

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE GALILEE 5/01 - 1210 BRUXELLES

Service des soins de santé

CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET « statut et dénomination du pouvoir organisateur », POUR LA CLINIQUE DE LA MEMOIRE À « localité »

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, 23, § 3 et 34, 7° ;

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,

le « *statut et dénomination du pouvoir organisateur* », pour la clinique de la mémoire « *dénomination* », à « *localité* ».

Article 1^{er} La clinique de la mémoire « *dénomination* », à « *localité* », est un établissement de rééducation au sens de l'article 23, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Elle est désignée, dans la présente convention, par l'expression « *clinique de la mémoire* » ou par le mot « *établissement* ».

Article 2 La présente convention définit les rapports entre, d'une part, l'établissement et, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, l'INAMI et les organismes assureurs, en ce qui concerne notamment le programme de rééducation, les prestations prévues par cette convention, les moyens mis en œuvre pour réaliser ces prestations, leur prix et les modalités de paiement de ce prix.

I. BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3 § 1^{er} Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est un bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités pour lequel un médecin neurologue, gériatre ou psychiatre,

- a posé ou confirmé un diagnostic de démence débutante, conformément aux dispositions spécifiques de la nomenclature des soins de santé,
- a prescrit un programme de rééducation, dispensé par une clinique de la mémoire conventionnée avec l'INAMI,
- et a établi un plan de traitement global démontrant notamment que ce bénéficiaire réunit les conditions pour poursuivre sa vie à son domicile ou au domicile d'un proche, hors de tout milieu institutionnel de soins ou d'hébergement de personnes âgées, pendant une période s'étendant encore sur un minimum de 12 mois à la date du début du programme de rééducation.

§ 2 Tout bénéficiaire est admis sur prescription du médecin spécialiste visé au § 1^{er} ci-dessus ou de son médecin généraliste. Cette prescription mentionne le diagnostic de démence débutante et identifie le médecin spécialiste qui l'a posé ou confirmé. Elle est accompagnée d'un dossier médical reprenant les résultats de tous les tests et examens passés par le bénéficiaire en vue de la formulation du diagnostic, ainsi qu'une copie du plan de traitement visé au § 1^{er}.

II. OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

Article 4 La démence apparaît principalement chez les personnes âgées de plus de 60 ans, comme conséquence d'affections primaires dégénératives (telles que la maladie d'Alzheimer), d'affections vasculaires, d'affections métaboliques et endocriniennes, d'infections, de néoplasmes, d'intoxications... Elle est généralement caractérisée par une dégradation lente des aptitudes cognitives telles que la mémoire, l'attention, la conceptualisation, le langage, la planification des actions, la capacité d'orientation dans le temps et dans l'espace... Elle peut s'accompagner de troubles des émotions et du comportement. Elle affecte ainsi la capacité de la personne à mener sa vie quotidienne et réduit progressivement son autonomie.

Pour tout bénéficiaire auquel il dispense un programme de soins multidisciplinaire, dans le cadre de la présente convention, l'établissement a pour objectif

1. d'effectuer une synthèse des examens médicaux et tests cognitifs préalablement réalisés, notamment à la demande du médecin spécialiste visé à l'article 3, § 1^{er}, et de les compléter afin d'évaluer avec précision les aptitudes préservées et les aptitudes perdues,
2. de définir et de dispenser sur cette base un programme de réhabilitation cognitive, afin d'apprendre au bénéficiaire les stratégies alternatives qui lui permettront d'accomplir certains actes quotidiens en utilisant ses aptitudes préservées,
3. de former le ou les proches qui aideront le bénéficiaire dans sa vie quotidienne,
4. de conseiller et de superviser les adaptations de l'environnement quotidien qui permettront de pallier les difficultés cognitives,

5. de fournir une information à l'intention des bénéficiaires, de leurs proches et des prestataires de soins, sur la maladie, son évolution et ses conséquences,
6. d'apporter un soutien psychologique au bénéficiaire et à son aidant.

Le but final est de permettre au bénéficiaire de vivre le plus longtemps possible à domicile ou au domicile d'un proche, hors de tout milieu institutionnel, avec le plus haut degré possible d'autonomie, et le meilleur confort de vie pour lui-même et ses proches.

III. DEFINITION DE L'ETABLISSEMENT

3.1. Définition

Article 5 On appelle « clinique de la mémoire » l'équipe multidisciplinaire (article 6) travaillant de manière coordonnée à l'exécution des tâches prévues par la présente convention (articles 7 et 15), afin d'atteindre les objectifs fixés (article 4), en faveur des patients visés par cette même convention (article 3).

