

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

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 ».

OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er}. La présente convention détermine notamment les conditions en matière des bénéficiaires et du centre de référence en IMOC au sens de la convention, les prestations remboursables prévues ainsi que les montants et les modalités de paiement des prix et honoraires de celles-ci. Elle décrit également les relations entre les différentes parties impliquées dans la conclusion et la mise en application de cette convention, à savoir le pouvoir organisateur, le centre de référence en IMOC, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé tels que définis à l'Art. 2 et leurs référants éventuels, le réseau de structures de soins duquel le centre de référence en IMOC est le pivot, les organismes assureurs et le Service des soins de santé de l'INAMI.

BENEFICIAIRES AU SENS DE LA CONVENTION

Art. 2. § 1^{er}. Les bénéficiaires au sens de la présente convention sont :

1. des enfants de 2 à 8 ans inclus avec une infirmité motrice d'origine cérébrale (indiquée ci-après comme 'IMOC'), c'est-à-dire avec des troubles du mouvement et de la position causés par une encéphalopathie non évolutive qui s'est manifestée de façon congénitale ou dans les 2 premières années après la naissance, quelle qu'en soit la pathologie sous-jacente ou le trouble les provoquant.

2. Toutes les personnes âgées de > 8 ans, également des adultes, avec l'IMOC décrite en 1.
3. Des enfants de < 2 ans ou éventuellement aussi des personnes plus âgées avec des troubles du mouvement et de la position probablement causés par une IMOC décrite en 1. En règle générale ces personnes sont adressées par écrit au centre de référence en IMOC par un médecin spécialiste qui envisage le diagnostic d'IMOC. Le médecin généraliste du bénéficiaire peut aussi assurer l'envoi écrit s'il envisage le diagnostic d'IMOC.

§ 2. Les troubles du mouvement et de la position mentionnés au § 1^{er} du présent article peuvent s'accompagner ou non de troubles concomitants (cognitifs, psychiques, alimentaires, communicatifs, visuels...) qui contribuent à entraver le développement du bénéficiaire et/ou son intégration maximale dans la famille et le milieu.

BUT DE CETTE CONVENTION

Art. 3. § 1. Cette convention a pour but de permettre pour chaque bénéficiaire décrit à l'Art. 2 qui est vu pour la première fois dans le centre de référence en IMOC l'élaboration d'un bilan diagnostique et fonctionnel le plus complet possible sur base de données objectives. Ce bilan est élaboré par l'équipe du centre de référence en IMOC visée à l'Art. 5, § 2. Dans ce but elle collabore autant que possible avec le médecin par lequel le bénéficiaire a éventuellement été référé et avec les éventuelles personnes et structures auxquelles il faisait déjà appel auparavant en ce qui concerne ses troubles. Aussi utilise-t-elle pour cela autant que possible des données anamnestiques et objectives qui peuvent être obtenues via cette collaboration ou sur base d'examen déjà effectués au préalable et qui ne doivent pas nécessairement être répétés.

En cas d'IMOC, le centre de référence en IMOC formule alors – sur base de ce bilan diagnostique et fonctionnel et en tenant compte du contexte social dans lequel le bénéficiaire fonctionne et des personnes et structures auxquelles il faisait déjà appel – de façon optimale les buts accessibles à chaque bénéficiaire et lui trace un plan de traitement et de rééducation. Celui-ci est communiqué au bénéficiaire et/ou à son représentant légal, à l'éventuel médecin référant et aux personnes et structures susvisées, avec, au besoin, copie au médecin généraliste.

§ 2. Ultérieurement, les résultats du plan de traitement et de rééducation sont aussi régulièrement évalués objectivement dans le centre de référence en IMOC. Si nécessaire, le plan de traitement et de rééducation est adapté. Tout cela se fait en concertation avec et éventuellement à la demande de la famille et du milieu dans lequel le bénéficiaire fonctionne, des personnes qui le traitent et le rééduquent au quotidien et/ou du bénéficiaire lui-même.

§ 3. S'il le faut, le centre de référence en IMOC donne aussi un avis ponctuel au bénéficiaire, à sa famille ou à ceux qui le rééduquent au quotidien, au sujet de l'utilisation de l'aide à la communication, de la chaise roulante et/ou des aides pour les actes de la vie quotidienne les plus adaptées, au sujet d'adaptations au domicile ou au sujet d'un éventuel autre problème ponctuel en rapport avec l'IMOC, qui nécessite son avis autorisé.

Art. 4. Il faut donc souligner que le centre de référence en IMOC est sensé fonctionner en tant que pivot d'un réseau de structures de soins pour patients présentant une IMOC, tel que décrit à l'Art. 17 de cette convention.

Cette convention ne vise donc pas des prestations concurrentielles mais en premier lieu conseillères, coordonnant les soins et complémentaires par rapport aux possibilités de diagnostic, d'évaluation, de traitement et de rééducation existantes au sein et en dehors de l'INAMI, auxquelles le bénéficiaire et sa famille faisaient et font appel ou pourraient le faire. Elle vise à favoriser leur utilisation la plus rationnelle et effective possible pour chaque bénéficiaire, en fonction de ses

besoins initiaux et de son potentiel, de son âge et de son évolution ultérieure.

LE CENTRE DE RÉFÉRENCE EN IMOC AU SENS DE CETTE CONVENTION

Art. 5. § 1^{er}. Le centre de référence en IMOC au sens de cette convention est, en tant que pivot d'un réseau de structures de soins pour patients IMOC, une entité fonctionnelle au sein (du site) de l'hôpital, spécialisée en IMOC et clairement identifiable et reconnaissable en tant que telle pour toute personne extérieure concernée. 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 IMOC remplit les conditions mentionnées aux §§ 2, 3, 4, 5 et 6 de cet article.

