

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963  
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

## **AVENANT A LA CONVENTION DE REEDUCATION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET #NOM DU POUVOIR ORGANISATEUR# POUR LE CENTRE DE REFERENCE EN INFIRMITÉ MOTRICE D'ORIGINE CEREBRALE QUI FONCTIONNE DANS #NOM DE L'HOPITAL ET EVENTUELLEMENT DU SITE DE L'HOPITAL#.**

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 du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

et d'autre part,

Le *#nom du pouvoir organisateur#*, désigné ci-après dans la convention comme le "pouvoir organisateur", dont dépend le centre de référence en infirmité motrice d'origine cérébrale qui fonctionne dans *#nom de l'hôpital et éventuellement du site de l'hôpital#*, désigné ci-après dans le texte comme « le centre de référence en IMOC ».

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 1<sup>er</sup> de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un deuxième alinéa, libellé comme suit :

« La présente convention détermine aussi les conditions en matière des bénéficiaires présentant un spina bifida avec ou sans hydrocéphalie associée – indiqué ci-après comme SB - et les conditions auxquelles le centre de référence en IMOC doit satisfaire afin de pouvoir fonctionner aussi comme centre de référence en SB au sens de la présente convention. »

**Article 2.** Après l'Art. 2 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 2bis, libellé comme suit :

« **Art. 2bis. § 1<sup>er</sup>.** Les bénéficiaires au sens de la présente convention peuvent aussi être :

- 1) Des personnes avec un spina bifida aperta ou avec un spina bifida occulta et une forme démontrée de tethered cord syndrome. Les deux formes de spina bifida, c.à.d. un déficit de clôture congénital du tube neural, sont indiquées ci-après comme SB. Un

nouveau-né avec une lésion transversale périnatale de la moelle est assimilé à un bénéficiaire avec SB pour l'application de cette convention.

Les bénéficiaires au sens de cette convention avec un spina bifida aperta présentent un méningocèle ou un méningomyélocèle, avec hydrocéphalie associée ou non.

Les bénéficiaires au sens de cette convention avec un spina bifida occulta présentent une forme démontrée de tethered cord syndrome entraînant un déficit moteur et tactile avec gêne fonctionnel grave.

- 2) Tous les bénéficiaires mentionnés au 1) sont des nouveau-nés, des enfants ou des jeunes jusqu'à 18 ans inclus lors du 1<sup>er</sup> contact avec le centre de référence en SB.
- 3) A partir de l'âge de 19 ans les bénéficiaires décrits en 1) et 2) peuvent rester accompagnés dans le centre de référence en SB.

Seulement au cours de l'année d'entrée en vigueur du présent avenant et au cours de la première année qui la suit, les bénéficiaires mentionnés en 1) peuvent aussi avoir 19 ans ou plus lors du 1<sup>er</sup> contact et ensuite rester accompagnés par le centre de référence en SB.

**§ 2.** Le SB dont question au § 1<sup>er</sup> du présent article est accompagné de troubles concomitants (moteurs, tactiles, urinaires, d'alimentation et de défécation, visuels...) et le cas échéant d'une épilepsie, qui contribuent à entraver le développement du bénéficiaire et/ou son intégration maximale dans la famille et le milieu.

**Article 3.** Après l'Art. 4 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 4bis, libellé comme suit :

« **Art. 4bis.** Pour la section du centre de référence en IMOC qui fonctionne comme centre de référence en SB, les objectifs envers les bénéficiaires avec un SB sont les mêmes que ceux formulés aux Art. 3 en 4 pour le centre de référence en IMOC envers les bénéficiaires avec une MOC. »

**Article 4.** Après l'Art. 6 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Chapitre « **LE CENTRE DE RÉFÉRENCE EN IMOC AU SENS DE CETTE CONVENTION** » qui comporte un Art. 5bis et 6bis, libellés comme suit :

« **Art. 5bis. § 1<sup>er</sup>.** Le centre de référence en SB au sens de cette convention est, en tant que pivot d'un réseau de structures de soins pour patients SB, une section spécialisée en SB du centre de référence en IMOC. En tant que tel il est pour tout bénéficiaire et autre personne extérieure concernée une entité fonctionnelle clairement identifiable et reconnaissable au sein du site de l'hôpital, pas nécessairement le même que celui au sein duquel fonctionne le Centre de référence en IMOC. Il est placé sous la direction d'un des médecins cités au § 2, 1) de cet article, qui coordonne l'activité de l'équipe mentionnée au § 2.

