

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE DE TERVUREN, 211

Service des Soins de Santé

CONVENTION DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

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,

l'a.s.b.l. assurant la gestion de l'établissement de rééducation fonctionnelle agréé par le "Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées"/"Fonds bruxellois francophone pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées" de l'hôpitalétablissement de rééducation désigné dans la présente convention par le mot «établissement».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}. Cette convention décrit les relations entre l'établissement et certains bénéficiaires de l'assurance, de même que les relations entre l'établissement, l'INAMI. et les organismes assureurs notamment quant au forfait de rééducation fonctionnelle et à son mode de paiement. Cette convention de rééducation fonctionnelle concerne tous les bénéficiaires pris en charge dans l'hôpital concerné qui souffrent d'une maladie ou d'un trouble spécifiés à l'article 3, §2 et qui entrent en considération pour une rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention, à l'exception de ceux qui entrent en considération pour la prestation spécifique de rééducation fonctionnelle décrite à l'article 10.

BUT DE LA REEDUCATION

Article 2. La rééducation dans l'établissement vise une amélioration significative de l'état fonctionnel du bénéficiaire, eu égard au décours normal des affections visées, une augmentation de l'autonomie et du bien-être psychologique, en vue de favoriser ainsi une (ré)intégration sociale et, si possible, professionnelle maximale. Pour les bénéficiaires hospitalisés, cela implique entre autres que la rééducation devrait rendre possible un retour dans le milieu familial. Pour les bénéficiaires ambulatoires, la rééducation doit au moins viser le maintien dans le milieu familial.

BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3. § 1^{er}. Par bénéficiaires, visés dans la présente convention, il faut entendre les bénéficiaires de l'assurance, dont l'affection (cfr. § 2) se situe immédiatement après la phase aiguë (c'est-à-dire lorsque les complications éventuelles sont sous contrôle et lorsque l'état général, interne ou locomoteur, permet d'entamer le programme de rééducation multidisciplinaire) ou immédiatement après une poussée. Pour les cas dont l'affection est caractérisée par une régression progressive de l'état du patient, celle-ci doit être objectivée.

§ 2. Les maladies suivantes entrent en ligne de compte pour une rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention :

- para- ou tétraplégie acquises;
- lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves;
- 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;
- paralysie cérébrale;
- affections congénitales de la colonne vertébrale et/ou de la moelle épinière;
- dystrophie et phocomélie;
- myopathies : les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myopathie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune;
- la mucoviscidose;
- les troubles locomoteurs et psychologiques graves
- consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker III et IV.
- consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III ou IV, éventuellement avec complications neurologiques.

§ 3. Les bénéficiaires ne peuvent pas être en même temps rééduqués pour une maladie ou un trouble identique dans un autre établissement avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention.

§ 4. Pour les bénéficiaires visés dans la présente convention, le but spécifié à l'article 2 ne peut pas pouvoir être atteint par des prestations prévues dans la nomenclature des prestations de santé et dans la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle.

LES PROGRAMMES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

Article 4. § 1^{er} Le but de la rééducation se traduit en besoins du bénéficiaire individuel par le programme individuel de rééducation fonctionnelle. Chaque programme individuel de rééducation fonctionnelle part d'un besoin concret auquel il doit pouvoir répondre par l'intervention de l'établissement de rééducation fonctionnelle.

§ 2. Chaque programme individuel de rééducation fonctionnelle se compose d'un certain nombre d'interventions de l'équipe de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire de l'établissement de rééducation fonctionnelle en faveur du bénéficiaire.

§ 3. L'établissement s'engage à n'entamer une rééducation fonctionnelle pour un bénéficiaire qu'après qu'un médecin spécialiste en réadaptation ait établi et envoyé le programme de rééducation fonctionnelle qui accompagnera la demande d'intervention à l'intention du Collège des médecins-directeurs.