§ 2. L'équipe du centre de référence en IMOC, 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
- 1 autre médecin spécialiste en neurologie, avec une expérience pratique relative aux patients adultes présentant une IMOC, et/ou 1 médecin spécialiste en physiothérapie et rééducation, avec une expérience pratique relative aux patients présentant une IMOC
- 1 médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et avec une expérience pratique dans la chirurgie chez les patients présentant une IMOC

Ensemble (l'équiv. de) 45,6 h/sem.
(= 1,2 ETP)

Au moins un de ces médecins a obtenu une spécialisation complémentaire en réadaptation fonctionnelle de handicapés locomoteurs.

Un de ces médecins est désigné en tant que « médecin coordinateur » de toute l'équipe du centre de référence en IMOC.

2) kinésithérapeute(s)..... (l'équiv. de) 38 h/sem.

3) paramédicaux

- ergothérapeute(s), spécialisés en aides diverses, chaises roulantes...
- assistant(s) sociaux
- logopède(s), spécialisés en aides communicatifs.....
- Diététicien(ne)
- Infirm(ier/ière) coordina(teur/trice)

Ensemble (l'équiv. de) 85,5 h/sem.
(= 2,25 ETP)

Dans ces 85,5 h/sem. (= 2,25 ETP) de paramédicaux, au moins 19 h/sem. (= 0,5 ETP) sont prises par le(s) ergothérapeute(s)

4) psychologie

- Psychologue clinicien
et/ ou orthopédagogue
- Et assistant(e) en psychologie

Ensemble (l'équiv. de) 28,5 h/sem.
(= 0,75 ETP)

5) membre du personnel (au moins A1) spécialisé en mécanique de la marche... 19 h/sem.

6) secrétariat

secrétaire(s)..... (l'équiv. de) 38 h/sem.

Durant ces heures susmentionnées cette équipe se consacre exclusivement à des activités dans le cadre de l'IMOC et des problèmes et troubles du développement connexes. Les prestations mentionnées à l'Art. 7 et les traitements mentionnés à l'Art. 10 en font aussi partie. Durant ces heures cette susmentionnées l'équipe ne se consacre donc pas à des activités dans le cadre du traitement 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 IMOC et par le membre du personnel concerné. Ce contrat mentionne explicitement pour chaque membre du personnel concerné le nombre d'h/sem. exclusivement consacrées à des activités dans le cadre de l'IMOC, et leur horaire prévu.

Outre ces membres de l'équipe, dans le centre de référence en IMOC doivent pouvoir être consultées les disciplines médicales suivantes : la cardiologie, la dermatologie, la médecin physique et la rééducation, la gastro-entérologie, la génétique, la gynécologie obstétrique, la médecine interne, la néonatalogie, l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la pneumologie, la psychiatrie, la stomatologie et l'urologie, ainsi qu'un orthopédiste ou bandagiste. Notamment tous les problèmes du développement mental, du langage... doivent ainsi pouvoir être abordés dans le centre de référence en IMOC.

§ 3. La spécialisation et l'expérience en matière d'IMOC que les membres de l'équipe du centre de référence en IMOC ont acquis déjà avant la conclusion de cette convention apparaissent de l'historique du centre et des activités de ses membres de son équipe - avec pour chaque patient présentant une IMOC au moins 2 interventions par un des médecins de l'équipe - pour un nombre de ces patients qui s'élevait à au moins 100 au cours de l'année calendrier précédant la conclusion de la présente convention.

Une fois la convention conclue, le maintien de cette expérience en matière de diagnostic, évaluation, rééducation et traitement de l'IMOC apparaît :

- 1) du fait que par année calendrier complète au cours de la quelle la convention produit ses effets, l'équipe mentionnée au § 2 est intervenue minimum 2 fois auprès de minimum 100 bénéficiaires différents en vue d'une des prestations mentionnées à l'Art. 7;
- 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 de l'IMOC.

§ 4. Le fonctionnement en tant qu'équipe multidisciplinaire des membres du personnel du centre de référence en IMOC prévus au § 2 apparaît entre autres du fait qu'au moins une fois par semaine ils se réunissent durant au moins 1 heure sous la direction du médecin coordinateur et/ou de l'autre médecin ayant obtenu une spécialisation complémentaire en rééducation fonctionnelle de handicapés locomoteurs, 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. Le cas échéant, s'il exécute lui-même l'un des traitements ou interventions mentionnés à l'Art. 10, § 1^{er}, le médecin non appartenant à l'équipe du centre de référence en IMOC, visé à l'Art. 10, §§ 2 et 3, doit également y assister quand le cas du bénéficiaire concerné est discuté.

Des sujets généraux en rapport avec l'IMOC peuvent aussi être à l'ordre du jour d'une réunion d'équipe, en guise d'information et de formation continue.

§ 5. Quant à son infrastructure, le centre de référence en IMOC 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 de la présente convention au profit des bénéficiaires.

§ 6. Le centre de référence en IMOC doit également disposer d'un 'labo de marche' permettant de décrire le mouvement (la marche) d'un bénéficiaire capable de marcher, et de rechercher les causes de ses troubles du mouvement et de la position. Dans ce but le labo de marche est équipé d'appareils d'enregistrement tridimensionnel (3D), soit d'un système d'analyse automatique vidéo en 3D, soit d'un autre système automatique équivalent permettant l'enregistrement en 3D du mouvement. Ce système d'enregistrement du mouvement spécialisé doit être combiné à des caméras vidéo normales qui fournissent une image plus clinique du bénéficiaire. Puis, le labo de marche comporte aussi des appareils de mesure spécifiques capables d'enregistrer toutes les facettes des forces de réaction au sol au cours de la marche (habituellement plates-formes de forces 3D). L'activité musculaire est déterminée au labo de marche de manière objective au moyen d'appareillage EMG (un minimum de 8 canaux est nécessaire pour un enregistrement simultané de plusieurs groupes musculaires) qui permet d'évaluer l'activité de plusieurs groupes musculaires pendant la marche.