En outre, le centre de référence en SB remplit les conditions mentionnées aux §§ 2, 3, 4, et 5 de cet article.

**§ 2.** L'équipe du centre de référence en SB, clairement identifiable et reconnaissable en tant qu'entité fonctionnelle pour les bénéficiaires et autres personnes extérieures, se présente quant à sa composition et son volume au moins comme suit :

1) médecins

- 1 médecin spécialiste en neurologie pédiatrique
- au moins 1 autre médecin, soit spécialiste en pédiatrie, neurologie, ou médecine physique et rééducation, avec une expérience pratique relative

Ensemble minimum 11,4 h/sem.  
(= 0,3 ETP)

aux patients adultes présentant une SB,  
 Un de ces médecins est désigné en tant que « médecin coordinateur » de toute l'équipe du centre de référence en SB.  
 Au moins un de ces médecins a obtenu un agrément complémentaire comme spécialiste en réadaptation fonctionnelle.

- 2) kinésithérapeute(s)..... (l'équiv. de) 38 h/sem.  
 3) paramédicaux
- Infirmière(s) (pédiatrique(s) avec expérience) } spéci-  
 fique en incontinence
  - ergothérapeute(s)
  - assistant(s) sociaux
  - Diététicien(ne)
- Ensemble 24,7 h/s  
ou 0,65 ETP
- 4) psychologie
- Psychologue clinicien et/ ou orthopédagogue 7,6 h/s ou 0,2 ETP
- 5) secrétariat
- secrétaire(s)..... 7,6 h/s ou 0,2 ETP.

Durant ces heures susmentionnées cette équipe se consacre exclusivement à des activités dans le cadre du SB et des problèmes et troubles connexes. Durant ces heures susmentionnées cette équipe ne se consacre donc pas à des activités dans le cadre du diagnostic, évaluation fonctionnelle, traitement ou rééducation d'enfants ou d'adultes présentant d'autres troubles.

Ceci appert pour chacun des membres du personnel concernés d'un contrat signé par un responsable au nom du pouvoir organisateur, par le médecin coordinateur au nom du centre de référence en SB et par le membre du personnel concerné. Ce contrat mentionne explicitement pour chaque membre du personnel concerné le nombre d'h/s exclusivement consacrées à des activités dans le cadre du SB, et leur horaire prévu.

Outre ces membres de l'équipe, dans le centre de référence en SB doivent pouvoir être consultées toutes les disciplines médicales éventuellement nécessaires – et certainement l'urologie, la neurochirurgie, l'orthopédie, la pédiatrie et la médecine physique et l rééducation - ainsi qu'un orthopédiste ou bandagiste.

L'urologue dont question doit certainement avoir une expérience suffisante en matière d'incontinence chez les enfants avec un SB.

**§ 3.** La spécialisation et l'expérience en matière de SB que les membres de l'équipe du centre de référence en SB ont acquis déjà avant l'entrée en vigueur de cet avenant apparaissent de l'historique du centre et des activités de ses membres de son équipe - avec pour chaque patient présentant un SB au moins 2 interventions par un des médecins de l'équipe - pour un nombre de ces patients qui s'élevait à au moins 50 au cours de l'année calendrier précédant l'entrée en vigueur de cet avenant.

Une fois le présent avenant entré en vigueur, le maintien de cette expérience en matière de diagnostic, évaluation fonctionnelle, rééducation et traitement du SB apparaît :

- 1) du fait qu'au cours de la 1<sup>ère</sup> année calendrier complète au cours de la quelle cet avenant produit ses effets, l'équipe mentionnée au § 2 est intervenue minimum 2 fois auprès de minimum 50 bénéficiaires différents en vue d'une des prestations mentionnées à l'Art. 7bis, et ensuite chaque année calendrier auprès de minimum 80 bénéficiaires différents;

- 2) du fait que chaque membre de l'équipe mentionnée au § 2 participe chaque année au moins une fois à une activité extérieure de formation continue en matière de diagnostic, de traitement ou de rééducation dans le cadre du SB, ou que l'équipe en organise une elle-même, avec participation de personnes non membre de l'équipe.

