJÀ RÉALISÉES**

**Prestations de rééducation multidisciplinaires qui ont été réalisées avant que le bénéficiaire ait été traité à l'hôpital auquel est relié le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui établit ce formulaire de renvoi**

Le bénéficiaire, avant son admission dans votre centre de rééducation 9.50 ou 7.71, a-t-il été déjà admis dans un autre hôpital pour la même maladie ou le même trouble nécessitant un programme de rééducation ?

- oui :    nom de l'hôpital :  
                  commune ou ville :
- non

Si oui, a-t-il déjà bénéficié dans cet hôpital de prestations de rééducation multidisciplinaires telles que décrites ci-après ?

- oui
- non

Si oui, quelles prestations de rééducation multidisciplinaires ?

- Prestations de nomenclature 558810-558821 (K30) et/ou 558832-558843 (K60)

Nombre de prestations susvisées :

Date à laquelle la première prestation de ce type a été réalisée (JJ/MM/AAAA) :

- Prestations de rééducation dans le cadre d'une convention 9.50 ou 7.71 :

Nombre total de prestations R30-R60 (y compris les prestations R60 avec honoraire complémentaire) :

Nombre de prestations R60 avec honoraire complémentaire :

Nombre d'autres forfaits de rééducation de la convention :

Date à laquelle la première prestation de ce type a été réalisée (JJ/MM/AAAA) :

**Prestations de rééducation multidisciplinaires qui ont été réalisées dans l'hôpital auquel est relié le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui établit le présent formulaire de renvoi (prestations de rééducation qui ont été réalisées au sein de cet hôpital ou dans le centre de rééducation 9.50 ou 7.71)**

- Prestations de nomenclature 558810-558821 (K30) et/ou 558832-558843 (K60)

Nombre de prestations susvisées :

Date à laquelle la première prestation de ce type a été réalisée (JJ/MM/AAAA) :

- Prestations de rééducation remboursables dans le cadre de la convention 9.50 ou 7.71 :

Nombre total de prestations R30-R60 (y compris les prestations R60 avec honoraire complémentaire) :

Nombre de prestations R60 avec honoraire complémentaire :

Nombre d'autres forfaits de rééducation de la convention :

Date à laquelle la première prestation de ce type a été réalisée (JJ/MM/AAAA) :

*Une liste des prestations de rééducation multidisciplinaires réalisées pour le bénéficiaire doit être jointe, tant pour les prestations de nomenclature que pour les prestations de rééducation dans le cadre de la convention 9.50 ou 7.71. Cette liste doit mentionner la date de chaque prestation réalisée, ainsi que le (pseudo-)code de la nomenclature.*

**Les prestations de rééducation multidisciplinaires, au sens décrit ci-dessus, ne figurant pas sur cette liste, sont prétendues ne pas être réalisées. Aussi n'entrent-elles pas en ligne de compte pour un remboursement par les organismes assureurs**

## Nombre total de prestations de rééducation multidisciplinaires déjà réalisées / Séances de rééducation R30-R60 qui peuvent encore être prises en charge

Cochez la pathologie pour laquelle le bénéficiaire doit être rééduqué et indiquez dans la rangée correspondante les prestations de rééducation dont a déjà bénéficié le patient visé (date de début + nombre de prestations de rééducation multidisciplinaires) ainsi que le nombre de séances de rééducation R30-R60 remboursables que peut encore réaliser le centre de rééducation loco-régional vers lequel est renvoyé le bénéficiaire, et la date limite jusqu'à laquelle ces séances de rééducation R30-R60 peuvent être réalisées.

	Durée maximale de la rééducation	Nombre maximal de séances de rééducation R30-R60	Date à laquelle la toute première prestation de rééducation multidisciplinaire a été réalisée <sup>1</sup> (JJ/MM/AAAA)	Date limite jusqu'à laquelle le centre de rééducation vers lequel le bénéficiaire est renvoyé peut encore réaliser des séances de rééducation R30-R60 remboursables <sup>2</sup> (JJ/MM/AAAA)	Nombre de prestations de rééducation multidisciplinaires déjà réalisées		Nombre de séances de rééducation R30-R60 encore remboursables que le centre de rééducation vers lequel le bénéficiaire est renvoyé peut encore réaliser	
					Nombre total <sup>3</sup>	Dont séances R60 avec honoraire complémentaire <sup>4</sup>	Nombre total <sup>5</sup>	Dont séances R60 avec honoraire complémentaire <sup>6</sup>
1	2	3	4	5	6	7	8	9
0 para- ou quadriplégie acquises	2 ans	120						
0 lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves	2 ans	120						
0 maladies évolutives chroniques du cerveau et/ou de la moelle épinière, avec des séquelles motrices ou intellectuelles, durant la phase de rééducation intensive après une poussée	3 mois par poussée	1 par jour						
0 amputation d'un membre supérieur ou inférieur (excepté doigt D2-D5)	1 an	60						
0 myopathies: les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myotonie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune	6 mois	120						
0 troubles locomoteurs et psychologiques graves : consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker stadium III et IV, ou consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III et IV, éventuellement avec complications neurologiques	6 mois	60						