Le fonctionnement synchronisé de ces différents systèmes de mesure doit permettre d'établir des liens entre causes et effets, entre divers niveaux (cheville, genou, hanche, bassin) et entre différentes phases de la marche. Cet aperçu des différentes facettes de la marche permet d'opérer une sélection justifiée des groupes musculaires qui sont à l'origine de mouvements pathologiques et qui peuvent entraîner, à un stade ultérieur, des problèmes secondaires défavorables.

Sans préjudice du § 2, 5) du présent Art. et quand il n'est pas utilisé dans le cadre de cette convention, le labo de marche peut également être utilisé dans d'autres indications pour l'examen de la marche.

Art. 6. Lors de sa demande de conclusion d'une convention, le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC 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. 5 sont remplies.

LES PRESTATIONS REMBOURSABLES AU SENS DE CETTE CONVENTION. **DEFINITION, CONTENU, PRIX ET HONORAIRES**

Art. 7. Les prestations pouvant être prises en charge notamment sur base de cette convention par l'assurance obligatoire soins de santé sont :

- 1) pour chaque bénéficiaire vu pour la première fois, l'élaboration d'un plan de traitement et de rééducation sur base d'un bilan diagnostique et fonctionnel, et sa communication personnelle au bénéficiaire et à sa famille, ainsi que, le cas échéant, la communication au moins par écrit au médecin référant et aux autres personnes concernées du réseau de soins autour du bénéficiaire ;
- 2) pour un bénéficiaire pour lequel une prestation mentionnée au 1) ci-dessus a déjà eu lieu, l'évaluation et, le cas échéant, l'adaptation du plan de traitement et de rééducation initialement élaboré, notamment en fonction de l'âge et de l'évolution du bénéficiaire, ainsi que des résultats obtenus, et sa communication personnelle au bénéficiaire et à sa famille, ainsi que, le cas échéant, la communication au moins par écrit au médecin référant et aux autres personnes concernées du réseau de soins autour du bénéficiaire ;
- 3) la fourniture séparée d'un avis ponctuel en matière de :

- a) l'aide communicative la mieux adaptée, si le besoin s'en manifeste,
- b) la chaise roulante la mieux adaptée, si le besoin s'en manifeste,
- c) les éventuels aides nécessaires et les adaptations à utiliser par le bénéficiaire pour les activités de la vie quotidienne dans le milieu dans lequel il fonctionne au quotidien,
- d) tout autre problème ponctuel éventuel relatif à l'IMOC d'un bénéficiaire, pour lequel un avis autorisé est indispensable.

Art. 8. § 1^{er}. Quant à son contenu, chaque prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) comporte toutes les prestations médicales diagnostiques nécessaires pouvant être prises en charge séparément par l'assurance obligatoire soins de santé, effectuées par les médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, pour lesquelles l'indication a été posée en partie sur base des problèmes déjà signalés lors de l'éventuel envoi et d'éventuels examens antérieurs, et toujours sur base d'un premier examen clinique informatif par l'un des médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, 1).

Elle comporte aussi, chez tout bénéficiaire où cela est possible et indiqué, un examen du bénéficiaire dans le labo de marche mentionné à l'Art. 5, § 6, pouvant être pris en charge séparément par l'assurance obligatoire soins de santé.

Elle comporte également l'intervention face au bénéficiaire et/ou sa famille d'au moins 5 autres membres de l'équipe, dont

- 1) un des kinésithérapeutes mentionnés à l'Art. 5, § 2, 2) de la présente convention,
- 2) et au moins deux personnes différentes de deux disciplines différentes parmi les ergothérapeute(s), logopède(s), infirmière coordinatrice ou diététicien(ne) mentionnés à l'Art. 5, § 2, 3) de la présente convention,
- 3) et un (des) assistant(s) social/sociaux mentionné(s) à l'Art. 5, § 2, 3) de la présente convention,
- 4) et minimum une des personnes mentionnées à l'Art. 5, § 2, 4) de cette convention.

Enfin, elle comporte le rassemblement des constats de toutes les personnes qui sont intervenues auprès d'un bénéficiaire et la discussion à l'occasion d'une des réunions d'équipe mentionnées à l'Art. 5, § 4, suite à laquelle est élaboré par écrit sous la responsabilité d'un des médecins du centre de référence en IMOC un plan de traitement et de rééducation pour le bénéficiaire. Sans préjudice des dispositions de l'Art. 10, §§ 2 et 3, lors d'un contact personnel face au bénéficiaire et/ou sa famille, celui-ci leur est expliqué et leur est, le cas échéant, remis aussi par écrit pour le médecin référant et aux autres personnes concernées faisant partie du réseau de soins autour du bénéficiaire. Le cas échéant, un exemplaire est aussi adressé au médecin généraliste du bénéficiaire, si ce dernier ou sa famille le souhaite.

§ 2. Toutes les composantes de la prestation entière dont le contenu est décrit au § 1^{er}, non encore remboursables en vertu de la nomenclature ou d'un autre système d'intervention réglementaire, comprises entre son début (l'envoi éventuel du bénéficiaire ou sa première prise de contact spontanée) et sa fin (le contact personnel face à lui-même et/ou sa famille au cours duquel le plan de traitement et de rééducation élaboré aussi par écrit leur est expliqué) prennent – y compris le travail de secrétariat par le personnel mentionné à l'Art. 5, § 2, 6) – au minimum 6 heures pour chaque bénéficiaire et en moyenne 8 heures pour l'ensemble des bénéficiaires vu au cours d'une année calendrier.