3.2. Cadre du personnel

Article 6 Le cadre du personnel thérapeutique de l'établissement comprend au moins les fonctions suivantes, exercées chacune par une ou au maximum 2 personnes, répondant aux conditions fixées à l'article 7 :

1. Médecin spécialiste (gériatre, neurologue, neuropsychiatre et/ou psychiatre).
2. Psychologue.
3. Ergothérapeute.
4. Travailleur social.

Le cadre du personnel administratif comprend toujours la fonction suivante, exercée par une ou au maximum 2 personnes répondant aux conditions fixées à l'article 7 :

5. Secrétaire.

Article 7 § 1^{er} Le ou les médecins spécialistes (article 6, point 1) prouvent, par leur expérience professionnelle et leurs éventuelles publications scientifiques, leur expertise dans le domaine de la démence, de ses conséquences et de son traitement.

Un et un seul de ces médecins exerce la fonction de coordinateur. En plus des tâches découlant de sa fonction de médecin spécialiste, il assume la direction médicale de l'équipe multidisciplinaire pour tout ce qui concerne l'application de la présente convention.

Il est en particulier responsable de

- la coordination de l'équipe multidisciplinaire,
- la qualité et la bonne organisation des soins dispensés,
- la pertinence et la cohérence de chaque programme individuel,
- l'expérience, la compétence et la formation continue de chaque membre de l'équipe thérapeutique, dans la fonction qu'il exerce en application de la convention,

- l'actualité et la validité médicale des concepts qui fondent les programmes de soins,
- la qualité des données du rapport annuel et la ponctualité de leur transmission.

Il a une voix prépondérante dans le recrutement et la sélection des membres de l'équipe multidisciplinaire.

§ 2 Le ou les titulaires de la fonction de psychologue sont des licenciés (masters) en psychologie ; au moins un d'entre eux a reçu une formation approfondie en neuropsychologie et au moins un d'entre eux remplit les conditions légales d'exercice de la psychologie clinique. Ils prouvent leur expérience de la prise en charge de patients atteints de démence. Ils ont des connaissances médicales suffisantes en cette matière.

En fonction de leurs compétences, ils se consacrent à la synthèse des tests cognitifs préalablement réalisés et à la réalisation des tests complémentaires, à la dispensation du programme de réhabilitation cognitive, à la formation et à l'information des bénéficiaires et de leurs proches sur tous les aspects psychologiques et neuropsychologiques de la démence. Ils apportent un soutien psychologique spécialisé aux bénéficiaires, à leurs aidants et à leurs proches.

§ 3 Le ou les titulaires de la fonction d'ergothérapeute prouvent leur expérience du traitement et de l'éducation de patients atteints de démence.

Ils sont principalement chargés, d'une part, de réapprendre aux bénéficiaires à réaliser certains actes quotidiens, et d'autre part, de planifier les adaptations nécessaires de l'environnement de vie des bénéficiaires et de superviser sur place la mise en œuvre de ces adaptations. Ils peuvent contribuer à la réalisation des bilans cognitifs, pour les paramètres qui concernent leur spécialité.

§ 4 Le ou les titulaires de la fonction de travailleur social sont des praticiens de l'art infirmier social ou des assistants sociaux ayant une connaissance approfondie de l'organisation de la sécurité sociale et de la législation sociale, en Belgique, et des connaissances médicales suffisantes sur la démence.

Ils proposent des solutions concrètes aux problèmes sociaux qui se posent aux bénéficiaires, comme conséquences directe de la démence. Dans ce contexte, ils les aident dans les formalités administratives ; ils assurent la liaison avec les différents intervenants du réseau de soins, et avec les services sociaux et administratifs.

§ 5 Le ou les titulaires de la fonction de secrétaire ont des connaissances sur la démence suffisantes pour leur permettre d'accueillir adéquatement les bénéficiaires et leur(s) aidant(s).

Durant leur temps de travail dans le cadre de la convention, ils se consacrent exclusivement à des tâches d'accueil et d'administration directement liées à l'application de cette convention.

Article 8 § 1^{er} Les fonctions énumérées à l'article 6 sont remplies, dans le cadre de la présente convention, durant les nombres minimums d'heures déterminés proportionnellement à la capacité maximale de facturation attribuée à l'établissement, conformément aux modalités fixées par la présente convention.