**§ 4.** Le fonctionnement en tant qu'équipe multidisciplinaire des membres du personnel du centre de référence en SB prévus au § 2 apparaît entre autres :

1. du fait que l'équipe fonctionne au moins 2 demi-jours par semaine en tant que telle dans les conditions de cet avenant, ce qui appert des horaires renseignés pour les membres de l'équipe
2. du fait qu'au moins 1 fois par semaine ils se réunissent durant au moins 1 heure sous la direction du médecin coordinateur et/ou de l'autre médecin mentionné au § 2, 1), qui est présent durant toute la réunion d'équipe. D'autres membres de l'équipe peuvent éventuellement n'être présents que lors de la discussion de bénéficiaires chez lesquels ils sont intervenus ou à l'occasion de sujets qui les intéressent.

A ces réunions d'équipe, entre autres le cas de bénéficiaires individuels est discuté et les interventions nécessaires de plusieurs membres de l'équipe chez eux sont coordonnées. L'élaboration d'un plan de traitement et de rééducation pour un bénéficiaire, notamment sur base du bilan diagnostique et fonctionnel, est toujours au préalable le sujet d'une discussion en équipe, de même que chaque adaptation ultérieure de celui-ci.

**§ 5.** Quant à son infrastructure, le centre de référence en SB doit par ailleurs aussi disposer de suffisamment de locaux d'examen, d'entretien, de traitement et de réunion pour le personnel mentionné au § 2 et ses activités dans le cadre du présent avenant au profit des bénéficiaires.

**Art. 6bis.** Lors de sa demande de conclusion d'une convention, le pouvoir organisateur du centre de référence en SB transmet au Service des soins de santé à l'attention du Collège des médecins-directeurs tous les renseignements qui doivent permettre au Collège de constater que toutes les conditions mentionnées à l'Art. 5bis sont remplies. »

**Article 5.** Après l'Art. 7 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 7bis, libellé comme suit :

« **Art. 7bis.** Pour le centre de référence en CP qui comporte aussi une section fonctionnant comme centre de référence en SB les prestations pouvant être prises en charge notamment sur base de cet avenant par l'assurance obligatoire soins de santé sont analogues pour les bénéficiaires avec SB à celles pour les bénéficiaires avec CP décrites à l'Art. 7, 1) et 2). Elles sont exécutées par l'équipe du centre de référence en SB mentionnée à l'Art. 5bis, § 2.

Si nécessaire, l'équipe du centre de référence en SB fournit aussi séparément un avis ponctuel relatif à tout trouble associé au SB, notamment en ce qui concerne les troubles des sphincters de la vessie et de l'intestin et en ce qui concerne les problèmes qu'ils entraînent. »

**Article 6.** Après l'Art. 8 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 8bis, libellé comme suit :

- « **Art. 8bis.** Pour la section du centre de référence en CP fonctionnant comme centre de référence en SB, lors de l'exécution de la prestation analogue à celle décrite à l'Art. 7, 1) la même définition du contenu et la même durée sont applicables à l'égard de bénéficiaires avec SB que celles formulées à l'Art. 8 pour le centre de référence en CP à l'égard de bénéficiaires avec CP. Toutefois, elle est exécutée par l'équipe mentionnée à l'Art. 5bis, § 2 et comporte, outre l'intervention du (des) médecin(s), aussi l'intervention du kinésithérapeute, de l'infirmière, de l'assistant social et du psychologue ou (ortho)pédagogue. »

**Article 7.** Après l'Art. 9 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 9bis, libellé comme suit :

- « **Art. 9bis.** Pour la section du centre de référence en CP fonctionnant comme centre de référence en SB, lors de l'exécution de la prestation analogue à celle décrite à l'Art. 7, 2) la même définition du contenu et de modalités sont applicables à l'égard de bénéficiaires avec SB que celles formulées à l'Art. 9 pour le centre de référence en CP à l'égard de bénéficiaires avec CP. Toutefois, elle est exécutée par l'équipe mentionnée à l'Art. 5bis, § 2. »

**Article 8.** Après l'Art. 10 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 10bis, libellé comme suit :

- « **Art. 10bis.** Chaque intervention chirurgicale nécessaire exécutée à l'indication du centre de référence en SB en cas de spina bifida aperta peut être effectuée au sein de l'hôpital duquel le centre de référence en SB fonctionne, de même que le traitement d'une hydrocéphalie associée au spina bifida aperta par drainage. De même, chaque intervention chirurgicale nécessaire exécutée à l'indication du centre de référence en SB en cas de grave tethered cord syndrome peut être effectuée au sein de l'hôpital duquel le centre de référence en SB fonctionne. »