Toute la prestation, entre son début et sa fin, prend au total une période de 3 mois au maximum.

Toutes les composantes de la prestation sont effectuées autant que faire se peut de façon groupée, de sorte à limiter autant que possible le nombre de déplacements au Centre de référence en IMOC pour le bénéficiaire et/ou sa famille.

Art. 9. § 1^{er}. Quant à son contenu, chaque prestation mentionnée à l'Art. 7, 2) comporte toutes les prestations médicales diagnostiques nécessaires pouvant être prises en charge séparément

par l'assurance obligatoire soins de santé, effectuées par les médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, pour lesquelles l'indication a été posée en partie sur base des problèmes déjà signalés lors de l'éventuel envoi et d'éventuels examens antérieurs, et toujours sur base d'un premier examen clinique informatif par l'un des médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, 1) (= le début de la prestation).

Elle peut aussi comporter un examen du bénéficiaire dans le labo de marche mentionné à l'Art. 5, § 6, pouvant être pris en charge séparément par l'assurance obligatoire soins de santé.

Elle comporte également toutes les interventions nécessaires face au bénéficiaire et/ou sa famille d'au moins deux autres membres différents de l'équipe, appartenant à deux disciplines différentes mentionnées à l'Art. 5, § 2, 2), 3) ou 4) de cette convention.

Enfin, elle comporte le rassemblement des constats de toutes les personnes qui sont intervenues auprès d'un bénéficiaire et la discussion à l'occasion d'une des réunions d'équipe mentionnées à l'Art. 5, § 4, suite à laquelle est élaborée par écrit sous la responsabilité d'un des médecins du centre de référence en IMOC (en règle générale le médecin coordinateur) une évaluation et, au besoin, une adaptation du plan de traitement et de rééducation pour le bénéficiaire. Sans préjudice des dispositions de l'Art. 10, §§ 2 et 3, lors d'un contact personnel face au bénéficiaire et/ou sa famille, celui-ci leur est expliqué (= la fin de la prestation) et leur est, le cas échéant, remis aussi par écrit pour le médecin référant et aux autres personnes concernées faisant partie du réseau de soins autour du bénéficiaire. Le cas échéant, un exemplaire est aussi adressé au médecin généraliste du bénéficiaire, si ce dernier ou sa famille le souhaitent.

§ 2. Toutes les composantes de la prestation entière, dont le contenu est décrit au § 1^{er}, non encore remboursables en vertu de la nomenclature ou d'un autre système d'intervention réglementaire, entre son début et sa fin, prennent – y compris le travail de secrétariat par le personnel mentionné à l'Art. 5, § 2, 6) – au minimum 3 heures pour chaque bénéficiaire et en moyenne 4 heures pour l'ensemble des bénéficiaires vus pour cette prestation au cours d'une année calendaire.

Entre le début et la fin de la prestation, il se passe une période de 2 mois au maximum.

Toutes les composantes de la prestation sont effectuées autant que faire se peut de façon groupée, de sorte à limiter autant que possible le nombre de déplacements au Centre de référence en IMOC pour le bénéficiaire et/ou sa famille.

Art. 10. § 1^{er}. Sans préjudice de l'Art. 4 de la présente convention, le cas échéant, si un bilan diagnostique et fonctionnel mentionné à l'Art. 7 dont le contenu est décrit à l'Art. 8, ou une évaluation ultérieure mentionnée à l'Art. 7 dont le contenu est décrit à l'Art. 9 faisait apparaître qu'un des traitements ou interventions suivants est indiqué chez un bénéficiaire :

- a) un traitement à la BTxA,
- b) un traitement par pompe à baclofen
- c) une rhizotomie dorsale
- d) une ou plusieurs interventions chirurgicales correctrices,

celui-ci doit toujours pouvoir être effectué par l'un des médecins mentionnés à l'Art. 5, § 2, dans le (site de l'hôpital du) centre de référence en IMOC même. Egalement toute préparation et tous les soins ultérieurs autour d'un de ces traitements ou interventions susmentionnés chez un bénéficiaire sont coordonnés par le centre de référence en IMOC et doivent pouvoir être effectués dans le (site de l'hôpital du) centre.

§ 2. Le traitement à la BTxA visé au § 1^{er} pour lequel l'indication a été posée et toutes les modalités ont été fixées au sein du centre de référence en IMOC - toujours dans le plein respect des dispositions de la réglementation en la matière, en vigueur au moment de son exécution – peut éventuellement aussi être effectué en dehors du centre de référence en IMOC, soit par un médecin appartenant à l'équipe visée à l'Art. 5, § 2 de la présente convention qui se déplace à cette fin dans une autre institution où le bénéficiaire est pris en charge au quotidien, soit par un médecin propre de l'institution précitée. Dans ce dernier cas, l'institution susvisée doit toujours

faire partie du réseau de structures de soins visé à l'Art. 17 et son propre médecin précité qui effectue le traitement est alors tenu de respecter toutes les modalités convenues en matière de traitement et de soins l'entourant, à l'occasion d'une réunion d'équipe visée à l'Art. 5, à laquelle il a aussi participé,

§ 3. Egalement si exceptionnellement un traitement ou une intervention visé au § 1^{er}, b), c) ou d) n'était pas exécuté au sein (du site de l'hôpital) du centre de référence en IMOC par un médecin faisant partie de l'équipe visée à l'Art. 5, § 2, 1) de cette convention, pour ce traitement ou intervention les mêmes conditions sont valables que celles citées déjà au § 2 pour le traitement à la BTxA exécuté hors du centre de référence en IMOC.