Les durées minimales pendant lesquelles une fonction ou un groupe de fonctions sont remplis, s'obtiennent en sommant les temps de travail dans le cadre de la convention de toutes les personnes qui sont titulaires de la fonction ou groupe de fonctions concernées. Par temps de travail dans le cadre de la convention, on entend le temps effectivement consacré à la réalisation des prestations prévues par la convention ou des tâches directement liées à la réalisation de ces prestations, en la présence ou hors de la présence des bénéficiaires.

Le tableau suivant reprend l'encadrement minimum dont doit disposer l'établissement par 100 unités de facturation. Les nombres d'ETP mentionnés doivent être adaptés proportionnellement à la capacité maximale de facturation attribuée à l'établissement sur base de l'article 20, § 1^{er} de la présente convention.

Encadrement sur base de 100 unités de facturation (à adapter proportionnellement à la capacité maximale de facturation attribuée)		
Discipline	ETP	h./sem.
Médecins (art. 6, 1.)	0,022950	0h52min
Neuropsychologue (art. 6, 2.)	0,034425	1h18min
Thérapeutes A1 (art. 6, 3. et 4.)	0,057375	2h11min
Secrétaire (art. 6, 5.)	0,022950	0h52min
Total	0,137699	5h13min

L'appréciation du respect du cadre du personnel tient compte de la capacité maximale de facturation effectivement attribuée à l'établissement au cours de l'année considérée.

Article 9 § 1^{er} L'établissement s'engage à prendre sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde...) ou définitivement (pour cause de licenciement, démission...) Il n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'il rémunère effectivement ce membre du personnel.

Si des membres de l'équipe en fin de carrière sont dispensés de prestations de travail conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d'autres membres de l'équipe, en tenant compte des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire n'est pas réglé par la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

§ 2 L'établissement tient à jour un relevé complet des membres de l'équipe qu'il emploie réellement. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque membre de l'équipe, sa fonction, ainsi que son temps de travail et son horaire hebdomadaire dans le cadre de la convention. Ce relevé doit pouvoir être présenté immédiatement lors de la visite d'un représentant de l'INAMI ou d'un organisme assureur.

Un récapitulatif de l'évolution du cadre du personnel de l'établissement au cours de l'année civile précédente (reprenant l'identité de chaque membre du personnel, sa fonction, et son temps de travail) est intégré au rapport annuel de l'établissement visé à l'article 26 de la présente convention et ne fait donc pas l'objet d'une transmission distincte au Service des soins de santé

§ 3 En cas de non-respect du cadre requis, apprécié proportionnellement à la capacité maximale de facturation attribuée à l'établissement, au cours d'une année civile déterminée, le Comité de l'assurance peut décider, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, de résilier la présente convention et/ou de récupérer un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations de rééducation qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l'année civile considérée. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, l'établissement a l'occasion d'expliquer les raisons du non-respect du cadre.

L'établissement s'engage à ne pas récupérer auprès de ses bénéficiaires le montant des interventions de l'assurance qu'il aurait dû rembourser en application des dispositions ci-dessus.

Article 10 Le coût salarial du personnel occupé dans le cadre de la convention est entièrement supporté par l'établissement sur la base du remboursement du coût des prestations obtenu en application de cette convention. L'établissement ne peut dès lors percevoir aucune autre intervention financière de la part d'une autorité publique – quel qu'en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial du personnel financé par la présente convention.

Article 11 L'équipe thérapeutique multidisciplinaire se réunit au moins une fois par mois. Ces réunions contribuent à la cohérence de son fonctionnement et de ses interventions auprès de bénéficiaires ainsi qu'au partage et à la mise à jour des connaissances de ses membres dans toutes les matières utiles. Elles sont placées sous la supervision du médecin responsable.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu écrit qui reprend au moins les noms des participants, la liste des sujets abordés et les noms des bénéficiaires dont le cas a été discuté. Ce compte-rendu écrit est conservé par l'établissement.

3.3. Unité de fonctionnement et accessibilité

Article 12 § 1^{er} L'établissement est une unité organisationnelle et fonctionnelle aisément identifiable comme telle par les bénéficiaires et leurs proches.

Il dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels nécessaires, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers individuels de rééducation fonctionnelle sont gardés à la disposition de l'équipe pluridisciplinaire. Ses locaux accessibles aux bénéficiaires et à leurs proches sont rassemblés au même étage d'un même bâtiment, à courte distance les uns des autres. Ils sont facilement accessibles aux personnes à mobilité réduite.