§ 4. Le programme de rééducation doit être expliqué par un médecin spécialiste en réadaptation de l'établissement ou par un membre de l'équipe de rééducation multidisciplinaire propre, au cours des premières interventions de rééducation, au bénéficiaire et/ou à ses proches, entre autres en ce qui concerne les objectifs réalisables, l'apport du bénéficiaire, de ses proches et des médecins traitants. Un engagement sera aussi pris avec le bénéficiaire et/ou ses proches en vertu duquel, si la rééducation multidisciplinaire ne devait pas produire le résultat escompté, l'établissement proposerait à la fin de cette rééducation, la guidance nécessaire vers une forme de prise en charge adaptée.

Article 5 : § 1^{er} Chaque programme individuel de rééducation fonctionnelle est intensif et limité dans sa durée. La convention fixe par maladie ou trouble une durée maximale générale qui court à partir du jour où le premier «forfait de rééducation fonctionnelle» est porté en compte ou à partir duquel, pour une même maladie ou un même trouble, une prestation de rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire K30-K60 est portée en compte. Cette durée maximale, à dater de ce jour, se poursuit de façon interrompue, sauf stipulation contraire exposée ci-après.

§ 2. Pourtant, en raison de leur décours spécifique, certaines maladies ou certains troubles entrent encore au-delà de cette période en ligne de compte pour une rééducation fonctionnelle au sens de la présente convention.

Il s'agit notamment de :

- para- ou tétraplégie acquises;
- lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves;
- 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;
- paralysie cérébrale;
- affections congénitales de la colonne vertébrale et/ou de la moelle épinière;
- dysmélie et phocomélie;
- myopathies : les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myopathie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune;
- la mucoviscidose;
- les troubles locomoteurs et psychologiques graves
- consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker III et IV.
- consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III ou IV, éventuellement avec complications neurologiques.

§ 3. La durée maximum de la rééducation visée au § 1^{er} pour les maladies ou troubles acquis, détaillés à l'article 3, est de :

Maladies ou troubles	Durée maximum
Groupe A2 - para- ou tétraplégie acquises; - lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves;	2 ans
Groupe A2bis - 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
Groupe A4 - amputation d'un membre supérieur ou inférieur;	1 an
Groupe B3 - paralysie cérébrale; - affections congénitales de la colonne vertébrale et/ou de la moelle épinière; - dysmélie et phocomélie;	18 ans
Groupe B4 - myopathies : les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myopathie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune - la mucoviscidose - les troubles locomoteurs et psychologiques graves consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker III et IV; consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III ou IV, éventuellement avec complications neurologiques	6 mois

§ 4. Pour chaque bénéficiaire individuel la durée de la rééducation est, comme cela est stipulé à l'article 4, § 3, celle prescrite par le médecin spécialiste en réadaptation concerné, en fonction notamment de la maladie ou du trouble et de l'état du bénéficiaire. Les durées maximales, telles que mentionnées au paragraphe précédent, ne peuvent dès lors être considérées comme indicatives sur le plan médical et certainement pas comme un droit exigible par le bénéficiaire auprès du médecin traitant spécialiste en réadaptation. Le but relève uniquement de la technique de l'assurance.

§ 5. Lorsqu'un bénéficiaire a déjà suivi soit une rééducation fonctionnelle pour une maladie ou un trouble dans un établissement de rééducation fonctionnelle lié par une convention avec le Comité de l'assurance, soit a bénéficié pour la même maladie ou le même trouble des prestations de rééducation fonctionnelle K30-K60, l'établissement s'engage à ne pas prendre en rééducation multidisciplinaire le bénéficiaire concerné pour la même maladie ou le même trouble plus longtemps que la durée restante, calculée sur la base du § 3 du présent article.

§ 6. Si une rééducation multidisciplinaire d'un bénéficiaire est temporairement arrêtée et si au cours de cette interruption il est fait appel, pour ce bénéficiaire à des prestations de kinésithérapie ou de physiothérapie prévues dans la nomenclature des prestations de santé ou des prestations de logopédie prévues dans la nomenclature de rééducation fonctionnelle, l'établissement doit veiller à la bonne coordination sur le plan thérapeutique des deux prises en charge.

