

**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE**

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963

TERVURENLAAN 211 - 1150 BRUSSEL

**Service des soins de santé**

**DEUXIEME AVENANT A LA CONVENTION DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE  
RELATIVE AUX CLINIQUES CURATIVES DU PIED DIABETIQUE DE TROISIEME LIGNE**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6<sup>o</sup>, 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,

et d'autre part,

##### dont dépend la clinique du pied #####, service désigné dans le présent avenant par le terme « établissement »,

**BUT DU PRESENT AVENANT**

Le présent avenant vise à adapter le groupe cible de la convention susvisée à la suppression du passeport du diabète et à la réglementation adaptée de la prestation de nomenclature 102852 pour le suivi d'un patient atteint du diabète sucré de type 2 suivant le protocole de soins établi par le Comité de l'assurance.

**MODIFICATIONS**

**Article 1er.**

Les dispositions de l'**article 3, § 2**, de la convention de rééducation fonctionnelle précitée sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

**« § 2.**

1° Les bénéficiaires qui sont pris en charge dans le cadre de la convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré et qui répondent aux conditions mentionnées au § 1<sup>er</sup> du présent article, peuvent être considérés comme bénéficiaires au sens de la présente convention.

2° Néanmoins, les patients qui ne sont pas pris en charge dans le cadre de la convention en matière d'autogestion précitée (*c'est-à-dire qui ne correspondent pas au public cible visé par cette convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré*) peuvent également être considérés comme étant des bénéficiaires au sens de la présente convention s'ils répondent aux conditions mentionnées au 1<sup>er</sup> du présent article et s'ils

- ont conclu un contrat trajet de soins ou
- si la prestation 102852 telle que définie à l'article 2, B, 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 leur a été portée en compte.

3° Les patients qui répondent aux conditions du § 1<sup>er</sup> mais qui ne répondent pas aux conditions du § 2, 1° et 2°, peuvent aussi être considérés temporairement dans le cadre de cette convention comme bénéficiaires pour une période de 3 mois. Cette période de 3 mois n'est pas prolongeable et pas renouvelable. Aux fins de pouvoir continuer à être bénéficiaire de cette convention au terme de la période de 3 mois, le patient doit satisfaire à une des conditions précitées. »

#### Article 2.

Les dispositions de **l'article 7, § 2**, sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« **§ 2.** Chaque programme curatif de soins de pied est individuel en fonction de la problématique spécifique du bénéficiaire concerné. »

#### Article 3.

Les dispositions de **l'article 9** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La présente convention peut être conclue avec au maximum 40 établissements hospitaliers répondant aux critères de la convention, à condition qu'un budget soit disponible pour l'extension du nombre de centres conventionnés.

Lors de la sélection de nouveaux établissements hospitaliers, tant l'expertise des candidats qu'une répartition géographique équilibrée (nécessaire pour garantir une bonne accessibilité des soins) seront prises en compte ».

#### Article 4.

Les dispositions de **l'article 12** sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire n'entre en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil s'est prononcé en faveur de la prise en charge de la rééducation fonctionnelle de ce bénéficiaire.

La période susceptible d'être accordée par le médecin-conseil sur la base d'une seule demande individuelle de prise en charge ne peut jamais excéder 12 mois pour les bénéficiaires qui répondent aux conditions de l'article 3, §§ 1<sup>er</sup> et 3, de la présente convention et qui satisfont aussi aux dispositions de l'article 3, § 2, 1° ou 2°. Au terme de cette période accordée, la prise en charge peut toutefois toujours être prolongée, éventuellement pour une nouvelle période de 12 mois, à condition que le bénéficiaire remplisse encore les conditions susvisées.

La période qui, sur la base d'une demande individuelle, est accordée par le médecin-conseil est de 3 mois pour les bénéficiaires qui sont visés à l'article 3, § 2, 3°. Cette période accordée ne peut jamais être prolongée ni renouvelée pour un même bénéficiaire. Pour pouvoir continuer à être suivi dans la clinique du pied au terme de la période accordée de 3 mois, le bénéficiaire doit entrer en ligne de compte pour la prise en charge dans la clinique du pied sur la base des autres conditions de l'article 3 (à savoir les conditions de l'art. 3, §§ 1<sup>er</sup> et 3 et les conditions de l'art. 3, § 2, 1° ou 2°.

Seules sont prises en considération en vue d'un remboursement, les prestations prévues dans la présente convention qui sont effectivement réalisées dans la période de rééducation fonctionnelle accordée par le médecin-conseil et *dans le respect des conditions supplémentaires éventuelles imposées par le médecin-conseil . »*

## **DISPOSITIONS TRANSITOIRES**

### **Article 5.**

Les patients qui possédaient, avant le 1<sup>er</sup> février 2016, un passeport du diabète sur la base de la réglementation qui leur était d'application, sont encore considérés comme bénéficiaires de cette convention jusqu'au 31 décembre 2017, même si la prestation 102852 n'a pas été portée en compte à partir du 1<sup>er</sup> février 2016.

Pour les patients qui ne possédaient pas de passeport du diabète avant le 1<sup>er</sup> février 2016 mais pour lesquels la clinique du pied a effectué des prestations entre le 1<sup>er</sup> février 2016 et le 31 juillet 2016 sans qu'aux dates des prestations le patient ne répondait aux conditions de l'article 3, §§ 1<sup>er</sup> et 3, et de l'article 3, § 2, 1° ou 2°, une prise en charge dans la clinique du pied pour une durée maximum de trois mois peut être accordée rétroactivement à compter de la date de la première prestation de la clinique du pied, à condition que le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire reçoive la demande de prise en charge au plus tard le 30 septembre 2016. Si cette période de prise en charge est accordée, l'établissement remboursera sans délai les prestations de la clinique du pied déjà payées par le patient qui ont été réalisées au cours de la période de prise en charge de 3 mois maximum ou annulera les factures non encore acquittées par le patient.

Article 6.

§ 1<sup>er</sup>. Le présent avenant fait partie intégrante de la convention signée ##### entre le Comité de l'assurance soins de santé et #####.

§ 2. Le présent avenant, fait en deux exemplaires et dûment signé par les deux parties, entre en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2016.

Pour ##### dont dépend la clinique du pied #####,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé,

(Date + signature)

Bruxelles, le

Le mandataire du pouvoir organisateur,

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le médecin en chef.

H. De Ridder,  
Directeur général.