L'établissement dispose du matériel, notamment médical et didactique, utile au bon déroulement des programmes de rééducation prévus par la présente convention.

§ 2 L'établissement fixe un horaire hebdomadaire pour la réalisation des séances en clinique prévues à l'article 14. Il veille à maximiser le temps de présence simultanée des

membres de son personnel, afin de garantir son unité de fonctionnement et la disponibilité des différentes disciplines, lors de la venue des bénéficiaires. Il communique l'horaire hebdomadaire de ses activités, et tout changement qui y est apporté, à ses bénéficiaires ainsi qu'au Service des soins de santé de l'INAMI.

§ 3 L'établissement offre un service d'information téléphonique ou informatique, chaque jour ouvrable, à l'intention de ses bénéficiaires, de leurs proches, de toute personne du corps (para)médical qui traite ses bénéficiaires, des éventuels services d'aide à domicile qui interviennent auprès d'eux... Il veille au strict respect de règles légales et déontologiques, et notamment du secret médical.

L'établissement rédige et distribue à ses bénéficiaires une brochure et, si possible, maintient un site Internet reprenant toutes les informations pratiques utiles, et notamment

1. l'adresse des locaux où est dispensée la rééducation, ainsi que son adresse postale si elle diffère de la première, son ou ses numéros de téléphone et de fax, son ou ses adresses de courrier électronique,
2. ses jours et heures d'ouverture,
3. le nom et la fonction de chaque membre de son équipe,
4. les jours et heures auxquelles il est possible de contacter par téléphone ces membres de l'équipe ou le service d'information téléphonique.

IV. NATURE DES PROGRAMMES ET DES PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

Article 13 Tout programme individuel de rééducation fonctionnelle dispensé par l'établissement consiste dans l'ensemble coordonné des actes réalisés en faveur d'un bénéficiaire de la convention (article 3) qui sont appropriés à sa situation pathologique et psychosociale, et qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l'article 4. Ces actes sont dispensés sous la forme de séances de rééducation (article 14), par les membres de l'équipe thérapeutique de l'établissement, conformément aux dispositions de l'article 7, au cours de la période ininterrompue de quatre ans. Le nombre maximum de séances de rééducation par patient (cf. article 20, § 3) est réparti sur cette période par l'établissement en fonction des besoins et de l'évolution de la maladie du bénéficiaire individuel. »

Article 14 § 1^{er} Les prestations de rééducation prévues par la présente convention sont dénommées « séance de rééducation en clinique » (en abrégé : « séance en clinique ») et « séance de rééducation à domicile » (en abrégé : « séance à domicile »).

La séance de rééducation en clinique se déroule dans les locaux de la clinique. Elle exige la présence durant une heure au total d'un ou plusieurs des thérapeutes de la clinique visés aux points 2 à 4 de l'article 6, face à un seul bénéficiaire et/ou à une ou plusieurs personnes de son entourage. La séance en clinique est facturable au montant fixé à l'article 16, § 1^{er}, point 1.

La séance de rééducation à domicile se déroule dans l'un des lieux de vie du bénéficiaire, généralement son domicile ou le domicile du proche chez qui il réside(ra)... Elle exige la présence durant une heure au total d'un ou plusieurs thérapeutes de la clinique visés aux

points 2 à 4 de l'article 6, face à un seul bénéficiaire et du ou des proches qui l'aident dans sa vie quotidienne. La 1^{ère} séance à domicile au cours d'une journée est facturable au montant fixé à l'article 16, § 1^{er}, point 2. Si une 2^e à domicile est réalisée en faveur d'un même bénéficiaire au cours de la même journée, cette 2^e séance est facturable au montant fixé à l'article 16, § 1^{er}, point 3.

Les éventuelles séances qui se dérouleraient face à plusieurs bénéficiaires et/ou aux proches de plusieurs bénéficiaires ne sont pas considérées comme des prestations de rééducation et ne peuvent pas donner lieu à une intervention de l'assurance ; elles ne sont pas facturables.

§ 2 La rééducation se déroule en 3 phases : une phase de bilan, une phase de rééducation proprement dite et une phase d'entretien. La phase de bilan et la phase de rééducation se déroulent au cours des 12 premiers mois, la phase d'entretien au cours des 36 mois suivants.