Art. 11. Le contenu de chaque prestation mentionnée à l'Art. 7, 3) comporte, outre toutes les consultations ou autres prestations médicales séparément remboursables, effectuées par des médecins du centre de référence en IMOC et des médecins consultants, l'intervention d'un (des) membre(s) du centre de référence en IMOC, spécialisé(s) cités à l'Art. 5, § 2, 2), 3) ou 4). Le cas échéant, (l'un de) ceux-ci effectue(nt) à cette fin une visite au domicile du bénéficiaire.

La prescription même du ou des aides et adaptations ou la remise même de l'avis est effectuée par le médecin coordinateur du centre de référence en IMOC après concertation avec le(s) membre(s) de l'équipe concerné(s). L'ensemble de la prestation, entre la demande et la remise de la prescription ou de l'avis au bénéficiaire et/ou à sa famille, prend au maximum 4 semaines. Toutes les composantes de la prestation sont effectuées autant que faire se peut de façon groupée, de sorte à limiter autant que possible le nombre de déplacements au Centre de référence en IMOC pour le bénéficiaire et/ou sa famille.

Art. 12. § 1^{er}. Le médecin coordinateur et les autres membres de l'équipe du centre de référence en IMOC s'engagent à éviter que dans le cadre d'une des prestations mentionnées à l'Art. 7, tous les examens déjà effectués par le médecin spécialiste référant éventuel ou par le médecin spécialiste extérieur au centre, visé à l'Art. 10, §§ 2 et 3, soient répétés inutilement. Si besoin en est, les résultats de ces examens déjà effectués sont demandés par écrit par le médecin coordinateur du centre de référence en IMOC à l'autre médecin concerné. Le cas échéant, ces résultats sont conservés dans le dossier médical du bénéficiaire au centre de référence en IMOC.

§ 2. Une fois que le bénéficiaire a obtenu une prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) et décrite à l'Art. 8 quant à son contenu, aucune intervention de l'assurance soins de santé obligatoire n'est plus possible pour une telle prestation effectuée dans le centre de référence en IMOC ni dans un autre centre de référence avec une même convention et ce, au cours de l'année calendrier de sa fin et au cours des 2 années calendrier qui la suivent.

§ 3. Une fois que le bénéficiaire a obtenu une prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) et décrite à l'Art. 8 quant à son contenu et qu'il a obtenu pour elle une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, au maximum 1 fois par année calendrier au cours de laquelle la prestation décrite à l'Art. 8 a été achevée et au maximum 2 fois au cours de toute autre année calendrier, une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire est possible pour une prestation mentionnée à l'Art. 7, 2) et décrite à l'Art. 9 quant à son contenu, effectuée dans le centre de référence en IMOC ou dans un autre centre de référence avec une même convention.

En outre, pour un même bénéficiaire au moins 3 mois se passent entre la fin d'une prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) et décrite à l'Art. 8 quant à son contenu et le début d'une prestation mentionnée à l'Art. 7, 2) et décrite à l'Art. 9 quant à son contenu, remboursable par l'assurance soins de santé obligatoire. Pour un même bénéficiaire également au moins 3 mois se passent entre la fin d'une prestation décrite à l'Art. 9, remboursable par l'assurance soins de santé obligatoire et le début d'une autre prestation décrite à l'Art. 9, remboursable par l'assurance soins de santé obligatoire.

Pour un même bénéficiaire au moins 6 mois se passent entre une prestation remboursable par l'assurance soins de santé obligatoire décrite à l'Art. 11 et la fin d'une des prestations remboursables par l'assurance soins de santé obligatoire décrites à l'Art. 8 ou à l'Art. 9.

§ 4. Le médecin coordinateur et les autres membres de l'équipe du centre de référence en IMOC s'engagent à mettre au courant par écrit chaque bénéficiaire des limitations quantitatives en matière de nombre de prestations, mentionnées aux §§ 2 jusqu'à 4 y compris de cet article. En guise d'accusé de réception de cette information, le bénéficiaire signe un double qui est conservé au centre de référence en IMOC.

Si la demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour des prestations mentionnées à l'Art. 7 est demandée au moins 4 semaines avant le début de la première prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) ou à l'Art. 7, 3), par l'intermédiaire du centre de référence en IMOC, les organes compétents de l'assurance obligatoire soins de santé s'engagent à avertir, le cas échéant, le centre de référence en IMOC que le bénéficiaire concerné dispose déjà d'un accord en cours dans un autre centre de référence en IMOC, sans mentionner lequel.

Art. 13. § 1^{er}. Les montants des prix et honoraires forfaitairement fixés en fonction de cette convention pour les prestations mentionnées à l'Art. 7 sont :

Prestation mentionnée à	Montants des prix et honoraires		
	Totaux (= 100%)	Partie indexable (= 95%)	Partie non indexable (= 5%)
L'Art. 7, 1)	€ 542,74	€ 515,60	€ 27,14
L'Art. 7, 2)	€ 271,37	€ 257,80	€ 13,57
L'Art. 7, 3), a), b), c) et d)	€ 128,34	€ 121,92	€ 6,42

Ces prix et honoraires couvrent les frais pour :

- toutes les interventions directes et indirectes au sein et éventuellement en dehors du centre de référence en IMOC, 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 ;
- le travail en équipe de toutes les personnes du centre de référence en IMOC intervenant auprès d'un bénéficiaire et le travail administratif y lié, pour l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7,
- 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.

Pour information le calcul détaillé des prix et honoraires susmentionnés se trouve en annexe 3 à la convention.

