**INSTITUT NATIONAL D’ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ**

Établissement Public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES

**Service des soins de santé**

**CONVENTION EN MATIERE DE SUIVI DIAGNOSTIC DES ENFANTS NES PREMATUREMENT**

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 conclu entre,

d'une part,

le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie‑invalidité,

et d'autre part,

le Service de soins intensifs néonataux (Neonatal Intensive Care) (désigné dans la présente convention comme « Service NIC ») de l’hôpital de ###### à ####### au nom du Centre de suivi diagnostic des enfants nés prématurément de ce Service NIC (désigné dans la présente convention par le terme « établissement »),

**OU**

le Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (désigné dans la présente convention par le terme « COS ») ## à ## au nom de son Centre de suivi des enfants nés prématurément (désigné dans la présente convention par le terme « établissement »),

la présente convention.

**OBJET DE LA CONVENTION**

**Article 1er.**

§ 1er. La présente convention définit les rapports financiers et administratifs entre l'établissement et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé ainsi que les rapports entre cet établissement, l'INAMI et les organismes assureurs en ce qui concerne notamment les bénéficiaires au sens de la présente convention, les prestations de bilan diagnostiques, le prix des prestations de bilan diagnostiques ainsi que les modalités de leur paiement.

§ 2. La présente convention vise à installer un système de suivi multidisciplinaire minimal, systématique et uniforme accessible aux enfants grands prématurés visés par la présente convention, permettant le diagnostic précoce des troubles du développement lié à la grande prématurité. Dans ce sens, la présente convention vise à implanter une politique uniforme en matière de suivi des enfants visés par la présente convention.

**BENEFICIAIRES VISES**

**Article 2.**

Par bénéficiaire visé au sens de la présente convention, il y a lieu d’entendre les bénéficiaires de moins de 5,5 ans de l’assurance obligatoire soins de santé remplissant les conditions suivantes et qui, au vu de ces conditions, ont besoin d’un suivi multidisciplinaire adapté à long terme et ce, jusque l’âge de 5,5 ans inclus maximum :

1. Groupe **1** : Enfants nés avec un âge gestationnel inférieur à 31 semaines de grossesse (sont donc visés les enfants nés avec un âge gestationnel jusque 30 semaines et 6 jours de grossesse) et/ou nés avec un poids inférieur à 1500 grammes ;
2. Groupe **2** : Enfants nés avec un âge gestationnel de 31 semaines (sont donc visés les enfants nés au maximum à la 31ième semaine et 6 jours de grossesse – et ayant donc moins de 32 semaines) et un poids supérieur ou égal à 1500 grammes.

**BUT DE L'ETABLISSEMENT ET DU PROGRAMME DE SUIVI**

**Article 3.**

§ 1er. La présente convention a pour but l’instauration d’un programme de suivi pour les enfants qui font partie du groupe cible des patients visés par la présente convention.

Ce programme de suivi permet de dépister le plus précocement possible les troubles du développement rencontrés par les enfants nés grands prématurés visés à l’article 2 de la présente convention dans le but de les orienter vers des prises en charge adaptées qui vont limiter les conséquences sur le développement futur de l’enfant grâce au dépistage et traitements précoces de ces troubles. Ce programme de suivi doit également permettre de dépister les troubles relationnels précoces entre l’enfant et ses parents ou ses représentants légaux (abrégés en parents dans la suite de la présente convention).

§ 2. Les objectifs de ce programme sont donc :

* de suivre systématiquement les enfants bénéficiaires de la présente convention pour leur garantir un développement optimal, ce qui veut dire :
  + Surveiller leur développement général et neurologique
  + Dépister et diagnostiquer les éventuels troubles du développement, les troubles sensoriels et les troubles relationnels précoces
  + Organiser une prise en charge des troubles diagnostiqués en collaboration avec les médecins et professionnels du réseau de soins ; la prise en charge proprement dite ne fait toutefois pas partie des activités remboursées dans le cadre de la présente convention
* de réaliser une base de données sur la population visée par la présente convention afin d’augmenter les connaissances scientifiques des troubles qui peuvent se présenter auprès des enfants nés grands prématurés et leurs causes possibles
* de permettre aux Services NIC, sur la base des données enregistrées dans la base de données sur la population visée par la présente convention, de soutenir le processus d’amélioration de la qualité des soins qu’ils dispensent.

**CONDITIONS D’ACCES A LA CONVENTION**

**Article 4**

§ 1er. La présente convention ne peut être conclue qu’avec les établissements hospitaliers qui disposent d’un Service NIC.

§ 2. Afin de garantir la qualité du suivi proposé dans le cadre de la présente convention pour les enfants nés prématurément, le nombre d’établissements pouvant prétendre à son bénéfice est limité (nécessité de concentrer l’expertise). A cet effet, seuls les établissements hospitaliers dont les Services NICs comptent le plus grand nombre de patients ayant été suivis dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants prématurés entrent en ligne de compte pour la conclusion de la présente convention.

Pour opérer cette sélection, le Service des soins de santé se basera sur les données de l’Agence Intermutualiste (les seuls chiffres disponibles d’une source neutre). Il sélectionnera les services NIC qui, sur base des données comptabilisées par les organismes assureurs jusqu’au 31 mars 2017, comptent au moins 40 patients différents :

* qui, dans le courant de l’année 2015, ont été admis au moins un jour dans le Service NIC en question, et
* qui, après leur admission dans ce Service NIC, jusqu’au 30 juin 2016 au maximum, ont bénéficié d’une prestation de bilan dans le cadre de la convention pour le suivi des enfants nés prématurément d’application avant l’entrée en vigueur de la présente convention.

Ce seuil de 40 patients à atteindre est un seuil relativement bas qui tient compte du fait qu’il y avait un certain retard dans la facturation des prestations de bilan effectuées en 2015 et 2016 ; ce qui a influencé les chiffres de l’Agence Intermutualiste ; sans le retard de facturation constaté, le nombre minimum de patients serait en tous cas nettement plus élevé.

§ 3. Si, pour une province concernée, les établissements hospitaliers qui disposent d’un Service NIC de cette même province n’atteignent pas le nombre minimum de patients comme prévu par le § 2 du présent article, la présente convention pourra être conclue avec l’établissement hospitalier qui dispose d’un Service NIC et qui aura pris en charge le plus de patients qui répondent aux critères du § 2 du présent article dans cette province.

**Article 5.**

§ 1er. Dans le cas où un établissement hospitalier qui entrerait effectivement en considération pour la signature de la présente convention en vertu des dispositions de l’article 4 de la présente convention ne souhaite pas la conclure, il peut déléguer ce pouvoir à un Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS). Le COS prendra alors sur lui toutes les responsabilités et toutes les obligations imposées par la présente convention. La présente convention sera alors conclue effectivement avec ce COS.

§ 2. Le Service des soins de santé de l’INAMI devra en tout cas avoir reçu au préalable la confirmation écrite que l’établissement hospitalier pouvant prétendre au bénéfice de la convention délègue la signature de la présente convention et son application au COS concerné et la confirmation du COS qu’il souhaite effectivement signer la présente convention et dès lors reprendre toutes les obligations qui en découlent.

§ 3. Un COS ne peut conclure qu’une seule fois la présente convention.