1. Les séances réalisées en phase de bilan visent à compléter les examens médicaux et tests cognitifs préalablement réalisés, afin d'évaluer avec précision les aptitudes préservées et les aptitudes perdues.
2. Les séances réalisées en phase de rééducation visent les objectifs énumérés aux points 2 à 6 de l'article 4, à savoir : apprendre au bénéficiaire les stratégies alternatives qui lui permettront d'accomplir certains actes quotidiens en utilisant ses aptitudes préservées, former le ou les proches qui aideront le bénéficiaire dans sa vie quotidienne, informer le bénéficiaire et ses proches sur la maladie, son évolution et ses conséquences, conseiller et superviser les adaptations de l'environnement quotidien qui permettront de pallier les difficultés cognitives, apporter un soutien psychologique au bénéficiaire et à son aidant.
3. Les séances réalisées en phase d'entretien visent à maintenir ou à restaurer les aptitudes acquises au cours de la phase de rééducation. Un maximum de 15 séances (prélevées dans les maxima fixés à l'article 20, § 3) peut être réalisé au cours de la phase d'entretien.

§ 3 Au moins une séance à finalité de bilan et une séance à finalité de rééducation sont des séances à domicile, sauf interruption imprévue du programme de rééducation suite à un cas de force majeure (dégradation soudaine de l'état du bénéficiaire, abandon inopiné du programme de rééducation par le bénéficiaire ou l'aidant proche...) Le caractère imprévu de l'interruption du programme de rééducation doit pouvoir être démontré sur base du dossier médical conservé par l'établissement.

§ 4 La clinique prend contact avec le médecin généraliste du bénéficiaire, avec le médecin qui a prescrit la rééducation (article 3) et avec les éventuels autres prestataires de soins de 1^{ère} ligne qui le traitent, afin de les associer à la conception du programme de rééducation et de les tenir informés de son déroulement. Une concertation a lieu au moins une fois au début et une fois à la fin du programme, et tous les contacts utiles sont pris durant le déroulement de ce programme, notamment lorsqu'une adaptation du programme est nécessaire. A l'occasion de la 1^{ère} concertation, la clinique demande au médecin généraliste, au médecin spécialiste qui a prescrit la rééducation et aux éventuels autres prestataires de soins de 1^{ère} ligne de lui fournir les résultats des examens médicaux qui ont déjà été réalisés qui sont pertinents pour son programme de rééducation dans la clinique.

V. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COUT DES PRESTATIONS

5.1. Intervention de l'assurance

Article 15 L'intervention de l'assurance dans le coût ou « prix » de toute prestation de rééducation prévue par la présente convention est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de cette prestation en faveur d'un bénéficiaire. Elle est due pour toute prestation qui respecte les conditions prévues par la convention.

Article 16 § 1 Le montant de l'intervention de l'assurance est établi sur base de l'annexe I à la présente convention. Il est fixé à :

	total	indexable	non-indexable
1. Séance en clinique	103,20	98,04	5,16
2. Séance à domicile (1 ^{ère} séance)	180,60		
3. Séance à domicile (2 ^e séance le même jour)	103,20		

§ 2 La partie indexable de ce montant est liée à l'indice pivot 110,51 au 01.09.2008 (base 2004) des prix à la consommation. Elle 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 pour certaines dépenses dans le secteur public

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

5.2. Demande d'accord et période d'intervention de l'assurance

Article 17 § 1^{er} Pour tout bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de rééducation est subordonnée à un accord préalable du Collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, conformément aux dispositions des articles 138, 139 et 142, § 2, de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En application des dispositions 142, § 2, de l'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de la mutualité du bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1^{ère} prestation réalisée par l'établissement, en faveur de ce bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi par un médecin de l'établissement, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

§ 2 En cas d'accord, l'instance compétente fixe la date de début de la période d'intervention de l'assurance, ainsi que la date de fin de cette période située au maximum 48 mois après la date de début. Cette période est continue ; elle ne peut pas être interrompue pour être reprise à une date ultérieure. Une seule période d'intervention de l'assurance peut être accordée par bénéficiaire.

§ 3 L'établissement s'engage à informer le bénéficiaire et à l'aider dans les démarches à accomplir.

Article 18 § 1^{er} La période d'intervention de l'assurance est interrompue d'office si le bénéficiaire interrompt son programme dans l'établissement pour le poursuivre dans une autre clinique de la mémoire conventionnée avec l'INAMI. Un nouvel accord d'intervention conforme aux dispositions de l'article 17 est requis pour la poursuite du programme dans cette seconde clinique.

Moyennant l'accord du bénéficiaire, l'établissement qui a entamé le programme et celui qui le poursuit maintiennent tous les contacts utiles pour assurer le déroulement optimal du programme de soins. Ils prennent les mesures qui s'imposent pour garantir le respect des dispositions de la convention.