§ 2. Seule la partie indexable mentionnée au § 1^{er} des montants y figurant est liée à l'indice pivot 111,64 du 1^{er} 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^{er} mars 1977 portant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

§ 3. Si les prestations mentionnées à l'Art. 7, 1) et 2) étaient suivies d'un des traitements spécialisés mentionnés à l'Art. 10 exécuté dans le centre de référence en IMOC même, ainsi que de la préparation et des soins continus en la matière également effectués dans le centre de référence en IMOC, elles sont cumulables dans le chef du centre de référence en IMOC.

§ 4. Au cas où le médecin spécialiste référant éventuel et/ou le médecin généraliste du bénéficiaire et/ou le médecin visé à l'Art. 10, §§ 2 et 3 non appartenant à l'équipe du centre de référence en IMOC mentionnée à l'Art. 5, § 2 participeraient à une réunion d'équipe, pour chacun d'eux le centre peut facturer une fois par participation un honoraire de 68,63 euros à l'assurance obligatoire soins de santé, qui doit cependant être versé intégralement au(x) médecin(s) concerné(s).

Egalement au cas où un kinésithérapeute visé à l'Art. 17, § 4, travaillant en première ligne et qui n'appartient pas à l'équipe du centre de référence en IMOC mentionnée à l'Art. 5, § 2 participerait à une réunion d'équipe, le centre peut facturer une fois par participation un honoraire de 31,31 euros à l'assurance obligatoire soins de santé, qui doit cependant être versé intégralement au kinésithérapeute concerné.

Ces montants sont liés à l'indice pivot 111,64 du 1^{er} juin 2003 (base 1996) des prix à la consommation et sont adaptés conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 portant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

Art. 14. Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à veiller à ce que jamais aucun des prestataires de soins du centre ou de l'hôpital auquel est rattaché ce dernier ne demande une intervention ou supplément que ce soit pour les prestations prévues dans la présente convention, ni un supplément aux honoraires dus pour le diagnostic, le traitement et la rééducation des bénéficiaires visés à l'Art. 2.

Art. 15. § 1^{er}. Conformément aux dispositions de l'AR du 5 mars 1997, modifié par l'AR du 15 septembre 1997, fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation, pour chaque bénéficiaire hospitalisé les dispositions reprises dans cet arrêté sont applicables, sans que chaque prix mentionné à l'Art.13 et facturé à son organisme assureur doive encore être diminué additionnellement du montant prévu par l'AR susmentionné.

§ 2. Conformément aux dispositions de l'AR du 29 avril 1996, modifié par l'AR du 12 février 1999, portant fixation du montant de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'Art. 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, pour chaque bénéficiaire ambulatoire chaque prix mentionné à l'Art. 13, porté en compte à son organisme assureur doit être diminué du montant prévu à l'AR susmentionné.

MODALITES DE FONCTIONNEMENT PROPRES AU CENTRE DE RÉFÉRENCE EN IMOC AU SENS DE CETTE CONVENTION.

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

Ce fonctionnement effectif comme centre de référence pour ces « externes » est également démontré par le fait qu'à partir de l'année d'entrée en vigueur de cette convention et ensuite chaque année calendrier complète suivante, le centre de référence en IMOC n'effectue la prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) pour chaque bénéficiaire mentionné à l'Art. 2, § 1er, 3) que sur renvoi de l'extérieur.

Art.17. Le centre de référence en IMOC est également censé fonctionner effectivement comme pivot d'un réseau de structures de soins pour des patients présentant une IMOC.

En guise de preuve de cette fonction en tant que pivot et sans préjudice du libre choix du bénéficiaire et du médecin référant éventuel en ce qui concerne les personnes et/ou institutions qui s'occupent (s'occuperont) ensuite au quotidien de la rééducation ultérieure et du suivi du bénéficiaire après qu'il a reçu l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7 de cette convention, lors de la demande de conclusion de cette convention, le centre de référence en IMOC doit présenter un contrat écrit entre, d'une part, son médecin coordinateur et un responsable compétent pour engager son pouvoir organisateur et, d'autre part, le(s) responsable(s) respectif(s) compétents pour engager les instances ou personnes suivantes en vue d'une collaboration prompte et facile au profit de chaque bénéficiaire leur adressé par le centre de référence en IMOC :

- 1) Avec au moins une institution subsidiée par les Régions/Communautés pour l'accueil et l'hébergement de patients présentant un IMOC ;
- 2) Avec au moins un établissement avec une convention de rééducation conclue avec le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI par laquelle principalement la rééducation locomotrice de bénéficiaires présentant une IMOC est prévue ;
- 3) Avec au moins un établissement avec une convention de rééducation conclue avec le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI par laquelle, outre la rééducation locomotrice, aussi la rééducation psychique éventuellement nécessaire de bénéficiaires présentant une IMOC est prévue ;
- 4) Avec au moins trois kinésithérapeutes travaillant en première ligne, que le centre de référence en IMOC estime suffisamment compétents pour le traitement de patients présentant une IMOC.

Puis, lors de la demande de conclusion de cette convention – encore sans préjudice du libre choix du bénéficiaire et du médecin référant éventuel – le centre de référence en IMOC doit également démontrer qu'il est à même de référer le cas échéant le bénéficiaire pour l'obtention facile d'un éventuel appareillage de communication, d'une chaise roulante ou d'autres aides ou adaptations adéquates pour ses actes de la vie quotidienne.

Art. 18. Pour chaque bénéficiaire chez lequel il a effectué l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7, le centre de référence en IMOC 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 ;
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 IMOC 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) Copie de l'information écrite visée à l'Art. 12, § 4, premier alinéa, contresignée par le bénéficiaire ;
- 4) Les conclusions des réunions d'équipe concernant le bénéficiaire ;
- 5) Copie de chaque plan de traitement et de rééducation élaboré par écrit, visé à l'Art. 8, § 1^{er}, de chaque évaluation et adaptation éventuelle de ce plan de traitement et de rééducation, élaborée par écrit, visées à l'Art. 9, § 1^{er}, et de chaque prescription ou avis visé à l'Art. 11.