**Article 6.**

§ 1er. Dans le cas où un établissement hospitalier qui répond aux conditions posées par l’article 4 ne souhaite pas conclure la présente convention ni faire usage des dispositions fixées par l’article 5 et que dans la même Province, un autre hôpital peut conclure la convention sur base des critères de l’article 4, la convention sera conclue avec cet autre hôpital en pratique.

§ 2. Dans le cas où un établissement hospitalier qui répond aux conditions posées par l’article 4 ne souhaite pas conclure la présente convention ni faire usage des dispositions fixées par l’article 5 et que dans la même Province, aucun autre hôpital qui dispose d’un service NIC ne peut conclure la convention en raison du fait qu’il n’atteint pas le seuil de patients en vertu des dispositions de l’article 4 § 2, la convention sera conclue avec l’hôpital qui dispose d’un service NIC et qui atteint le nombre de patients le plus élevé qui répondent aux critères de ce même article 4 § 2.

**ETABLISSEMENT**

**Article 7.**

L’établissement est une unité organisationnelle et fonctionnelle implantée au sein d’un hôpital. Les activités prévues dans le cadre de la présente convention doivent donc toutes être réalisées sur le site d’un établissement hospitalier (ou éventuellement sur le site d’une polyclinique d’un hôpital).

**Article 8.**

§ 1er. Les activités prévues par la présente convention ne peuvent être réalisées que sur un seul site de l’établissement dont question à l’article 7.

Cependant, les activités prévues par la présente convention peuvent être dispensées en sus du site principal sur un autre site moyennant le respect des conditions suivantes :

* cet autre site est un hôpital qui n’a pas signé la convention pour le suivi des enfants nés prématurément et il dispose d’un Service NIC (hôpital de la même Province ou d’une autre Province que celle où se situe le siège principal de l’établissement visé à l’article 7 de la présente convention) ;
* l’établissement qui a conclu la présente convention ne peut quoi qu’il en soit réaliser les activités que la présente convention prévoit que sur un seul site supplémentaire (en sus du site principal);
* l’établissement qui a conclu la présente convention et l’hôpital au sein duquel seront dispensées les activités conventionnelles doivent avoir conclu un contrat de collaboration (qui détermine les modalités pratiques de la collaboration) ; ce contrat est à soumettre au préalable au Collège des médecins-directeurs ;
* le Collège des médecins-directeurs a marqué son accord sur l’application de la convention sur un autre site ;
* l’équipe complète de l’établissement qui a conclu la présente convention dont question à l’article 14 de la présente convention et qui dispense les activités prévues dans le cadre de la présente convention se déplace sur l’autre site ;
* aucune activité ne pourra se réaliser de manière simultanée sur les 2 sites sur lesquels seront dispensées les activités que prévoit la présente convention ;
* les activités que la présente convention prévoit sont réparties de manière claire sur les 2 sites sur lesquels elles seront dispensées.

Les 3 dernières conditions mentionnées ci-dessus ne valent toutefois pas dans le cas où un hôpital qui répond aux conditions de l’article 4 délègue la conclusion de la présente convention à un autre hôpital qui répond aux conditions de l’article 4 ou au COS désigné par cet autre hôpital. Dans ce cas, l’établissement (hôpital ou COS), qui a conclu la convention, peut offrir les activités de la présente convention sur son site principal et sur le site de l’hôpital (qui répond aux conditions de l’article 4 mais qui a délégué la conclusion de la convention à l’établissement), sans respecter les 3 dernières conditions mentionnées ci-dessus.

§ 2. Dans le cas où un des établissements qui a conclu la présente convention souhaite appliquer la convention sur le site d’un établissement hospitalier ou d’une policlinique situé(e) dans une Province dans laquelle aucun établissement hospitalier ne dispose d’un Service NIC, l’établissement qui a conclu la présente convention pourra encore faire usage des possibilités visées au § 1er du présent article et disposer en pratique de 3 sites au maximum. Dans ce cas, pour cet établissement hospitalier ou cette policlinique d’une Province dans laquelle aucun établissement hospitalier ne dispose d’un Service NIC, il faudra également suivre la procédure dont question au § 1er du présent article (contrat de collaboration, accord du Collège des médecins-directeurs, etc.).

§ 3. L’établissement qui a conclu la présente convention s’engage quoi qu’il en soit à prendre en suivi dans le cadre de la présente convention tous les enfants qui font partie du groupe cible visé à l’article 2 et qui s’adressent à l’établissement, même s’ils n’ont pas été hospitalisés après leur naissance dans le propre service NIC.

§ 4. Dans le cas où il est fait usage des possibilités qu’offre la présente convention en ce qui concerne l’application de la convention sur un autre site et sur base des modalités y afférentes, l’établissement ayant conclu la présente convention est responsable de l’application correcte de celle-ci sur l’autre site.

§ 5. Chaque établissement ayant conclu la présente convention, dispose d’un siège principal qui coordonne toutes les activités dans le cadre de la présente convention et qui figure comme point de contact pour l’application de la convention et ce tant pour les bénéficiaires, les organismes assureurs que l’INAMI. Dès lors, il appartient au siège principal d’introduire sous son nom les demandes individuelles de prise de charge dont il est question aux articles 16 et 17, de porter en compte aux organismes assureurs les prestations prévues dans le cadre de la présente convention et dont il est question à l’article 18, et de fournir à l’INAMI les chiffres de production prévus à l’article 21, etc., même dans le cas où l’établissement dispose d’un autre site sur lequel les activités de la convention sont effectuées (conformément aux dispositions mentionnées dans le présent article).

**Article 9.**

§ 1. Le siège principal de l’établissement qui a conclu la présente convention dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels nécessaires, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers individuels sont gardés à la disposition de l'équipe pluridisciplinaire.

S’il est fait usage des dispositions des §§ 1 et 2 de l’article 8, l’autre site sur lequel sont également dispensées les activités conventionnelles (en dehors du siège principal) doit disposer des espaces de consultations nécessaires à la réalisation des activités prévues dans le cadre de la présente convention.

§ 2. L’établissement peut faire appel au personnel, à l’infrastructure et au matériel de l’hôpital ou éventuellement de la policlinique pour tout acte médical requis par la détection d’un éventuel trouble chez tout bénéficiaire. En particulier, il peut faire appel à un ophtalmologue ou un médecin ORL. Il peut également faire appel à d’autres médecins spécialisés. Tous ces médecins travaillent dans l’hôpital (ou dans la policlinique) où l’établissement est implanté (ou réalise les activités que la présente convention prévoit). Ils assistent aux réunions de l’équipe multidisciplinaire lorsque leurs compétences y sont requises.

Néanmoins, le personnel de l’hôpital (ou éventuellement de la policlinique) qui intervient auprès des bénéficiaires de la présente convention mais qui n’est pas explicitement repris dans le cadre effectif du personnel de l’établissement, visé à l’article 14, ne fait pas partie de l’établissement et ses interventions ne sont pas financées par la présente convention.

§ 3. L’établissement assurera au moins une collaboration avec les différents intervenants extérieurs impliqués auprès de l’enfant : médecin généraliste, pédiatre traitant, Office National de l’Enfance (ONE), Kind en Gezin et Dienst für Kind und Familie, crèche, école, etc. L’établissement est tenu de les associer aux réunions d’équipe si nécessaire et de récolter des informations qu’il juge opportunes dans la poursuite des objectifs visés par la présente convention.