§ 7. En ce qui concerne le bénéficiaire qui, pour une même maladie ou un même trouble, a déjà été pris en charge dans un autre hôpital, centre de rééducation fonctionnelle ou service de physiothérapie, il revient à l'instance de renvoi de communiquer toutes les informations utiles concernant les prestations effectuées en son sein au centre conventionné. Il est attendu du bénéficiaire qu'il informe le centre des soins reçus pour la même maladie ou le même trouble. Dans la mesure du possible, l'organisme assureur du bénéficiaire fera savoir au centre, à sa demande, si le bénéficiaire, pour une même maladie ou un même trouble, a déjà demandé soit une rééducation fonctionnelle conventionnelle, soit une rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire K30-K60.

Article 6. § 1^{er}. A la fin du programme de rééducation fonctionnelle, l'établissement transmettra, le cas échéant, au médecin qui a envoyé le bénéficiaire une copie du bilan final de la rééducation. Ce bilan doit comprendre un résumé de la rééducation effectuée, mentionner les résultats obtenus et fournir au(x) médecin(s) concerné(s) les éléments nécessaires afin de sauvegarder ces résultats et de les prolonger.

§ 2. Ce bilan final doit être expliqué (entre autres par des conseils de réintégration ...) au bénéficiaire et/ou à ses proches par les principaux intervenants de l'équipe multidisciplinaire de rééducation, parmi lesquels doit figurer un médecin spécialiste en réadaptation.

NATURE ET PRIX DES PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

Article 7. § 1^{er}. La présente convention fixe pour les diverses interventions de l'équipe de rééducation fonctionnelle par vingt-quatre heures un prix forfaitaire, le forfait dit de rééducation, qui comprend notamment :

-les prestations des médecins de l'établissement, en particulier lorsqu'il s'agit :

1. d'un bilan périodique à caractère fonctionnel et d'un contrôle d'évolution;
2. des entretiens avec les familles et l'entourage social;
3. de la direction des réunions de staff et la coordination de l'équipe thérapeutique;
4. des rapports afférents aux points 1, 2 et 3 ci-dessus.

-les prestations des kinésithérapeutes, auxiliaires paramédicaux et des psychologues, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux.

En plus de ces forfaits de rééducation fonctionnelle, l'établissement peut, sauf si c'est spécifié ultérieurement de manière différente, porter en compte soit une prestation de kinésithérapie, soit une prestation de logopédie, soit une prestation thérapeutique de physiothérapie, pour laquelle les dispositions de la nomenclature des prestations de santé et de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle doivent être respectées scrupuleusement.

§ 2. Un forfait de rééducation fonctionnelle ne peut être porté en compte conjointement avec une prestation de la nomenclature que si, ce jour-là, il y a eu intervention effective auprès de ce bénéficiaire d'un deuxième prestataire d'une autre discipline, intervention qui peut donner lieu, quant à elle, à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

§ 3. Un seul forfait de rééducation fonctionnelle tel que visé dans la présente convention, entre en ligne de compte pour un remboursement, par jour et par bénéficiaire.

Article 8. L'établissement s'engage à ne pas porter en compte par groupe de maladies ou troubles par programme individuel de rééducation fonctionnelle un nombre de forfaits de rééducation fonctionnelle plus élevé que celui mentionné dans le tableau ci-dessous.