§ 2 L'interruption d'une prestation dans un établissement, et sa poursuite dans un autre ne modifie en rien les dispositions de la présente convention, notamment en ce qui concerne la date de fin de la période d'intervention de l'assurance (article 17, § 2) et le nombre maximal de prestations remboursables (article 20, § 3).

Article 19 La période d'intervention de l'assurance est clôturée d'office si le bénéficiaire est admis dans une MRS/MRPA (maison de repos et de soins / maison de repos pour personnes âgées). Elle s'achève la veille du jour d'admission.

5.3. Capacité et modalités de facturation des prestations de rééducation

Article 20 § 1^{er} Au cours d'une même année civile, l'établissement peut réaliser des prestations de rééducation facturables jusqu'à un maximum de **XXX** unités de facturation qui constitue sa capacité maximale de facturation. Dans le calcul de ce nombre, une séance en clinique vaut 1 unité de facturation et une séance à domicile vaut 1,75 unités de facturation pour la 1^{ère} séance au cours d'une journée, et 1 unité de facturation pour la 2^e séance éventuelle au cours de la même journée.

L'année d'entrée en vigueur et l'année de cessation de vigueur de la présente convention, la capacité maximale de facturation est adaptée au prorata de la durée de validité de la convention au cours de cette année civile.

La capacité maximale de facturation de l'établissement est fixée conformément aux principes dont question à l'annexe II de la présente convention.

§ 2 Le Collège des médecins-directeurs peut évaluer, sur base des données qui concernent au minimum 2 années consécutives complètes écoulées, la répartition des capacités maximales de facturation de l'ensemble des établissements ayant adhéré à la convention en fonction de l'activité réelle de chaque établissement pendant ces minimums 2 années consécutives écoulées et leur poids sur le budget total (qui couvre l'ensemble des capacités maximales de facturation).

Si le Collège des médecins-directeurs constate que l'activité réelle au cours de ces minimums 2 années consécutives écoulées varie fortement de l'activité dont il a été tenu compte pour fixer les capacités maximales de facturation, le Collège des médecins-directeurs peut décider de revoir la répartition des capacités maximales de facturation attribuées à l'ensemble des établissements. Il ne pourra le faire qu'après en avoir averti les établissements et qu'après approbation par le Comité de l'assurance.

Dans le cas où le Comité de l'assurance approuve la nouvelle répartition, les nouvelles capacités maximales de facturation entreront en vigueur le 1er janvier d'une année et ce, sans qu'un avenant spécifique qui règle cette question ne soit conclu et sans avoir obtenu des établissements un accord à ce sujet.

Le Service des soins de santé est cependant tenu de communiquer aux établissements cette décision du Comité de l'assurance par le biais d'une lettre recommandée qui doit être envoyée au moins 3 mois avant la date d'entrée en vigueur des nouvelles capacités maximales de facturation.

§ 3 L'âge du bénéficiaire au début de la période d'intervention de l'assurance (article 17, § 2) détermine le nombre maximum d'interventions de l'assurance qu'il peut recevoir dans les prestations réalisées en application de la présente convention, par l'établissement ou par tout autre clinique de la mémoire conventionnée avec l'INAMI, quel que soit le type de prestation réalisé (séance en clinique ou séance à domicile) :

- s'il est âgé de moins de 65 ans : une intervention de l'assurance dans un maximum de 35 prestations,
- s'il est âgé de 65 ans ou plus : une intervention de l'assurance dans un maximum de 25 prestations.

Article 21 L'établissement facture le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI, ou le cas échéant par l'intermédiaire de la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont il fait partie (facturation électronique). Il informe le bénéficiaire par écrit des montants qu'il a facturés à son organisme assureur, en application de la présente convention.

Article 22 § 1^{er} L'établissement s'engage à rembourser toute intervention de l'assurance indûment perçue, conformément aux dispositions de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2 Il s'engage à ne facturer aux bénéficiaires

- aucune activité de rééducation pour laquelle l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.
- aucune intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser, en vertu des dispositions du § 1, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

5.4. Interdictions de cumul

Article 23 § 1^{er} Si en application des dispositions de l'article 18, deux ou plusieurs périodes d'intervention de l'assurance sont accordées à un même bénéficiaire dans un programme de rééducation réalisé par l'établissement et par une ou plusieurs autres cliniques de la mémoire conventionnée avec l'INAMI, ces périodes ne peuvent jamais coïncider ou se recouper.