Après la réalisation de chaque bilan, l’établissement informera au moins le médecin spécialiste généraliste et le pédiatre traitant des résultats obtenus de ce bilan.

§ 4. L'établissement se doit d'offrir son aide aux bénéficiaires visés sans distinction de nationalité, de race, de sexe, d'âge, de religion, de conception de vie, ou de domicile.

Dans le suivi, il devra toujours partir du respect de la conviction et de l'autonomie de tous.

§ 5. L'établissement doit pouvoir être localisé sur la base d'une adresse suffisamment précise et d'un numéro de téléphone.

**CONDITIONS DE MAINTIEN DE LA CONVENTION**

**Article 10.**

§ 1er. Pour conserver le bénéfice de la présente convention, l’établissement doit prendre en charge un minimum de 60 nouveaux bénéficiaires différents par année calendrier dans le cadre de la présente convention. Par nouveau bénéficiaire, il est entendu les bénéficiaires qui font partie du groupe 1 ou du groupe 2 dont il est question à l’article 2 de la présente convention et pour lesquels un premier bilan (peu importe qu’il s’agisse d’un bilan A, B, C ou D) a été réalisé dans le cadre de la présente convention pendant l’année calendrier considérée.

Cette limite minimale permet de garantir l’acquisition d’une expérience et de pouvoir entretenir cette expérience.

§ 2. En vertu des dispositions mentionnées à l’article 8 de la présente convention, il peut être tenu compte du nombre d’enfants pris en charge sur chacun des sites sur le(s)quel(s) sont proposées les activités conventionnelles afin de pouvoir atteindre le nombre minimum de patients à prendre en charge pour conserver le bénéfice de la présente convention (60 nouveaux patients par année).

§ 3. Le contrôle du respect de ce nombre minimum de patients à prendre en charge doit être rendu possible sur base de différentes sources (rapport annuel dont question à l’article 24 de la présente convention et sur base des modalités y définies, accords médecins-conseil, données de facturation, etc.).

§ 4. Si l’établissement n’est pas en mesure de prendre en charge le nombre minimum de patients l’établissement est tenu quoi qu’il en soit d’en informer, avant le 31 janvier qui suit l’année considérée le Service des soins de santé de l’INAMI qu’il ne répond pas à ces conditions pour l’année considérée.

§ 5. Si le Service des soins de santé de l’INAMI constate pendant 2 années consécutives (par le biais de la communication du centre, du rapport annuel ou par toutes autres voies) que l’établissement ne satisfait pas aux conditions minimum, une dénonciation de la présente convention pourra être proposée au Comité de l’assurance. Une lettre recommandée à la poste sera alors adressée à l’établissement lui communiquant que la convention prendra fin, moyennant un préavis de 3 mois qui prend cours le premier jour du mois qui suit la date d’envoi de la lettre recommandée.

**FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE ET DOSSIER INDIVIDUEL**

**Article 11.**

L'équipe - dont il est question à l’article 14 de la présente convention – concrétise le caractère multidisciplinaire du programme de suivi par la mise à jour d’un dossier individuel commun pour chaque bénéficiaire pris en charge dans le cadre de la présente convention et organise des réunions d’équipe régulièrement.

§ 1. *Dossiers individuels*

Les résultats et conclusions de tous les examens des bénéficiaires individuels doivent être mentionnés dans le dossier individuel tenu pour chacun d’entre eux.

En effet, par bénéficiaire suivi dans le cadre de la présente convention, il est établi un dossier individuel qui donne un aperçu du suivi effectué et des interventions réalisées. Ce dossier peut faire partie d'un dossier médical centralisé. Chaque membre de l'équipe doit pouvoir trouver à tout moment dans le dossier individuel toutes les informations thérapeutiques nécessaires pour l'accomplissement de sa tâche.

Outre les éléments techniques d'un dossier médical tels que les antécédents, la correspondance médicale et thérapeutique ainsi que les données diagnostiques, ce dossier doit également comporter, pour chaque bénéficiaire, les éléments suivants :

- les décisions et les conclusions des discussions d'équipe sur le bénéficiaire concerné ainsi que toutes les décisions particulières importantes et tous les arrangements importants pris avec les parents du bénéficiaire;

- chaque intervention de l'équipe en présence du bénéficiaire intéressé, avec mention de la date, du dispensateur de soins, de l’heure de début et de l’heure de fin de l’intervention, des personnes telles que le patient ou les parents avec lesquels le contact compris dans l'intervention a été établi et une brève description de la nature de l'intervention;

- l'identité et les autres données qui permettent de contacter aisément le médecin traitant et d'éventuels autres dispensateurs de soins, en dehors des membres de l'équipe, qui soignent le bénéficiaire.

§ 2. *Fonctionnement multidisciplinaire*

En principe, sauf exceptions justifiées, chaque membre de l'équipe doit être présent aux réunions, au moins quand sont examinés les cas de bénéficiaires avec lequel il a eu des contacts. Ces réunions visent d'une part, la discussion systématique de la situation des bénéficiaires de la présente convention, sous l'angle des diverses disciplines concernées, et d'autre part, l'étude de thèmes généraux relatifs au concept de prise en charge proposé dans le cadre de la présente convention ainsi que l'évaluation et l’amélioration permanente du fonctionnement de l’établissement, tant sur le plan des programmes de suivi que du concept de prise en charge.

**LE PROGRAMME DE SUIVI**

**Article 12.**

L’établissement s’engage à n’entreprendre un programme de suivi dans le cadre de la présente convention que sur la base d’un document rédigé par le médecin qui a pris en charge le bénéficiaire après sa naissance (et ce, durant la période d’hospitalisation de ce bénéficiaire en raison de sa naissance prématurée). Ce document mentionne effectivement le poids de naissance du bénéficiaire ainsi que son âge gestationnel au moment de la naissance. Ainsi, il sera possible sur la base de ce document de confirmer que le bénéficiaire répond aux conditions pour prétendre au programme de suivi proposé dans le cadre de la présente convention. Le médecin qui rédige le document dont il est question ci-avant informe les parents du bénéficiaire des différentes possibilités qui s’offrent à eux en ce qui concerne le choix de l’établissement. Ce document doit de préférence être rédigé dès la sortie du bénéficiaire de l’unité d’hospitalisation. Cependant, il doit toujours être possible de se procurer ce document au-delà de la période d’hospitalisation qui a suivi la naissance prématurée du bénéficiaire.

**Article 13.**

§ 1er. L’établissement propose au bénéficiaire visé par l’article 2 de la présente convention, un programme de suivi sur le long terme et ce, jusque l’âge de 5,5 ans inclus maximum.

Le programme de suivi doit être effectué par les membres de l’équipe dont il est question à l’article 14 de la présente convention et diffère selon l’âge du bénéficiaire.