Maladies ou troubles	Nombre maximum de forfaits
<p>GROUPE A2</p> <ul style="list-style-type: none"> - para- ou tétraplégie acquises - lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves 	<p>460 dont 120 forfaits R30-R60 maximum</p>
<p>GROUPE A2BIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	-
<p>GROUPE A4</p> <ul style="list-style-type: none"> - amputation d'un membre supérieur ou inférieur 	195 dont 60 forfaits R30-R60 maximum
<p>GROUPE B3</p> <ul style="list-style-type: none"> - paralysie cérébrale - affections congénitales de la colonne vertébrale et/ou de la moelle épinière - dysmélie et phocomélie 	<p>a) 230 forfaits/an (les 6 années pendant lesquelles les deux forfaits les plus élevés prévus pour ces maladies ou troubles sont facturables) dont 120 forfaits R30-R60 maximum</p> <p>b) 144 forfaits/an (pendant 12 ans)</p>
<p>GROUPE B4</p> <ul style="list-style-type: none"> - myopathies : les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myopathie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune - la mucoviscidose - les troubles locomoteurs et psychologiques graves consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker III et IV - les troubles locomoteurs et psychologiques graves consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III ou IV, éventuellement avec complications neurologiques 	<p>30/mois dont, sur l'ensemble du programme, 120 forfaits R30-R60 maximum</p> <p>60 R30-R60 maximum</p>
Les groupes B3 et B4 après la durée maximale prévue à l'article 5, § 3	100/an
Les groupes A2 et A2bis après la durée maximale prévue à l'article 5, § 3	150/an

Article 9 § 1^{er} Il existe deux types de forfaits de rééducation fonctionnelle:

- a) Un premier type comprend les forfaits R30-R60 qui, à prix identiques, sont valables pour toutes les maladies et tous les troubles. Ces prestations R30-R60 comprennent la rééducation fonctionnelle multidisciplinaire avec une durée de traitement respective de 60 et 120 minutes par séance. La valeur de ces prestations est déterminée par le Comité de l'assurance.
- b) Un second type de "forfaits de rééducation fonctionnelle" comprend des prix et honoraires spécifiques par groupe de maladie(s) ou de troubles:

Maladies ou troubles	PRIX
- para- ou tétraplégie acquises; - lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves;	39,30 euros.
- 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;	39,24 euros
- amputation d'un membre supérieur ou inférieur;	36,59 euros
- paralysie cérébrale; - affections congénitales de la colonne vertébrale et/ou de la moelle épinière - dysmélie et phocomélie	a) 20,58 euros b) 36,07 euros (pendant 9 périodes ininterrompues de 6 mois, dispersées ou non sur les 18 ans prévus) c) 69,41 euros (pendant 3 périodes ininterrompues de 6 mois, dispersées ou non sur les 18 ans prévus)
- myopathies : les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myopathie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune - la mucoviscidose - les troubles locomoteurs et psychologiques graves consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker III et IV consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III ou IV, éventuellement avec complications neurologiques	43,11 euros

Pour les maladies ou troubles retenus à l'article 5, § 2 de la présente convention et pour lesquels une rééducation fonctionnelle au sens de la présente convention, après la durée maximale mentionnée à l'article 5, § 3, est cependant encore requise et est dispensée, ces forfaits sont fixés de manière uniforme à 5,87 euros.

§2. Les forfaits mentionnés aux articles 9, § 1.b., et 10, §4 sont liés à l'indice pivot 113,87 des prix à la consommation au 1^{er} octobre 2004 (base 1996), conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 "organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public". Le tableau reproduit ci-dessous donne un aperçu de la partie indexable fixée ainsi que de la partie non indexable.

Prix à l'indice pivot 113,87 du 1/10/2004 (base 1996)		
partie indexable	partie non indexable	Total forfait
Forfaits de rééducation fonctionnelle Art. 9 § 1.b.		
5,62	0,25	5,87
19,70	0,88	20,58
34,53	1,54	36,07
35,03	1,56	36,59
37,57	1,67	39,24
37,62	1,68	39,30
41,27	1,84	43,11
66,45	2,96	69,41
Forfait rapport de fonctionnement Art. 10 § 4		
121,92	6,42	128,34
199,50	10,50	210,00

PROGRAMME SPECIFIQUE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

Article 10: §1. Dans le cadre de l'article 28, §8 de la nomenclature des prestations de santé, une prestation spécifique de rééducation fonctionnelle est prévue dans la présente convention et elle doit conduire à la rédaction du rapport de fonctionnement visé dans cet article.

§2. Une exception au groupe cible de la présente convention de rééducation fonctionnelle est le groupe cible de ce programme de rééducation fonctionnelle spécifique figurant dans la nomenclature.