§ 2 Le nombre de prestations qui peuvent être facturées, lorsqu'elles sont réalisées en faveur d'un même bénéficiaire, au cours d'une même journée, est limité à 2, quel que soit le type de prestation : séance en clinique et/ou séance à domicile.

§ 3 Les prestations prévues par la présente convention ne sont pas facturables si elles sont réalisées le même jour qu'une hospitalisation de jour gériatrique, telle que définie par l'arrêté royal du 29.01.2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers.

Les prestations prévues par la présente convention sont facturables lorsqu'elles sont réalisées le même jour qu'une hospitalisation de jour non-gériatrique, si les soins dispensés dans le cadre de l'hospitalisation de jour ne sont pas couverts par la présente convention et justifient en eux-mêmes cette hospitalisation de jour.

§ 4 Un bénéficiaire de l'assurance soins de santé ne peut pas obtenir d'intervention de l'assurance dans les prestations prévues par la présente convention s'il a déjà bénéficié ou bénéficie de soins qui sont organisés dans le cadre du protocole d'accord 3 du 13.06.2005, conclu entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées, et qui visent en tout ou en partie les objectifs des programmes de rééducation, tels qu'ils figurent aux points 2 à 4 de l'article 4 de la présente convention.

§ 5 Si l'établissement est situé dans les locaux d'une institution offrant des possibilités d'hébergement, ou est liée de quelque manière que ce soit à une telle institution, il ne peut en aucun cas soumettre la dispensation des soins prévus par la présente convention à une obligation d'hébergement du bénéficiaire dans cette institution.

§ 6 L'établissement s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les actes réalisés en application de la présente convention.

§ 7 L'établissement prend toutes mesures utiles afin de garantir l'application des dispositions des §§ 1 à 4 ci-dessus. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire ou à son représentant légal, dans un document écrit qu'il leur remet contre récépissé signé.

§ 8 Les prestations prévues par la nomenclature des soins de santé (par exemple, les consultations des médecins spécialistes) ne sont pas comprises dans le coût de la prestation prévue par la présente convention. Elles peuvent être facturées en supplément des prestations réalisées en application de la présente convention.

VI. GESTION DES DONNEES MEDICALES

Article 24 § 1^{er} L'établissement établit pour chaque bénéficiaire un dossier médical reprenant au moins :

- Ses données d'identification.
- Une copie du plan de traitement, des résultats des tests et examens passés en vue de la formulation du diagnostic et de la prescription visés à l'article 3.

- Les conclusions des séances de bilan.
- Une synthèse des prestations réalisées en sa faveur, des objectifs visés et des résultats effectivement atteints.
- Les conclusions des réunions d'équipe le concernant.
- Une copie de la correspondance échangée avec son médecin généraliste et, le cas échéant, son médecin spécialiste traitant.
- Toute autre correspondance concernant ce bénéficiaire.

§ 2 Lorsque l'évolution de la situation du bénéficiaire le justifie, à moins que ce dernier ou son représentant légal s'y oppose, la clinique adresse une copie des conclusions des évaluations et des réunions d'équipe le concernant à son médecin généraliste, ainsi qu'à l'éventuel médecin spécialiste qui le suit pour sa démence, si ce dernier n'est pas membre de l'équipe thérapeutique de la clinique.

§ 3 Le recueil, la conservation, la transmission et l'usage des données reprises dans les dossiers médicaux individuels se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la protection de la vie privée.

VII CONSEIL D'ACCORD ET EVALUATION

Article 25 Un Conseil d'accord est constitué dans le cadre de la présente convention.

Ce Conseil d'accord est composé

- des médecins responsables des cliniques de la mémoire conventionnées avec l'INAMI,
- et des membres du Collège des médecins-directeurs.

Sa présidence est assurée par le Président du Collège des médecins-directeurs. Son secrétariat est assuré par le Service des soins de santé.

La mission du Conseil d'accord est

- de vérifier l'applicabilité de la convention dans tous les établissements et de conseiller le Collège des médecins-directeurs sur d'éventuelles mesures à prendre en cette matière,
- de définir, dès les 1^{ers} mois d'application de la convention, une méthodologie permettant d'évaluer les résultats obtenus par les cliniques, conformément aux dispositions de l'article 26.
- de prendre des initiatives communes en vue d'améliorer constamment la qualité des soins dispensés, par exemple, par la discussion de cas cliniques d'un point de vue médico-technique, ou plus généralement par un *peer-review*, dans une optique de *benchmarking*.