§ 2. En ce qui concerne les bénéficiaires visés par l’article 2 de la présente convention (groupe 1 et groupe 2), le programme de suivi multidisciplinaire minimal, systématique et uniforme consiste en la réalisation de bilans, auprès du bénéficiaire, à des âges clés de son développement :

* Le Bilan **A** doit être réalisé lorsque le bénéficiaire a atteint au minimum l’âge corrigé de 3 mois et au maximum jusqu’au jour qui précède le jour où il atteint l’âge corrigé de 6 mois,
* Le Bilan **B** doit être réalisé lorsque le bénéficiaire a atteint au minimum l’âge corrigé de 9 mois et au maximum jusqu’au jour qui précède le jour où il atteint l’âge corrigé de 14 mois,
* Le Bilan **C** doit être réalisé lorsque le bénéficiaire a atteint au minimum l’âge corrigé de 22 mois et au maximum jusqu’au jour qui précède le jour où il atteint l’âge corrigé de 26 mois,
* Le Bilan **D** doit être réalisé lorsque le bénéficiaire a atteint au minimum l’âge de 4 ans et 6 mois et au maximum jusqu’au jour qui précède le jour où il atteint l’âge de 5 ans et 6 mois.

Afin de pouvoir réaliser un bilan, le bénéficiaire doit avoir atteint l’âge minimum et maximum requis pour le dit bilan comme fixé au présent §. Toutes les interventions des membres de l’équipe (comme prévues aux §§ 3, 4, 5 et 6 du présent article) pour le dit bilan doivent donc être réalisées entre la période minimale et maximale prévue. Dans le cas où certaines interventions ont effectivement lieu en deçà ou au-delà de cette période, l’établissement ne pourra pas porter en compte la prestation de bilan à l’organisme assureur du bénéficiaire concerné.

L’âge corrigé du bénéficiaire est défini comme étant l’âge actuel de l’enfant calculé sur la base de sa date de naissance moins le nombre de semaines d’avance que l’enfant est né.

Les bilans consistent de manière générale en la réalisation d’un examen médical général, d’un examen neuromoteur, d’un accompagnement psycho-éducationnel et en la réalisation de tests plus spécifiques. Le contenu du bilan diffère selon l’âge du bénéficiaire.

§ 3. Le **bilan A** prévoit spécifiquement :

* Une consultation médicale (avec un médecin spécialiste prévu à l’article 14 § 1er, point b de la présente convention) avec comme objectif la réalisation des évaluations suivantes :
  + Evaluation clinique générale avec suivi des courbes de croissance staturo-pondérale
  + Evaluation neurologique et développementale
  + Evaluation du développement sensoriel ;
* Une consultation psychologique (qui peut se réaliser en **consultation conjointe** avec le médecin et/ou le kinésithérapeute) de minimum 0,5 heure auprès du bénéficiaire et ses parents :
  + Soutien à la parentalité
  + Dépistage des troubles relationnels précoces
* Une consultation avec le kinésithérapeute de minimum 0,5 heure auprès du bénéficiaire :
  + Examen neuromoteur
  + Conseil de positionnement et de portage de l’enfant
* Une consultation avec un assistant social **(si indiqué)**:
  + Aide les parents dans leurs démarches administratives ou toutes autres démarches d’aides sociales
* Discussion et synthèse des observations lors d’une réunion d’équipe
* Discussion (du médecin et d’un autre membre de l’équipe) avec les parents du bénéficiaire des résultats des examens effectués et recommandations (durée moyenne prévue de cette discussion : 0,5 heure)
* Renvoi vers des traitements appropriés en cas de détection de trouble(s)
* Rédaction d’un rapport avec les observations et les recommandations à l’intention du médecin généraliste du bénéficiaire ou du pédiatre traitant.

§ 4. Le **bilan B** prévoit spécifiquement :

* Une consultation médicale (avec un médecin spécialiste prévu à l’article 14 § 1er, point b de la présente convention) avec comme objectif la réalisation des évaluations suivantes :
  + Evaluation clinique générale avec suivi des courbes de croissance staturo-pondérale
  + Evaluation neurologique et développementale
  + Evaluation du développement sensoriel
  + Evaluation de l’organisation et de la réalisation des prises en charge et recommandations émises lors du bilan précédent
* Une consultation psychologique de minimum 1 heure auprès du bénéficiaire et ses parents :
  + Examen diagnostic à l’aide d’un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
  + Soutien à la parentalité
  + Dépistage des troubles relationnels précoces
* Une consultation avec le kinésithérapeute de minimum 0,5 heure auprès du bénéficiaire :
  + Examen neuromoteur
  + Examen diagnostic à l’aide d’un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
  + Conseil de positionnement et de stimulation de l’enfant
* Une consultation avec un assistant social **(si indiqué)** :
  + Aide les parents dans leurs démarches administratives ou toutes autres démarches d’aides sociales
* Discussion et synthèse des observations lors d’une réunion d’équipe
* Discussion (du médecin et d’un autre membre de l’équipe) avec les parents du bénéficiaire des résultats des examens effectués et recommandations (durée moyenne prévue de cette discussion : 0,5 heure)
* Renvoi vers des traitements appropriés en cas de détection de trouble(s)
* Rédaction d’un rapport avec les observations et les recommandations à l’intention du médecin généraliste du bénéficiaire ou du pédiatre traitant

§ 5. Le **bilan C** prévoit spécifiquement :

* Une consultation médicale (avec un médecin spécialiste prévu à l’article 14 § 1er, point b de la présente convention) avec comme objectif la réalisation des évaluations suivantes :
  + Evaluation clinique générale avec suivi des courbes de croissance staturo-pondérale
  + Evaluation neurologique et développementale
  + Evaluation du développement sensoriel
  + Evaluation de l’organisation et de la réalisation des prises en charge et recommandations émises lors du bilan précédent
* Une consultation psychologique de minimum 1 heure auprès du bénéficiaire et ses parents :
  + Examen diagnostic à l’aide d’un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
  + Soutien à la parentalité
  + Dépistage des troubles relationnels précoces
* Une consultation avec le kinésithérapeute de minimum 0,5 heure auprès du bénéficiaire :
  + Examen diagnostic à l’aide d’un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
  + Examen neuromoteur, conseil de positionnement et de stimulation de l’enfant
* Une consultation avec un assistant social **(si indiqué)**:
  + Aide les parents dans leurs démarches administratives ou toutes autres démarches d’aides sociales
* Discussion et synthèse des observations lors d’une réunion d’équipe
* Discussion (du médecin et d’un autre membre de l’équipe) avec les parents du bénéficiaire des résultats des examens effectués et recommandations (durée moyenne prévue de cette discussion : 0,5 heure)
* Renvoi vers des traitements appropriés en cas de détection de trouble(s)
* Rédaction d’un rapport avec les observations et les recommandations à l’intention du médecin généraliste du bénéficiaire ou du pédiatre traitant

§ 6. Le **bilan D** prévoit spécifiquement :