§3. Ce rapport de fonctionnement est le résultat de l'étude de l'équipe multidisciplinaire du centre avec interventions obligatoires d'un médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation ou d'un médecin spécialiste disposant d'un certificat complémentaire en réhabilitation pour les affections locomotrices, neuromotrices et neurologiques et d'un ergothérapeute ou kinésithérapeute. L'équipe peut être étendue de manière facultative au médecin de famille, infirmier(e), assistant(e) social(e) ou expert faisant partie de l'entourage du bénéficiaire. Le dispensateur de soins agréé peut être impliqué dans l'évaluation fonctionnelle.

L'évaluation complète entre la demande et la transmission du rapport de fonctionnement au bénéficiaire demande 4 semaines au maximum et se déroule sur une journée, sauf en ce qui concerne la visite à domicile. Autant que possible, toutes les parties de l'évaluation s'effectuent de manière groupée, ce qui limite le plus possible le nombre de déplacements du bénéficiaire vers le centre.

Ce rapport de fonctionnement est transmis au bénéficiaire. Si le bénéficiaire est renvoyé à l'équipe par un bandagiste, le rapport de fonctionnement est également transmis à ce bandagiste renvoyant.

§4. Pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation fonctionnelle, le remboursement s'élève à 128,34 euros. Ce remboursement comprend entre autres:

- les prestations du/des médecin(s) de l'établissement:
 - pour l'exécution et/ou l'accompagnement de l'évaluation fonctionnelle
 - pour la concertation multidisciplinaire avec l'équipe qui a effectué l'évaluation
 - pour la rédaction du rapport de fonctionnement;
 - pour la traduction de ce rapport de fonctionnement au bénéficiaire et/ou son entourage proche, ainsi qu'au bandagiste choisi par le bénéficiaire;
- les prestations des collaborateurs paramédicaux ainsi que des ergothérapeutes;
- une visite à domicile afin d'évaluer l'entourage du bénéficiaire, sauf si l'entourage du bénéficiaire est connu par le centre. Cette visite à domicile doit s'effectuer si le médecin traitant l'a demandé.

Pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, le remboursement est fixé à 210 euros. Ce remboursement comprend entre autres:

- les prestations du/des médecin(s) de l'établissement:
 - pour l'exécution et/ou l'accompagnement de l'évaluation fonctionnelle
 - pour la concertation multidisciplinaire avec l'équipe qui a effectué l'évaluation.
 - pour la rédaction du rapport de fonctionnement;
 - pour la traduction de ce rapport de fonctionnement au bénéficiaire et/ou son entourage proche, ainsi qu'au bandagiste choisi par le bénéficiaire;
- les prestations des collaborateurs paramédicaux ainsi que des ergothérapeutes;
- une visite à domicile afin d'évaluer l'entourage du bénéficiaire, sauf si l'entourage du bénéficiaire est connu par le centre. Cette visite à domicile doit s'effectuer si le médecin traitant l'a demandé.

SUPPLEMENTS ET CUMULS.

Article 11. L'établissement s'engage à ne pas réclamer de supplément au «forfait de rééducation fonctionnelle» fixé dans la présente convention ni en sus des honoraires fixés dans le cadre des conventions ou accords prévus au chapitre V de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le prix des repas et des boissons consommés éventuellement dans l'établissement peut cependant être facturé aux bénéficiaires.

Article 12. § 1^{er} Les consultations au sens de l'article 2, I, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, les prestations techniques médicales au sens de l'article 3, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal précité, les prestations techniques médicales spéciales au sens des articles 10 et suivants de l'annexe à l'arrêté royal précité, les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé au sens de l'article 25, §§ 1^{er} ou 3 de l'annexe à l'arrêté royal précité peuvent, le cas échéant et compte tenu des autres dispositions de la présente convention, être portés en compte pour le bénéficiaire à l'assurance obligatoire.