Art. 19. § 1^{er}. Le centre de référence en IMOC tient un registre de toutes les prestations effectuées et portées en compte, mentionnées à l'Art. 7 et décrites aux Art. 8, 9 et 11.

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. 5, § 2, 1) jusqu'à 5) 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, membre de l'équipe et du/des médecin(s) « externe(s) » éventuel(s).

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

Ce registre reste au centre de référence en IMOC 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.

Art. 20. § 1^{er}. Afin de permettre que le Service des soins de santé de l'INAMI vérifie si le centre de référence en IMOC répond aux dispositions de l'Art. 5, § 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 effectué au cours de l'année calendrier complète précédente l'une des prestations mentionnées à l'Art. 7.

Par bénéficiaire le centre de référence en IMOC y mentionne :

- 1) Toutes les prestations mentionnées à l'Art. 7 et décrites aux Art. 8, 9 ou 11, qui ont été terminées pour lui au cours de l'année calendrier concernée, avec le type de chaque prestation.
- 2) L'éventuelle prestation mentionnée à l'Art. 7 et décrite aux Art. 8, 9 ou 11, qui a été entamée et non encore terminée au cours de l'année calendrier concernée, avec le type de chaque prestation.

Le centre de référence en IMOC y joint aussi une liste de tous les membres du personnel qui au cours de l'année calendrier concernée ont fait partie de l'équipe mentionnée à l'Art. 5, § 2, 1) jusqu'à 5) inclus, avec, par membre du personnel, mention de toutes les activités de formation continue externe qu'il a suivies.

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

§ 2. En cas de non transmission à temps de la liste mentionnée au § 1^{er}, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'obligation visée au § 1^{er} au Pouvoir Organisateur du centre de référence en IMOC et au centre de référence en IMOC par lettre recommandée à la poste, en leur demandant de la respecter encore de manière complète et correcte dans le mois qui suit cet envoi. Ils sont également avertis par la même lettre recommandée à la poste qu'au cas où cet engagement n'aurait pas encore été respecté de façon correcte et complète dans le mois suivant cet envoi, il sera demandé par circulaire aux organismes assureurs de suspendre d'office à partir du 1^{er} jour du deuxième mois suivant cet envoi tout paiement de prestations facturées en application de la présente convention, quelle que soit la date à laquelle ces prestations aient été effectuées.

§ 3. En cas de transmission dans le délai de listes non remplies de manière complète et correcte selon le schéma et les instructions de l'annexe 1 à cette convention, le Service des soins de santé de l'INAMI indique par lettre au centre de référence en IMOC les manques constatés, en l'invitant à les compléter ou corriger dans le mois qui suit l'envoi de cette lettre.

En l'absence de réaction adéquate et dans le délai à cette lettre, le Service des soins de santé de l'INAMI rappelle l'obligation visée au § 1^{er} au Pouvoir Organisateur du centre de référence en IMOC et au centre de référence en IMOC par lettre recommandée à la poste, en leur demandant de la respecter encore de manière complète et correcte dans le mois qui suit cet envoi. Ils sont également avertis par la même lettre recommandée à la poste qu'au cas où cette obligation n'aurait pas encore été respectée de façon correcte et complète dans le mois suivant cet envoi, il sera demandé par circulaire aux organismes assureurs de suspendre d'office à partir du 1^{er} jour du deuxième mois suivant cet envoi tout paiement de prestations facturées en application de la présente convention, quelle que soit la date à laquelle ces prestations aient été effectuées.

§ 4. Uniquement un respect finalement correct et complet de l'obligation visée au § 1^{er} du présent article lève une suspension d'office visée au §§ 2 et 3 du présent article. Dans ce cas, les organismes assureurs sont avertis par circulaire de cette levée de suspension.

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

PROCEDURE DE DEMANDE ET D'ACCORD EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE

Art. 21. § 1^{er}. Une demande de prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé d'une des prestations mentionnées à l'Art. 7 de cette convention doit être introduite par le bénéficiaire selon les dispositions des articles 139 et 142, § 2, de l'AR 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 cas d'accord de l'instance compétente, l'intervention de l'assurance n'est due que pour les prestations effectuées en réalité conformément à toutes les dispositions de cette convention, à partir de la date fixée par la dite instance et au plus tôt 30 jours avant la date de réception de la demande d'intervention par le médecin conseil. Un accord donné est valable jusqu'à la date de fin qui y est fixée et qui peut se situer au maximum 5 ans après la date de début de l'accord.

Le centre de référence en IMOC s'engage à aider le bénéficiaire à introduire la demande de prise en charge.

§ 2. Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire les frais afférents aux prestations effectuées pendant les jours qui, pour motif de retard d'introduction de la demande d'intervention, ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance, si le centre de référence en IMOC a pris la responsabilité d'introduire lui-même la dite demande d'intervention.

§ 3. L'arrêté royal cité au § 1^{er} du présent article prévoit entre autres que le bénéficiaire introduit la demande de prise en charge au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé.

A la demande est jointe soit une copie de la lettre de renvoi du médecin référant de laquelle appert la suspicion du diagnostic d'IMOC, soit, si le bénéficiaire n'a pas été référé par un médecin référant « externe », un rapport médical du centre de référence en IMOC établi selon le modèle en annexe 2 à cette convention.

CONSEIL D'ACCORD EN MATIERE DE CENTRES DE REFERENCE DE L'IMOC

Art. 22. Par la signature de cette convention le centre de référence en IMOC adhère au Conseil d'accord en matière de Centres de référence de l'IMOC. Le médecin coordinateur du centre de référence en IMOC siège au Conseil d'accord et y représente le centre.