* Une consultation médicale (avec un médecin spécialiste prévu à l’article 14 § 1er, point b de la présente convention) avec comme objectif la réalisation des évaluations suivantes :
  + Evaluation clinique générale avec suivi des courbes de croissance staturo-pondérale
  + Evaluation neurologique et développementale
  + Evaluation du développement sensoriel
  + Evaluation de l’organisation et de la réalisation des prises en charge et recommandations émises lors du bilan précédent
* Une consultation psychologique de minimum 2 heures auprès du bénéficiaire et ses parents:
  + Examen diagnostic à l’aide d’un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
  + Evaluation du développement affectif de l’enfant
* Une consultation avec le kinésithérapeute de minimum 1,25 heure, auprès du bénéficiaire:
  + Examen diagnostic à l’aide d’un ou plusieurs tests à convenir par les établissements conventionnés et/ou imposés par le Collège des médecins-directeurs
* Une consultation avec un assistant social **(si indiqué)**:
  + Aide les parents dans leurs démarches administratives ou toutes autres démarches d’aides sociales
* Une consultation logopédique de minimum 1,25 heure auprès du bénéficiaire:
  + Evaluation standardisée du développement du langage oral (tests adaptés en fonction du régime linguistique) et des prérequis de l’école
* Discussion et synthèse des observations lors d’une réunion d’équipe
* Discussion (du médecin et d’un autre membre de l’équipe) avec les parents du bénéficiaire des résultats des examens effectués et recommandations (durée moyenne prévue de cette discussion : 0,5 heure)
* Renvoi vers des traitements appropriés en cas de détection de trouble(s)
* Rédaction d’un rapport avec les observations et les recommandations à l’intention du médecin généraliste du bénéficiaire ou du pédiatre traitant

§ 7. Pour le groupe 2 de bénéficiaires, seuls 2 bilans peuvent être portés en compte aux organismes assureurs des bénéficiaires concernés. Il s’agit d’une part, d’un bilan A, B **ou** C et d’autre part, d’un bilan D. Le choix du bilan A, B ou C est déterminé par l’âge du bénéficiaire au moment de la réalisation du bilan.

§ 8. Un bénéficiaire qui intègrerait le programme en cours de route à un âge où il a déjà raté un ou plusieurs bilans peut suivre le restant du programme de suivi prévu dans le cadre de la présente convention sans avoir bénéficié au préalable du(es) bilan(s) précédent(s). Un enfant peut donc intégrer le programme en cours de route. En tenant compte des dispositions du § 2 du présent article, l’âge minimum et maximum requis pour chaque bilan doivent en tout cas être respectés.

§ 9. Dans le cas où le bénéficiaire ne se présente pas au rendez-vous de suivi, des démarches doivent être entreprises en collaboration avec le réseau de la Petite Enfance (l’Office National de l’Enfance, Kind en Gezin, Dienst für Kind und Familie, crèche, etc.) afin de motiver les parents pour le suivi visé par la présente convention.

§ 10. Les consultations, les examens et les discussions avec les parents seront organisées de manière concertée entre les différents intervenants afin de limiter les déplacements de la famille. Toutefois, un bilan peut demander plusieurs rendez-vous en fonction de l’état de fatigue de l’enfant et pour des raisons organisationnelles (discussion d’équipe préalable à la discussion avec les parents). Un seul et même bilan peut donc être réalisé sur plusieurs jours et ce, en concertation avec les parents du bénéficiaire concerné.

§ 11. Chaque type de bilan prévu ne peut être effectué et porté en compte qu’une seule fois pour un bénéficiaire.

§ 12. Le bilan A peut être porté en compte pour des patients **hospitalisés et ambulatoires**. Pour les bilans B, C et D, seuls les bénéficiaires **ambulatoires** sont visés. Pour ces bilans, sont donc visés les patients qui ne sont pas hospitalisés.

**EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE ET SON FONCTIONNEMENT**

**Article 14.**

§ 1er. *Composition de l’équipe*

1. Equipe multidisciplinaire

L'équipe multidisciplinaire de l’établissement est constituée de membres de discipline médicale, de membres qui assurent une fonction thérapeutique non médicale et de membres qui assurent une fonction administrative.

1. Disciplines médicales

Les médecins qui doivent faire partie au minimum de l’encadrement médical dans le cadre de la présente convention sont :

- des médecins spécialistes en neurologie titulaires d’un titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique **ou** ;

- des médecins spécialistes en pédiatrie titulaires d’un titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique ;

tous deux dénommés ci-après dans le texte comme neuro-pédiatres.

Les neuro-pédiatres peuvent travailler **en association avec** des médecins spécialistes en pédiatrie titulaires d’un titre professionnel particulier en néonatalogie (dénommés ci-après dans le texte comme pédiatres néonatologues).

Le temps de travail dans le cadre de la présente convention des pédiatres néonatologues ne peut pas être supérieur au temps de travail des neuro-pédiatres dans le cadre de la présente convention.

Toutefois, une dérogation à cette disposition peut être demandée auprès du Collège des médecins-directeurs qui peut confirmer l’expertise particulière d’un néonatalogue dans le domaine de la neuro-pédiatrie. L’établissement qui souhaite que le temps de travail des pédiatres néonatologues soit supérieur au temps de travail des neuro-pédiatres, doit introduire une demande. Cette demande doit contenir les éléments suivants :

⬩ le temps de travail de chaque médecin dans le cadre de la convention ;

⬩ le curriculum vitae du/des pédiatres néonatologues concernés ;

⬩ les formations suivies dans le domaine de la neuro-pédiatrie par le(s) néonatologue(s) dans le cas où il n’est pas déjà fait mention de ces formations dans le curriculum vitae ainsi que les attestions de suivi de ces formations;

⬩ toute autre preuve qui peut démontrer l’expérience acquise du/des pédiatres néonatologues dans le domaine de la neuro-pédiatrie.

Le Collège des médecins-directeurs n’accèdera à la demande de l’établissement que s’il est d’avis que les formations suivies et l’expérience du/des néonatologues dans le domaine de la neuro-pédiatrie sont suffisamment convaincantes pour qu’il(s) puisse(nt) exercer un temps de travail supérieur aux neuro-pédiatres dans le cadre de la présente convention.

Même en cas d’accord du Collège des médecins-directeurs sur cette demande de dérogation, la présence d’un neuropédiatre dans l’équipe reste obligatoire.

Un des neuro-pédiatres ou des néonatalogues dont l’expertise dans le domaine de la neuro-pédiatrie a été confirmée par le Collège des médecins-directeurs dirige l’équipe et est responsable de son fonctionnement et de son organisation. Ce médecin est compétent pour confier aux autres membres de l’équipe les missions nécessaires pour la réalisation des buts visés dans le cadre de la présente convention. Il est également associé à la sélection et au recrutement des membres de l’équipe, pour lesquels son avis favorable est requis.

1. Fonctions thérapeutiques non médicales

En ce qui concerne les fonctions thérapeutiques non médicales, l'équipe se compose au moins des disciplines suivantes :

* Un psychologue clinicien agréé dans le cadre de la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions de soins de santé mentale ;
* Un kinésithérapeute attestant d’une formation spécialisée en troubles moteurs de l’enfant et du nourrisson ;
* Un logopède;
* un gradué ou un bachelier :
  + en assistance sociale **ou**
  + un infirmier social.

1. Encadrement administratif

En ce qui concerne l’encadrement administratif, l’établissement doit disposer d’un collaborateur administratif.

§ 2. L’établissement doit pouvoir démontrer à tout moment quel est le temps de travail exercé par les différents membres de l’équipe dans le cadre de la présente convention, afin de réaliser les activités prévues par la convention. Ce temps de travail doit permettre d’assurer tant le travail direct (contacts avec les bénéficiaires et les parents) que le travail indirect (travail en dehors de la présence des bénéficiaires et des parents) nécessaire à la réalisation des différents bilans au profit des bénéficiaires visés par la présente convention.