§ 2. Tant pour les bénéficiaires hospitalisés que pour les bénéficiaires ambulatoires, le remboursement par l'assurance soins de santé du prix d'un «forfait de rééducation» visé dans la présente convention, pour un jour déterminé, exclut le remboursement, pour ce même jour, de toutes les prestations de kinésithérapie, de toutes les prestations thérapeutiques de physiothérapie et de toutes les prestations de logopédie, quels qu'en soient le dispensateur et le lieu où elles sont effectuées, à l'exception, ainsi que le prévoit l'article 7, § 1^{er}, soit de la prestation de kinésithérapie, soit de la prestation de logopédie, soit de la prestation de physiothérapie que l'établissement peut porter en compte en sus du «forfait de rééducation» visé dans la présente convention.

§3. Indépendamment de ce qui est spécifié ailleurs, les honoraires d'une consultation d'un médecin appartenant à l'équipe multidisciplinaire ne peuvent être cumulés avec le prix de la prestation de rééducation fonctionnelle R30-R60. Ce prix de R30-R60 ne peut être cumulé qu'avec l'honoraire d'une prestation de logopédie.

§4. Les honoraires des prestations R30-R60 ne peuvent pas être attestés en même temps ou après des prestations attestées qui appartiennent au second type de "forfaits de rééducation fonctionnelle" (Cf. art. 9) qui sont spécifiques par groupe de maladie(s) ou de troubles, indépendamment du fait que ces prestations soient dispensées dans le même centre de rééducation fonctionnelle ou dans différents centres de rééducation fonctionnelle.

§ 5. Le contractant s'engage à prendre pour les bénéficiaires hospitalisés toutes les mesures utiles, en vue du respect des dispositions des §§ 1, 2 et 3. De plus, il avertira les bénéficiaires non hospitalisés par écrit que certaines prestations ne peuvent plus lui être remboursées pour les jours où il fait appel à l'établissement.

DISPOSITIONS MEDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES.

Article 13. La rééducation d'un bénéficiaire ne peut être prise en considération pour le remboursement par l'assurance soins de santé que lorsque le Collège des médecins-directeurs a émis un avis favorable au sujet de la prise en charge de la rééducation du bénéficiaire.

Seuls les «forfaits de rééducation» visés dans la présente convention, qui ont effectivement été attestés dans la période de rééducation admise par le Collège des médecins-directeurs, sont pris en considération pour un remboursement en respectant les modalités supplémentaires fixées par ce Collège.

Article 14. § 1^{er}. Une demande de prise en charge de la rééducation par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite par le bénéficiaire conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'établissement s'engage à assister le bénéficiaire lors de l'introduction des demandes.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1^{er} prévoit, entre autres, que le bénéficiaire doit introduire la demande de prise en charge au moyen du modèle approuvé par le Comité de l'assurance. Le rapport médical qui doit être joint en annexe au formulaire de demande, doit être rédigé par un médecin spécialiste en réadaptation et doit entre autres comprendre un rapport diagnostique, la période de rééducation demandée et le contenu prévu de la rééducation.

Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment imposer un modèle pour l'établissement de ce rapport médical.

Pour une demande de prolongation, le rapport médical susmentionné doit décrire les résultats déjà obtenus grâce à la rééducation multidisciplinaire et doit contenir tous les éléments démontrant clairement que la rééducation multidisciplinaire est encore nécessaire pendant la période de prolongation demandée, pour atteindre le but déterminé initialement.

Article 15. § 1^{er}. La partie restante d'une période de rééducation admise vient à expiration :

- si l'équipe de rééducation multidisciplinaire décide d'arrêter le programme de rééducation;
- si le bénéficiaire est rééduqué dans un autre établissement avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention;
- si le bénéficiaire est admis dans un autre établissement hospitalier que celui auquel est lié l'établissement;
- si le bénéficiaire est admis dans une maison de soins psychiatrique, une maison de repos et de soins ou une maison de repos pour personnes âgées.

Le bénéficiaire a toutefois la possibilité de demander ultérieurement, après une évaluation, la reprise en charge d'une période de rééducation.