**Article 9.** Après l'Art. 11 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 11bis, libellé comme suit :

- « **Art. 11bis.** L'éventuel avis séparé fourni par l'équipe du centre de référence en SB et relatif à un trouble associé au SB, mentionné à l'Art. 7bis, 2<sup>ème</sup> alinéa, fait partie du remboursement prévu pour les prestations mentionnées à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa. »

**Article 10.** Après l'Art. 12 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 12bis, libellé comme suit :

- « **Art. 12bis. § 1<sup>er</sup>.** Sans préjudice des §§ 2 et 3 de cet article, la prestation de rééducation pouvant être prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé pour chaque bénéficiaire défini à l'Art. 2bis, § 1<sup>er</sup>, comporte l'exécution durant une année (sauf si le bénéficiaire décède antérieurement) par l'équipe visée à l'Art. 5bis, § 2, de toutes les prestations visées à l'Art. 7bis et décrites plus en détail aux Art. 8bis, 9bis et 11bis, nécessaires pour lui.

Ces prestations sont prises en charge de façon forfaitaire par un « forfait annuel ».

**§ 2.** Afin qu'il puisse être pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé, pour une année calendrier visée, un forfait annuel doit couvrir au moins :

1. pour un bénéficiaire de < 3 ans, l'exécution d'au moins 3 prestations visées à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa, ainsi que toutes les prestations nécessaires visées à l'Art. 7bis, 2<sup>ème</sup> alinéa ;
2. pour un bénéficiaire de 3 à 18 ans inclus, l'exécution d'au moins 2 prestations visées à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa, ainsi que toutes les prestations nécessaires visées à l'Art. 7bis, 2<sup>ème</sup> alinéa ;
3. pour un bénéficiaire de 19 ans ou plus, l'exécution d'au moins 1 prestation visée à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa, ainsi que toutes les prestations nécessaires visées à l'Art. 7bis, 2<sup>ème</sup> alinéa.

Toutefois, un premier forfait annuel pour un bénéficiaire de < 3 ans peut aussi être pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé s'il ne comporte que 2 prestations visées à l'Art. 7bis, 1<sup>er</sup> alinéa.

**§ 3.** Il est question d'un programme individuel de rééducation pour un bénéficiaire avec SB du moment que pour le bénéficiaire visé un programme de diagnostic, d'évaluation et d'accompagnement tel que visé ci-dessus a été fixé, qu'il a été discuté avec lui, ses parents et son entourage et qu'en exécution de celui-ci au moins 1 séance d'au moins 1 demi-journée a été effectuée par l'équipe de rééducation, sans qu'elle ait donné lieu à une quelconque autre intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

**Article 11.** Après l'Art. 13 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 13bis, libellé comme suit :

« **Art. 13bis. § 1<sup>er</sup>.** Le forfait annuel pouvant être pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé s'élève à :

Pour un bénéficiaire mentionné à	Montants du forfait annuel		
	Totaux (= 100%)	Partie indexable (= 95%)	Partie non indexable (= 5%)
L'Art. 12bis, 1.	€ 1589,34	€ 1509,87	€ 79,47
L'Art. 12bis, 2.	€ 1059,56	€ 1006,58	€ 52,98
L'Art. 12bis, 3.	€ 529,78	€ 503,29	€ 26,49

Ces forfaits annuels couvrent les frais pour :

- o toutes les interventions directes et indirectes de l'équipe prévue à l'Art. 5bis, § 2, au sein et éventuellement en dehors du centre de référence en SB, à l'exclusion de toutes les prestations qui sont déjà prévues dans la nomenclature des prestations de soins de santé ou dans un autre système réglementaire d'intervention. Ces dernières prestations peuvent donc aussi être portées en compte, dans les conditions fixées par la nomenclature des prestations de soins de santé ou par l'autre système réglementaire d'intervention, en sus des prix et honoraires susmentionnés ;
- o le travail en équipe de toutes les personnes du centre de référence en SB intervenant auprès d'un bénéficiaire, ainsi que le travail administratif qu'il entraîne ;
- o la communication personnelle au bénéficiaire et à sa famille du plan de traitement et de rééducation élaboré, de l'évaluation ultérieure ou de la prescription ou avis au bénéficiaire et à sa famille et la communication au moins écrite au médecin référant

éventuel et aux autres personnes concernées faisant partie du réseau de structures de soins autour du bénéficiaire, ainsi que toute communication ultérieure à ce sujet avec eux.