Le Conseil d'accord se réunit à l'invitation motivée de son Président. Dans tous les cas, le Président réunit le Conseil d'accord à la demande du Comité de l'assurance.

Article 26 **§ 1^{er}** La méthodologie permettant d'évaluer les résultats obtenus par chaque établissement, en tenant compte de tous les paramètres pertinents à cet effet, est déterminée par le Collège des médecins-directeurs, après concertation réalisée dans le cadre du Conseil d'accord. Cette méthodologie est traduite dans un *protocole d'évaluation* qui peut être adapté à

tout moment par le Collège des médecins-directeurs, à l'initiative des établissements, du Collège des médecins-directeurs ou du Comité de l'assurance.

Les résultats de l'application de ce protocole d'évaluation, qu'il y a lieu de respecter scrupuleusement, sont transmis par l'établissement sous la forme d'un rapport annuel. L'établissement transmet son rapport au Service des soins de santé, à l'attention du Collège des médecins-directeurs, au plus tard pour la fin du troisième mois qui suit l'année civile à laquelle il se rapporte.

Dans ce contexte, le rapport annuel établi par l'établissement peut être une source de données qui peut être utilisée par le Collège des médecins-directeurs pour permettre une évaluation de l'activité réelle de l'établissement.

§ 2 Les frais engendrés par la réalisation de cette évaluation sont couverts par les forfaits de rééducation prévus à l'article 16.

VIII DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

Article 27 Le Pouvoir organisateur de l'établissement tient une comptabilité basée, d'une part, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.08.1987), et d'autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Les données comptables liées à l'application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus. Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à présenter – à la demande explicite du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médical de l'INAMI – un aperçu des recettes et des dépenses du centre liées à l'application de la présente convention.

Article 28 **§ 1^{er}** L'établissement tient un relevé exhaustif des prestations réalisées en faveur de ses bénéficiaires. Il peut justifier de manière objective les données reprises dans ce relevé, par exemple à l'aide de carnets de rendez-vous, de journaux de bord, ...

§ 2 L'établissement s'engage à soumettre, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, les relevés des contacts entre les bénéficiaires et les membres de son équipe.

§ 3 En cas de non-respect des obligations visées au présent article, le Comité de l'assurance peut prendre toute mesure jugée utile, tout comme il peut le faire pour tout autre cas constaté de non-respect des obligations prévues par la présente convention ou par la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé.

Article 29 **§ 1^{er}** L'établissement s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toutes les informations leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

§ 2 L'établissement autorise tout représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites que celui-ci juge utile à l'accomplissement de sa mission de contrôle du respect des dispositions de la présente convention.

Article 30 § 1^{er} Le Pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de mettre en œuvre les programmes de rééducation individuels dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la présente convention.

§ 2 Le Pouvoir organisateur de l'établissement assume l'entière responsabilité de l'éventuel non-respect des dispositions de la présente convention par l'établissement et des conséquences, notamment financières, qui en résultent.

§ 3 Le Pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à informer chaque membre de l'équipe de toutes les dispositions de la présente convention afin de lui permettre d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la présente convention. A cet effet, le Pouvoir organisateur remet à chaque membre du personnel, le texte complet de la présente convention. Il conserve, à cet égard, et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les accusés de réception signés par les membres de l'équipe.

IX PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 31 § 1^{er} La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du **XX.XX.20XX**.

§ 2 Elle est valable jusqu'au **31.12.2028**, toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

Liste des annexes

Les annexes à la présente convention en font partie intégrante, dans les limites fixées par les articles de ladite convention. Les articles de la convention priment cependant toujours sur les annexes.

- Annexe I : Enveloppe annuelle et prix de la prestation
- Annexe II : Principes pour la répartition de la capacité totale de facturation

... Signatures ...

DISPOSITIONS TRANSITOIRES A PARTIR DU 1^{er} JUILLET 2026

Article 32. En application des dispositions de l'article 20, § 1^{er}, al. 2 de la convention, la capacité maximale de facturation est fixée à **XXX** unités de facturation pour l'année civile 2026. Cette capacité maximale correspond à $[(6/12^{\text{ième}}$ de 875) + (6/12^{ième} de **XXX**) = **XXX**].

Article 33. Le premier rapport annuel établi sur base de la méthodologie déterminée par le Collège des médecins-directeurs (protocole d'évaluation), visé à l'article 26 de la convention, est attendu au plus tard pour le 31 mars 2028 et doit porter sur l'année civile 2027.