§ 2. Le non-respect des dispositions de l'article 12, § 2, fait expirer automatiquement une période de prise en charge acceptée par le Collège des médecins-directeurs, à partir du jour auquel une prestation a été indûment attestée pour la première fois.

Article 16. L'établissement s'engage à fournir au Collège des médecins-directeurs, toute information demandée pour apprécier des demandes individuelles d'intervention.

A la fin de la rééducation, l'établissement s'engage également à remettre, au Collège des médecins-directeurs par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur compétent, une copie du bilan final tel qu'il est visé à l'article 6.

Article 17. § 1^{er}. Il appartient à l'établissement de prouver par un système d'enregistrement valable par qui et quand chaque «forfait de rééducation» mentionné au registre visé au § 1^{er} et porté en compte a été presté.

L'établissement s'engage à rembourser les prestations de rééducation qui ont été portées en compte à un organisme assureur, et pour lesquelles un médecin-inspecteur du Service du contrôle médical a constaté que l'enregistrement visé ci-dessus ne permet pas de prouver que les prestations portées en compte répondent aux dispositions de la convention.

Par ailleurs, l'établissement s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les «forfaits de rééducation» précités remboursés à un organisme assureur.

§2. L'établissement tient un registre des «forfaits de rééducation» prestés, tels que visés à la présente convention. Dans un même registre sont également repris les trois types de prestations mentionnées à l'article 7, §1, alinéa 2 (prestations de kinésithérapie, de logopédie et de physiothérapie). Ce registre doit mentionner l'identité du bénéficiaire. Ce registre doit être complété journalièrement avant l'heure de fermeture de l'établissement.

Sur la base des données contenues dans le registre et mentionnées ci-dessus, l'établissement établit ses chiffres de production (c'est-à-dire le nombre de prestations dispensées, par type, multiplié par leur prix respectif). Avant la fin du mois qui suit le dernier mois de chaque trimestre, l'établissement transmet les chiffres de production concernant ce trimestre au moyen de l'application informatique fournie à cet effet par le Service des soins de santé. Cette application mentionne toutes les prestations qui peuvent être remboursées dans le cadre de la convention, avec leur définition, leur prix et leur pseudo-code.

L'établissement désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Elle transmet ses données personnelles (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé de l'INAMI et informe également le Service de toute modification au niveau de ces données personnelles.

L'établissement s'engage, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, à soumettre tous les documents nécessaires pour étayer les chiffres de production fournis. La fourniture délibérée de chiffres de production erronés entraîne la suspension immédiate des paiements par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

Si les chiffres de production ne sont pas envoyés avant la fin du second mois qui suit la fin du trimestre, l'établissement sera rappelé à ses obligations par courrier recommandé. Si les chiffres de production n'ont toujours pas été envoyés 30 jours calendrier après l'envoi du courrier recommandé, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l'INAMI et l'établissement) sont suspendus d'office jusqu'à ce qu'il ait satisfait à cet engagement.

§ 3. L'établissement se déclare prêt à assurer les obligations contenues dans cet article par un système de support magnétique selon les modalités fixées par le Service des soins de santé de l'INAMI.

Article 18. L'établissement s'engage à facturer directement aux organismes assureurs les «forfaits de rééducation», les prestations visées à l'article 7, § 1, 2^{ième} alinéa et les prestations visées à l'article 11, § 1^{er}. Le Comité de l'assurance peut à tout moment imposer un modèle pour l'établissement de la facture. L'établissement transmettra également les données de facturation par support magnétique à l'organisme assureur qui en fera la demande.

Sur cette facture sont également indiqués, à titre d'information, tous les montants facturés au bénéficiaire par l'établissement pour des services étrangers à la rééducation fonctionnelle.

Une copie de cette facture doit être remise au bénéficiaire ou à son tuteur légal.

Article 19. Les recettes et les dépenses résultant des activités de l'établissement doivent être mentionnées dans la comptabilité que l'établissement hospitalier lié à l'établissement tient sur la base du plan comptable minimum normalisé pour les hôpitaux (A.R. 14.08.1987). Les activités de l'établissement doivent donc être considérées comme une rubrique de frais et de recettes qui permet de contrôler le coût et le produit des activités en question. Les pièces justificatives des recettes et des dépenses relatives à ces activités doivent être conservées pendant le délai légal.