**§ 2.** Seule la partie indexable mentionnée au § 1<sup>er</sup> pour les montants y figurant est liée à l'indice pivot 111,64 du 1<sup>er</sup> juin 2003 (base 1996) des prix à la consommation. Cette partie indexable de ces prix est adaptée conformément aux dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 portant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

**Article 12.** Après l'Art. 15 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 15*bis*, libellé comme suit :

« **Art. 15*bis*.** Pour le pouvoir organisateur du centre de référence en CP qui fonctionne également comme centre de référence en SB, les mêmes modalités sont applicables à l'égard de bénéficiaires avec SB que celles formulées aux Art. 14 et 15 pour le centre de référence en CP à l'égard de bénéficiaires avec CP. »

**Article 13.** Après l'Art. 16 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 16*bis*, libellé comme suit :

« **Art. 16*bis*.** Le centre de référence en SB est aussi censé fonctionner effectivement comme centre de référence pour des médecins, kinésithérapeutes et paramédicaux, qui assurent au quotidien la prise en charge des bénéficiaires. »

**Article 14.** A l'article 17, 1<sup>er</sup> alinéa, de la convention mentionnée sous rubrique, les lettres « CP-« sont remplacées par les lettres « SB- et CP-» .

**Article 15.** Après l'Art. 18 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 18*bis*, libellé comme suit :

« **Art. 18*bis*.** Pour chaque bénéficiaire chez lequel il a effectué l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7*bis*, le centre de référence en SB tient à jour un dossier médical qui, outre les éléments figurant normalement dans chaque dossier médical, comporte explicitement les éléments suivants :

- 1) La lettre d'envoi éventuelle ;
- 2) Les résultats de toutes les prestations visant le diagnostic et l'évaluation de l'état fonctionnel du bénéficiaire et les interventions qui ont contribué au résultat final de l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7*bis* ;  
Il s'agit aussi bien de résultats transmis d'examens déjà effectués par des tiers que de résultats d'examens effectués au besoin dans le centre de référence en SB même. Le cas échéant, copie est également gardée dans le dossier du bénéficiaire de la lettre par laquelle les résultats d'examens effectués déjà auparavant ont été demandés.
- 3) Les conclusions des réunions d'équipe concernant le bénéficiaire ;
- 4) Copie de chaque plan de traitement et de rééducation élaboré par écrit, visé à l'Art. 8, § 1<sup>er</sup>, de chaque évaluation et adaptation éventuelle de ce plan de traitement et de rééducation, élaborée par écrit, visées à l'Art. 9, § 1<sup>er</sup>, et de chaque prescription ou avis visé à l'Art. 11.

**Article 16.** Après l'Art. 19 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 19bis, libellé comme suit :

« **Art. 19bis. § 1<sup>er</sup>.** Le centre de référence en SB tient un registre de toutes les prestations effectuées et portées en compte, mentionnées à l'Art. 7bis.

Par bénéficiaire et par prestation effectuée pour lui, ce registre comporte toutes les interventions effectuées par chaque membre de l'équipe mentionné à l'Art. 5bis, § 2, 1) jusqu'à 4) inclus, avec, par intervention, la date, l'heure du début et de la fin de l'intervention et le nom de chaque membre de l'équipe qui est intervenu. De même, il contient par bénéficiaire et par prestation la date de chaque réunion d'équipe à laquelle il a été discuté et l'identification de chaque participant.

**§ 2.** Le registre du centre de référence en SB sert de base pour la facturation des prestations mentionnées à l'Art. 7bis. De même, il sert de base pour la liste de bénéficiaires mentionnée à l'Art. 20bis.

Ce registre reste au centre de référence en SB à la disposition du Service des soins de santé et du Service d'évaluation et du contrôle médical de l'INAMI, ainsi que des médecins conseil des organismes assureurs et ce, durant au moins 5 ans.