Afin de disposer de l’encadrement nécessaire à la réalisation des activités de bilans prévues dans le cadre de la présente convention, l’établissement doit disposer du minimum nécessaire par discipline pour la réalisation des bilans (travail direct) prévus dans le cadre de la présente convention et y ajouter au minimum 40% de ce temps de travail pour les activités indirectes (réalisées en dehors de la présence du bénéficiaire).

Pour le respect de ces dispositions, le temps de travail suivant ne peut toutefois jamais être porté en compte :

* Le temps consacré par les médecins de l’équipe aux examens spécifiques remboursables sur base de la nomenclature des prestations de santé et ne faisant pas partie des consultations (pour les médecins de l’équipe, le temps de travail des consultations peut être pris en compte) ;
* Le temps de travail des prestataires qui ne sont pas membres de l’équipe visée au § 1er du présent article, même pas dans le cas où ils ont effectués des prestations de santé pour les bénéficiaires de la convention et ont assistés à des réunions d’équipe.

***L’annexe 1*** *donne un exemple d’adaptation proportionnelle de l’encadrement en fonction du nombre et du type de bilan réalisé.*

Il pourrait être demandé à l’établissement de justifier l’encadrement employé dans le cadre de la présente convention à tout moment.

Afin de pouvoir démontrer que l’établissement dispose de l’encadrement nécessaire à la réalisation des activités conventionnelles prévues dans le cadre de la présente convention, l’établissement doit tenir en permanence un relevé des membres de l’équipe qu’il occupe réellement. Cet aperçu doit indiquer qui fait partie de l’équipe de l’établissement à n’importe quel moment, pour quel nombre d’heures par semaine et quel horaire de travail. Il doit également pouvoir être présenté immédiatement lors de chaque visite de contrôle d’un représentant de l’I.N.A.MI ou des organismes assureurs.

Si l’I.NA.M.I constate, sur base du relevé des membres de l’équipe dont mention à l’alinéa précédent, que l’encadrement rempli ne correspond pas aux exigences de la présente convention et à condition que l’établissement ait eu la possibilité d’en exposer les raisons par écrit, cela peut constituer un motif pour la dénonciation de la présente convention et/ou, à titre de sanction pour l’établissement (sur la base d’une décision du Comité de l’assurance), pour une récupération d’un pourcentage de l’intervention de l’assurance dans les prestations de bilans; pourcentage qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant. L’établissement s’engage dans ce cas à ne pas facturer aux patients la partie récupérée des prestations de bilans.

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

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

**Article 15.**

L’établissement s’engage à rémunérer les membres de son équipe au moins selon la même échelle salariale que celle du personnel des hôpitaux.

Le coût salarial de l’équipe occupée dans le cadre de la convention est supposé entièrement pouvoir être supporté par l’établissement sur la base du remboursement du coût des bilans diagnostics effectués dans le cadre de la présente convention. L’établissement ne peut dès lors percevoir aucune autre intervention financière de la part d’une autorité publique – quel qu’en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial de l’équipe financée par la présente convention à l’exception des médecins qui font partie de l’équipe de l’établissement pour lesquels des prestations peuvent être portées en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé et ce, conformément aux dispositions de l’article 20 § 3 de la présente convention.

**LA DEMANDE D’INTERVENTION DANS LE COUT DU PROGRAMME PREVU DANS LE CADRE DE LA CONVENTION**

**Article 16.**

Le programme de suivi proposé dans le cadre de la présente convention pour un bénéficiaire ne peut être pris en considération pour le remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil a émis un avis favorable au sujet de la prise en charge de ce programme de suivi.

La période de prise en charge accordée par le médecin-conseil sur la base d’une seule demande individuelle de prise en charge peut être valable jusqu’au jour qui précède le jour où le bénéficiaire atteint l’âge de 5 ans et 6 mois. L’âge du bénéficiaire lorsqu’il commence le programme de suivi prévu par la convention n’est pas déterminé. Au terme de cette période accordée, la prise en charge dans le cadre de la présente convention ne peut jamais plus être introduite pour le bénéficiaire concerné. Ainsi, aucune demande de prolongation ne pourra être introduite après que ne se soit écoulée la période qui court jusqu’aux 5,5 ans du bénéficiaire.

Seules sont prises en considération, pour les interventions des organismes assureurs, les bilans tels qu’ils sont définis dans la présente convention, qui ont effectivement lieu dans la période accordée par le médecin-conseil.

**Article 17.**

§ 1er. Une demande de prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite par les parents du bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'établissement s'engage à assister les parents du bénéficiaire lors de l'introduction de la demande, notamment en veillant au respect du délai fixé à cet effet.

Dans le cas où l'établissement a pris sur lui la responsabilité d'introduire la demande d'intervention pour le bénéficiaire, il s'engage à ne pas porter en compte au bénéficiaire intéressé les frais qui ne sont pas remboursés par l'organisme assureur pour cause d'introduction tardive de la demande.

§ 2. L'arrêté royal cité au § 1 du présent article prévoit notamment que la demande de prise en charge doit être introduite par les parents au moyen du modèle approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé. Le formulaire de demande joint en ***annexe 2*** à la présente convention peut être modifié à tout moment par le Comité de l’assurance.

A ce formulaire doit être joint un rapport médical établi par un médecin de l’établissement, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

§ 3. En application des dispositions de l’article 142 § 2 de l’arrêté royal susmentionné, la demande de prise en charge doit parvenir au médecin-conseil dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle la première prestation de bilan (telle que définie à l’article 13 de la présente convention et pour laquelle l’intervention de l’assurance est sollicitée) a été achevée. Cela implique que la demande doit parvenir au médecin-conseil au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de discussion avec les parents des résultats des examens de la première prestation de bilan réalisée pour ce bénéficiaire.

§ 4. L’intervention pour le programme de suivi accordé dans le cadre de la présente convention prend fin lorsque le bénéficiaire change d’établissement avec lequel le Comité de l’assurance a conclu la même convention. Une nouvelle demande de prise en charge dans le cadre du nouvel établissement, introduite conformément aux dispositions du présent article, est toutefois exigée.

§ 5. L’établissement s’engage à fournir au médecin-conseil toutes les informations qu’il juge utile afin de pouvoir se prononcer sur la prise en charge du programme de suivi initié pour un bénéficiaire.

§ 6. Toutes les demandes individuelles de prise en charge doivent être introduites sur la base du nom et du numéro d’identification attribué à chaque établissement qui a signé la présente convention et ce, même si en vertu des dispositions de l’article 8, les activités conventionnelles peuvent être réalisées sur d’autres sites que le site principal de l’établissement qui a signé la présente convention.

**PRESTATIONS REMBOURSABLES DANS LE CADRE DE LA PRESENTE CONVENTION**

**Article 18.**

§ 1er. Les prestations remboursables dans le cadre de la présente convention sont des **prestations de bilan** effectuées pour un bénéficiaire visé par la présente convention. Ces prestations se composent de toutes les interventions et démarches requises conformément aux dispositions mentionnées à l’article 13 de la présente convention, effectuées par les membres de l’équipe définie dans la présente convention. L’établissement ne pourra pas porter en compte la prestation de bilan que si toutes les interventions prévues à l’article 13 ont été dispensées pour le bénéficiaire concerné. Le contrôle du respect de la réalisation de ces interventions minimales prévues pour chaque prestation de bilan doit être rendu possible sur la base des différents éléments qui doivent être mentionnés dans le dossier individuel dont il est question à l’article 11 § 1er de la présente convention.