L'établissement hospitalier auquel est lié l'établissement s'engage à donner accès à sa comptabilité, à tous les délégués du Service des soins de santé ou des organismes assureurs, pour leur permettre d'exercer un contrôle sur les activités de l'établissement.

PERSONNEL.

Article 20. § 1^{er}. L'établissement dispose d'une équipe de rééducation multidisciplinaire propre.

§ 2. L'établissement s'engage à fournir annuellement au Service des soins de santé, avant la fin du mois de février, un relevé de tous les membres du personnel qui au cours de l'année comptable précédente, faisaient partie de l'équipe de rééducation, en y mentionnant le nom, la fonction exercée, la période et le nombre d'heures par semaine que le membre du personnel a prestées cette année-là, dans l'établissement. Le Service des soins de santé peut imposer à tout moment un modèle pour l'établissement de ce relevé.

Article 21. L'établissement s'engage à rémunérer son propre personnel au moins aux mêmes barèmes que ceux qui sont appliqués pour le personnel travaillant dans l'hôpital auquel est lié l'établissement.

ENTREE EN VIGUEUR - DUREE.

Article 22. L'établissement s'engage à prendre toutes les mesures utiles en matière de protection contre l'incendie; à cet effet il sera en contact permanent avec un service d'incendie compétent et exécutera sans délai les mesures et travaux imposés par ce dernier.

Article 23. Afin de garantir la qualité de la rééducation, l'établissement s'engage à informer chaque membre du personnel et chaque bénéficiaire de toutes les dispositions de la présente convention qui sont susceptibles de l'aider à remplir sa tâche au sein de l'établissement, en conformité avec les dispositions de la convention.

L'établissement fournira au moins à chaque membre du personnel, le texte des articles 3 à 11 inclus de la présente convention.

Article 24. L'établissement s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. ou au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toute information demandée en vue du contrôle du respect de la présente convention sur le plan thérapeutique et financier ou, de la gestion générale des conventions de rééducation fonctionnelle. L'établissement s'engage également à permettre à tout délégué de l'I.N.A.M.I. ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'il juge utiles à cet effet.

Article 25. § 1^{er}. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du 1^{er} juillet 2005, à l'exception des prestations R30-R60 dont la valeur entrera en application au moment où la quote-part personnelle pour cette prestation entrera en vigueur par AR spécifique, et à l'exception de l'article 10 qui entrera en application à la date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé pour l'entrée en vigueur de la liste des produits admis au remboursement, établie en application de l'article 28, §8, de la nomenclature, et remplacée par l'arrêté royal du 12 janvier 2005.

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au 30 juin 2007, mais peut toujours être résiliée par une des parties par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie en tenant compte d'un délai de préavis de 3 mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 26 : §1^{er}. Le pouvoir organisateur s'engage, pour tous les bénéficiaires atteints d'une maladie ou d'un trouble spécifié à l'article 3, §2 et qui entrent en ligne de compte pour une rééducation fonctionnelle dans le cadre de cette convention , à ne porter en compte aucun K30-K60, et à déduire des nombres prévus à l'article 8 les prestations K30-K60 éventuellement déjà reçues par les bénéficiaires concernés pour la même maladie ou le même trouble. A cette fin, le pouvoir organisateur entreprend en interne toutes les démarches réglementaires et organisationnelles nécessaires.

§2. S'il est constaté pour le bénéficiaire concerné, soit qu'une prestation K30-K60 a été attestée soit qu'il n'a pas été tenu compte de la déduction visée ci-dessus des prestations prévues à l'article 8, et ce à plusieurs reprises, le Comité de l'assurance résilie la présente convention dans le délai fixé à l'article 25, §2. En l'espèce, l'asbl cocontractante assume toute responsabilité pour les conséquences de sa négligence, notamment au niveau des bénéficiaires et du personnel.