<sup>1</sup> Parmi toutes les dates réclamées sur le présent formulaire de renvoi, il s'agit de la date à laquelle la première prestation de rééducation multidisciplinaire a été réalisée, qu'il s'agisse d'une prestation K30-K60, une prestation R30-R60 ou d'un autre forfait de rééducation en matière de rééducation locomotrice et neurologique, indépendamment de l'hôpital dans lequel cette prestation de rééducation multidisciplinaire a été réalisée.

<sup>2</sup> Afin de déterminer la date limite jusqu'à laquelle le centre de rééducation loco-régional peut encore réaliser des séances de rééducation R30-R60, il faut partir de la date de la toute première prestation de rééducation multidisciplinaire mentionnée en colonne 4 (= jour x), et il faut calculer à quelle date se termine la période de rééducation maximale qui peut être autorisée (= jour x-1, 3 mois, 6 mois, 1 an ou 2 ans plus tard), en tenant compte de la durée maximale de rééducation mentionnée dans ce tableau. La date à mentionner dans le tableau est jour x-1.

<sup>3</sup> Indiquez ici le total de toutes les prestations K30-K60, les prestations R30-R60 (y compris les prestations R60 avec honoraire complémentaire) et les autres forfaits de rééducation en matière de rééducation locomotrice et neurologique réalisées pour le bénéficiaire, quel que soit l'hôpital ou le centre de rééducation où ont été réalisées ces prestations de rééducation multidisciplinaires. Il s'agit du total de toutes les prestations de rééducation multidisciplinaires mentionnées précédemment sur le présent formulaire.

<sup>4</sup> Indiquez ici le nombre de prestations R60 avec honoraire complémentaire (maximum 60) qui ont été réalisées pour le bénéficiaire.

<sup>5</sup> Afin de déterminer le nombre de séances de rééducation R30-R60 qui peuvent encore être réalisées, le nombre maximum de prestations R30-R60 mentionné en colonne 3 doit être diminué du nombre total de prestations de rééducation multidisciplinaires déjà réalisées, mentionné en colonne 6.

<sup>6</sup> Afin de déterminer le nombre de séances de rééducation R60 avec honoraire complémentaire qui peuvent encore être réalisées, le nombre maximum de 60 prestations R60 avec honoraire complémentaire doit être diminué du nombre total de prestations de rééducation multidisciplinaires R60 avec honoraire complémentaire déjà réalisées, mentionné en colonne 7.

**Je soussigné**, médecin spécialiste en réadaptation travaillant au centre de rééducation 9.50- ou 7.71 qui rédige le présent formulaire de renvoi, **déclare** que le programme de rééducation réalisé dans ce centre de rééducation pour le bénéficiaire susmentionné n'est pas encore terminé, et **qu'il est souhaitable d'envisager une poursuite de la rééducation multidisciplinaire** (via les séances de rééducation R30-R60) **dans l'hôpital vers lequel le patient est renvoyé.**

*(cachet du médecin spécialiste en réadaptation appartenant au centre de rééducation 9.50 ou 7.71, en mentionnant le nom et le numéro d'identification du médecin spécialiste en réadaptation)*

*(signature du médecin spécialiste en réadaptation + date de la signature)*

Remarques importantes

Le présent formulaire peut être chargé dans un support électronique par le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui renvoie et le layout du formulaire peut être adapté.

Certaines données demandées dans le présent formulaire peuvent être en contradiction avec les dispositions de la convention conclue avec le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui renvoie. Le présent formulaire de renvoi ne modifie en rien les dispositions de ces conventions 9.50 ou 7.71 et ne peut jamais être invoqué pour déroger à certaines matières des dispositions de cette convention.