Dans le cadre de la présente convention, il existe en vertu des dispositions de l’article 13 de la présente convention 4 prestations remboursables possibles (bilans A, B, C et D).

Ces prestations sont remboursables via la mention des pseudocodes suivants sur la facture :

784674 pour la prestation de bilan A (groupe 1) – patient ambulatoire

###### pour la prestation de bilan A (groupe 1) – patient hospitalisé

784696 pour la prestation de bilan A (groupe 2) – patient ambulatoire

###### pour la prestation de bilan A (groupe 2) – patient hospitalisé

784711 pour la prestation de bilan B (groupe 1) – patient ambulatoire

784733 pour la prestation de bilan B (groupe 2) – patient ambulatoire

784755 pour la prestation de bilan C (groupe 1) – patient ambulatoire

784770 pour la prestation de bilan C (groupe 2) – patient ambulatoire

784792 pour la prestation de bilan D (groupe 1) – patient ambulatoire

784814 pour la prestation de bilan D (groupe 2) – patient ambulatoire

Compte tenu des dispositions de l’article 13 § 7 de la présente convention, pour les patients qui font partie du groupe 2 des bénéficiaires visés par la présente convention, seuls 2 types de prestations pourront être portées en compte pour ces patients. Les combinaisons suivantes sont possibles :

* Bilan A et bilan D **ou ;**
* Bilan B et bilan D **ou ;**
* Bilan C et bilan D.

§ 2. Il est possible de porter en compte une demi-prestation dans le cas où :

* la prestation de bilan prévue est dispensée sur plusieurs jours **et** ;
* que le bénéficiaire a au moins eu les contacts requis avec le médecin et le psychologue et/ou kinésithérapeute et/ou logopède pour cette prestation de bilan **et** ;
* que l’établissement est convaincu que ce bénéficiaire ne se présentera plus aux prochaines consultations du bilan en question et qu’il ne pourra dès lors pas porter en compte un forfait complet.

L’établissement pourra uniquement pour ce cas précis porter en compte aux organismes assureurs des bénéficiaires concernés, la moitié des montants prévus à l’article 19 § 1er.

Cette prestation est remboursable via la mention des pseudocodes suivants sur la facture :

784836 pour la prestation de bilan A (groupe 1) – patient ambulatoire

###### pour la prestation de bilan A (groupe 1) – patient hospitalisé

784851 pour la prestation de bilan A (groupe 2) – patient ambulatoire

###### pour la prestation de bilan A (groupe 2) – patient hospitalisé

784873 pour la prestation de bilan B (groupe 1) – patient ambulatoire

784895 pour la prestation de bilan B (groupe 2) – patient ambulatoire

784910 pour la prestation de bilan C (groupe 1) – patient ambulatoire

784932 pour la prestation de bilan C (groupe 2) – patient ambulatoire

784954 pour la prestation de bilan D (groupe 1) – patient ambulatoire

784976 pour la prestation de bilan D (groupe 2) – patient ambulatoire

**PRIX DES PRESTATIONS ET MODALITES DE FACTURATION**

**Article 19.**

§ 1er. Les prix des prestations de bilan – dont un détail est rendu en ***annexe 3*** – sont fixés comme suit :

① Pour la prestation de bilan **A**, le prix est fixé à 252,77 EUR.

Hormis une somme non indexable de 7,95 EUR, ce prix est lié à l’indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1997 organisant un régime de liaison à l’indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

② Pour la prestation de bilan **B**, le prix est fixé à 293,23 EUR.

Hormis une somme non indexable de 9,22 EUR, ce prix est lié à l’indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1997 organisant un régime de liaison à l’indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

③ Pour la prestation de bilan **C**, le prix est fixé à 293,23 EUR.

Hormis une somme non indexable de 9,22 EUR, ce prix est lié à l’indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1997 organisant un régime de liaison à l’indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

④ Pour la prestation de bilan **D**, le prix est fixé à 499,90 EUR.

Hormis une somme non indexable de 15,72 EUR, ce prix est lié à l’indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 105,10 de septembre 2018 – Base 2013). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1997 organisant un régime de liaison à l’indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

§ 2. La prestation de bilan est facturable dès que toutes les interventions et démarches requises conformément aux dispositions mentionnées à l’article 13 nécessaires à la réalisation des objectifs de ce bilan ont été effectuées en faveur d’un bénéficiaire visé par la présente convention.

La facturation n’est possible que lorsque l’entièreté de la prestation en question a été réalisée pour le bénéficiaire concerné.

§ 3. Dans le cas où les conditions mentionnées à l’article 18 § 2 sont réunies, le prix de la demi-prestation est fixé à la moitié des prix prévus au § 1er du présent article en fonction du bilan qui a débuté pour le bénéficiaire concerné.

§ 4. Le montant de l'intervention de l'assurance est facturé par l’établissement à l’organisme assureur du bénéficiaire sur la base de la bande magnétique de l’établissement hospitalier dont l’établissement fait partie (facturation électronique obligatoire sur support magnétique).

La date à mentionner dans la facturation d’un bilan est la date à laquelle les résultats de ce bilan ont été discutés avec les parents du bénéficiaire visé par la présente convention.

Dans le cas où l’établissement facture des demis-prestations conformément aux dispositions de l’article 18 § 2 de la présente convention, la date qui doit être mentionnée sur la facture est la date à laquelle la dernière intervention d’un membre de l’équipe de l’établissement a été réalisée pour le bénéficiaire pour qui la prestation est facturée.

La date d’un bilan ou d’une demi-prestation doit être comprise dans la période accordée par le médecin-conseil et doit se situer dans les limites d’âge que la présente convention prévoit pour chaque type de bilan comme le prévoit l’article 13 § 2 de la présente convention.

Pour chaque bilan distinct, l'établissement fournit aux parents du bénéficiaire un récapitulatif de ce qu’il a porté en compte pour lui à l'organisme assureur.

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

§ 6. L’établissement qui a conclu la présente convention s’engage à ne jamais porter en compte, ni aux bénéficiaires et leurs parents, ni aux organismes assureurs ou une autre instance, les interventions et prestations qui font déjà l’objet d’un remboursement dans le cadre de la présente convention. L'établissement s'engage aussi à ne réclamer aux bénéficiaires aucun supplément par rapport aux prix fixés aux §§ 1 et 3 du présent article, pour les interventions et prestations faisant partie d’un bilan et remboursées sur base des prix fixés dans le présent article.

**REGLES DE CUMULS**

**Article 20.**

§ 1er. En tenant compte des dispositions de l’article 17 § 4, l’intervention de l’assurance dans les prestations de bilan non encore réalisées pour un bénéficiaire et prévues dans le cadre de la présente convention n’est plus due si le bénéficiaire se rend dans un autre établissement qui a signé la présente convention. Toutefois, l’établissement peut encore porter une prestation de bilan déjà aboutie avant que le bénéficiaire ne se rende dans un autre établissement, ainsi que porter en compte les prestations qui répondent aux dispositions de l’article 18 § 2 et de l’article 19 § 3.