**Article 17. § 1<sup>er</sup>.** A l'Art. 20 de la convention mentionnée sous rubrique, après le § 1<sup>er</sup> est inséré un § 1<sup>er</sup>bis, libellé comme suit :

« **§ 1<sup>er</sup> bis.** Afin de permettre que le Service des soins de santé de l'INAMI vérifie si le centre de référence en SB répond aux dispositions de l'Art. 12bis, §§ 1<sup>er</sup> et 2, et de l'Art. 5bis, § 3, deuxième alinéa, le centre adresse au plus tard pour le 31 mars de l'année calendrier suivante au Service des soins de santé de l'INAMI une liste de tous les bénéficiaires pour lesquels il a tarifé au cours de l'année calendrier complète précédente un forfait annuel.

Par bénéficiaire le centre de référence en SB y mentionne :

- 1) Les dates de toutes les prestations mentionnées à l'Art. 7bis, premier alinéa, qui ont été effectuées pour lui au cours de l'année calendrier concernée.
- 2) Les dates des éventuelles prestations mentionnée à l'Art. 7bis, deuxième alinéa, qui ont été effectuées pour lui au cours de l'année calendrier concernée.

Pour ce faire, le centre de référence en SB suit le modèle et les instructions de l'annexe 1bis à la présente convention. »

**§ 2.** Aux §§ 2, 3 et 4 de l'Art. 20 les mots « au § 1<sup>er</sup> » sont remplacés par les mots « au § 1<sup>er</sup> ou au § 1<sup>er</sup>bis » et les mots « centre de référence en IMOC » sont remplacés par les mots « le centre de référence en SB ou le centre de référence en IMOC ».

**§ 3.** A l'Art. 20 de la convention mentionnée sous rubrique, après le § 5 est inséré un § 5bis, libellé comme suit :

« **§ 5bis.** Sans préjudice des dispositions des §§ 2, 3 et 4 du présent Art., en cas de non envoi de la liste visée au § 1<sup>er</sup>bis concernant l'année calendrier précédente complète au plus tard pour le 30 juin de l'année calendrier suivante, le centre de référence en SB est considéré d'office et irrévocablement comme n'ayant pas répondu durant l'année calendrier précédente complète aux dispositions mentionnées à l'Art. 12bis, §§ 1<sup>er</sup> et 2, et à l'Art. 5, § 3, deuxième alinéa. »



**Article 18.** A l'Art. 21, § 1<sup>er</sup>, de la convention mentionnée sous rubrique, les mots « Art. 7 » sont remplacés par les mots « l'Art. 7 ou 7bis » .

A l'Art. 21, §§ 2 et 3, les mots « le centre de référence en IMOC » sont remplacés par les mots « le centre de référence en SB ou le centre de référence en IMOC ».

A l'Art. 21, § 3, « IMOC » est remplacé par « IMOC ou SB » et les mots « annexe 2 » sont remplacés par les mots « annexe 2 ou 2bis ».

**Article 19.** Après l'Art. 23 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 23bis libellé comme suit :

« **Art. 23bis.** Pour la section du centre de référence en CP qui fonctionne comme centre de référence en SB, les mêmes dispositions en matière de Conseil d'accord sont applicables que celles formulées aux Art. 22 et 23 pour le centre de référence en IMOC. »

**Article 20.** Après l'Art. 27 de la convention mentionnée sous rubrique est inséré un Art. 27bis libellé comme suit :

« **Art. 27bis.** Pour le pouvoir organisateur du centre de référence en SB, les mêmes dispositions générales que celles formulées pour le centre de référence en IMOC aux Art. 24, 25, 26 et 27 sont applicables à l'égard du centre de référence en SB. »

**Article 21. § 1<sup>er</sup>.** Le présent avenant établi en deux exemplaires et dûment signé par les deux parties entre en vigueur le.....

**§ 2.** Le présent avenant est valable jusqu'au 30 juin 2007 inclus. Toutefois, chacune des parties peut, à tout moment, le dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Dans ce cas, les effets du présent avenant expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois; ce préavis prend cours le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

Fait en deux exemplaires à Bruxelles le :

Pour le pouvoir organisateur du centre de référence en SB

Pour le Comité de l'assurance soins de santé

Le Responsable de la gestion (du site) de l'hôpital  
(nom, fonction et signature)

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.  
Dr G. Vereecke  
Médecin-Inspecteur Général

Pour le centre de référence en SB, pour information

Le médecin coordinateur  
(nom, signature et cachet)