Le Conseil d'accord est composé des membres du Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI, du médecin visé à l'alinéa premier et de ces collègues des autres centre de référence en IMOC conventionnés.

La présidence en est assurée par le Président du Collège des médecins-directeurs. Le Secrétariat en est assuré par le Service des soins de santé.

Le médecin coordinateur du centre de référence en IMOC s'engage à assister à chaque réunion du Conseil d'accord. Le cas échéant, il peut aussi y déléguer l'un des autres médecins du centre de référence en IMOC visés à l'Art. 5, § 2, 1).

Art. 23. § 1^{er}. Le Conseil d'accord a pour but

- 1) De favoriser la collaboration et une méthode de travail similaire parmi les Centres de référence de l'IMOC ;
- 2) D'évaluer leur rôle en tant que centres consultatifs et coordinateurs de soins au sein d'un réseau de structures de soins pour patients présentant une IMOC et de préciser les moyens de les favoriser
- 3) D'évaluer de façon critique les modalités de cette convention à la lumière des points susmentionnés et à la lumière de la contribution de cette convention à une prise en charge plus efficace des bénéficiaires décrits à l'Art. 2 en vue de leur intégration optimale et durable.

Ceci se fait notamment sur base des données de la liste visée à l'Art. 20 complétée de toute autre donnée des Centres de référence de l'IMOC qui peut être utile à cet effet.

§ 2. Le Conseil d'accord peut se réunir à la demande du Président du Collège des médecins-directeurs ou à la demande d'au moins trois de ses membres représentants des Centres de référence de l'IMOC. Le Conseil Général et le Comité de l'assurance peuvent aussi à tout moment demander que le Conseil d'accord se réunisse au sujet d'une question spécifique.

Il se réunit au moins une fois par an.

Sa convocation est toutefois obligatoire s'il appert des données de la liste visée à l'Art. 20 qu'au moins un centre de référence en IMOC ne répond pas pour deux années consécutives aux dispositions de l'Art. 5, § 3, deuxième alinéa.

§ 3. Le Conseil d'accord fait une analyse des données et des motifs qui ont provoqué sa convocation afin de permettre que, le cas échéant, le Collège des médecins-directeurs soumette une proposition d'adaptation de la convention ou de nouvelle convention au Comité de l'assurance.

DISPOSITIONS GENERALES

Art. 24. Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à tenir une comptabilité dans laquelle les revenus et les dépenses du centre de référence en IMOC qui découlent de l'application de cette convention sont considérés comme une rubrique de frais séparée, de sorte qu'il est possible de les distinguer des revenus et dépenses d'autres activités (du site) de l'établissement hospitalier au sein duquel le centre de référence en IMOC fonctionne et des revenus et dépenses d'autres activités de l'équipe du centre de référence en IMOC pour des bénéficiaires et d'autres patients présentant une IMOC.

La tenue de cette comptabilité s'effectue conformément aux dispositions minimales du plan comptable général des hôpitaux (A.R. du 14 août 1987).

Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC adresse chaque année, dans les 6 mois qui suivent la clôture de l'exercice comptable qui commence toujours le 1^{er} janvier et se termine toujours le 31 décembre, au Service des soins de santé de l'INAMI copie d'un compte d'exploitation qui se rapporte exclusivement à l'activité du centre de référence en IMOC.

Le Service des soins de santé peut à tout moment pour l'établissement d'un compte d'exploitation imposer un modèle uniforme.

Le pouvoir organisateur conserve les justificatifs des recettes et des dépenses durant au moins 10 ans. Ces justificatifs et la comptabilité tenue doivent toujours être accessibles aux Services de l'INAMI.

Art. 25. § 1^{er}. Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à facturer aux organismes assureurs, sur les indications du centre de référence en IMOC, les prix fixés à l'Art. 13, § 1^{er} soit par bande magnétique de l'établissement hospitalier duquel le centre de référence en IMOC fait partie (= obligatoire pour tout bénéficiaire hospitalisé), soit à l'aide d'une facture dont le modèle a été approuvé par le Comité de l'assurance.

Une copie sur papier de la facture doit être remise à chaque bénéficiaire, même si la facturation se fait par bande magnétique.

§ 2. Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC assume toute responsabilité en matière de conformité à toutes les dispositions de la convention, pour les prestations qui sont facturées aux organismes assureurs pour les bénéficiaires en vertu de cette convention.

Art. 26. Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à remettre à chaque membre de l'équipe du centre de référence en IMOC mentionnée à l'Art. 5, § 2, 1) jusqu'à 6) inclus, copie du texte entier de cette convention, afin de permettre que chaque membre de l'équipe remplisse ses tâches en conformité avec celle-ci.

Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC conserve l'accusé de réception signé à ce propos par chaque membre de l'équipe et le tient à disposition du Service des soins de santé de l'INAMI.

Art. 27. Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage également à fournir le cas échéant au Service des soins de santé de l'INAMI et aux organismes assureurs toute information complémentaire en vue du contrôle du respect des dispositions de cette convention sur le plan thérapeutique ou financier ou dans le cadre de la gestion globale des conventions de rééducation.

Finalement, il s'engage à permettre que chaque représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs lui rende les visites qu'il juge utiles pour l'accomplissement de ces tâches.

DUREE DE VALIDITE DE LA CONVENTION

Art. 28. § 1^{er}. La présente convention, établie en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le ...

§ 2. La présente convention est valable jusqu'au 31 décembre 2006 inclus. Toutefois, chacune des parties peut, à tout moment, la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Dans ce cas, les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois; ce préavis prend cours le 1^{er} 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 IMOC

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.,
G. Vereecke
Médecin-inspecteur général

Pour le centre de référence en IMOC,
pour information

Le médecin coordinateur
(nom, signature et cachet)