L’établissement qui poursuit le suivi du bénéficiaire ne pourra plus porter en compte les bilans qui ont déjà été effectués ou entamés antérieurement par l’établissement initial. Toutefois, cet établissement pourra effectuer et porter en compte les prestations de bilans qui n’ont pas déjà été effectuées ou entamées et portées en compte antérieurement.

§ 2. Le suivi dans le cadre de la présente convention peut à n’importe quel moment être cumulé avec une prise en charge dans n’importe quel autre établissement de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention avec le Comité de l’assurance. La prise en charge dans un Centre de rééducation fonctionnelle de n’importe quel type n’empêche donc jamais la réalisation des bilans de suivi prévus dans le cadre de la présente convention.

Ainsi, un cumul est possible, entre autres, avec une prise en charge dans le cadre de la convention conclue avec les établissements suivants :

* Centres de rééducation ambulatoires (CRA)
* Centres en infirmité motrice d’origine cérébrale (Centres de référence et autres Centres)
* Centres de référence pour le Spina bifida
* Centres de référence pour la mucoviscidose
* Centres de référence pour la prise en charge des affections neuromusculaires
* …

§ 3. Etant donné que le temps de travail médical remboursé dans le cadre de la présente convention sur base des prix des bilans (fixés dans l’article 19 de la présente convention), ne comprend que le temps de travail nécessaire au travail multidisciplinaire et à la coordination des activités prévues dans le cadre de la présente convention, des prestations médicales peuvent être portées en compte, en sus des montants prévus par la présente convention, dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé. Toutefois, les prestations médicales qui sont effectuées dans le cadre des bilans prévus par la présente convention et qui sont portées en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé, ne peuvent être portées en compte qu’au honoraire officiel sur base duquel l’intervention de l’assurance est calculée et qui peut être consulté sur le site internet de l’INAMI (il s’agit ici en principe des tarifs prévus pour les médecins dits « conventionnés »).

Dans le cas où pour la réalisation d’un bilan prévu dans le cadre de la présente convention, des prestations sont dispensées par plusieurs médecins de l’équipe visée à l’article 14 de la présente convention, le même jour, pour un même bénéficiaire, seul un de ces médecins pourra porter en compte une consultation dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé.

L’établissement s’engage à prendre toutes les mesures nécessaires vis-à-vis des médecins de son équipe afin de respecter ces dispositions.

§ 4. Aucune prestation de kinésithérapie et de logopédie figurant dans la nomenclature des prestations de santé et effectuée, par un membre de l’équipe active au sein de l’établissement, en faveur d’un bénéficiaire visé par la présente convention, ne pourra être portée en compte en sus du forfait prévu dans le cadre de la présente convention dans le cas où cette prestation de kinésithérapie ou de logopédie est effectuée dans l’établissement.

Cette interdiction s’applique également aux prestations de kinésithérapie et de logopédie figurant dans la nomenclature des prestations de santé, et effectuées, en dehors de l’établissement, par un membre de l’équipe active au sein de l’établissement, en faveur d’un bénéficiaire visé par la présente convention, si le membre de l’équipe concerné a été impliqué dans la réalisation d’un bilan réalisé dans le cadre de la présente convention pour le bénéficiaire concerné.

Dès lors, un kinésithérapeute ou logopède qui est membre de l’équipe active au sein de l’établissement, ne peut effectuer, en dehors de l’établissement, en faveur d’un bénéficiaire visé par la présente convention, des prestations de kinésithérapie et de logopédie figurant dans la nomenclature des prestations de santé, que dans le cas où ce kinésithérapeute ou logopède n’a pas été impliqué dans la réalisation d’aucun bilan réalisé dans le cadre de la présente convention pour le bénéficiaire concerné.

§ 5. Aucune prestation de psychologie ou d’assistance sociale ne pourra être portée en compte non plus en sus du forfait prévu dans le cadre de la présente convention dans le cas où ces prestations de psychologie ou d’assistance sociale sont effectuées par les membres de l’équipe active au sein de l’établissement en faveur des bénéficiaires visés par la présente convention et ce, tant si ces prestations sont effectuées dans que en dehors de l’établissement.

**CHIFFRES DE PRODUCTION ET COMPTABILITE**

**Article 21.**

§ 1. Avant la fin du mois suivant la fin de chaque trimestre, l’établissement transmet les chiffres de production (soit le nombre de bilans effectués, par type, multiplié par leurs prix respectifs) relatifs à ce trimestre au moyen de l’application informatique que le Service des soins de santé a fait parvenir à cet effet.

Chaque bilan effectué pour un bénéficiaire ne peut figurer qu’une seule fois dans les chiffres de production d’une année calendrier. Les prestations dont il apparait d’avance qu’elles ne sont pas remboursables (par exemple parce qu’elles ne répondent pas aux conditions fixées dans le cadre de la présente convention ou parce que le bénéficiaire n’est pas assuré dans le cadre de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités) ne doivent pas figurer dans les chiffres de production.

L’établissement s’engage à présenter, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d’évaluation et de contrôle médicaux de l’INAMI, tous les documents nécessaires à l’appui des chiffres de production communiqués. La communication volontaire de chiffres de production erronés entrainera une suspension de paiement par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

Si les chiffres de production ne sont pas envoyés avant la fin du premier mois qui suit la fin d’un trimestre, l’établissement sera rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production n’ont toujours pas été communiqués dans les 30 jours civils après l’envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l’INAMI et l’établissement) sont suspendus d’office tant qu’il n’est pas satisfait à cet engagement.

§ 2. L’établissement désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Il communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé de l’INAMI qu’il informe également de tout changement de ces coordonnées.

§ 3. Dans le cas où, en vertu des dispositions de l’article 8 de la présente convention, les activités conventionnelles sont réalisées sur plusieurs sites, les chiffres de production doivent être transmis globalement pour l’ensemble des sites sur lesquels sont dispensées les activités conventionnelles. Cette transmission se fera par l’établissement ayant signé la présente convention qui communique alors des chiffres globaux pour lui et les différents sites.

**Article 22.**

Le Pouvoir organisateur de l’établissement tient une comptabilité basée, d’une part, autant que possible, sur le plan comptable normalisé minimum pour les hôpitaux (A.R. du 14.08.1987), et d’autre part, sur les décisions prises en la matière par le Comité de l'assurance soins de santé. Les données comptables liées à l’application de la présente convention sont rassemblées sous un poste de frais distinct de telle sorte que les dépenses et revenus puissent être immédiatement connus.

Le pouvoir organisateur est tenu de conserver les justificatifs des recettes et des dépenses pendant 10 ans.

Les comptes doivent toujours être accessibles, dans ce délai, au Service des soins de santé de l’INAMI.

Si le Service de soins de santé le demande explicitement, un relevé des revenus et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, doit être transmis au Service des soins de santé au moyen d’un modèle déterminé par ce Service.

**CONSEIL D’ACCORD**

**Article 23.**

§ 1er. Le Conseil d'accord est un organe fonctionnel composé, d'une part, des membres du Collège des médecins-directeurs du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. et, d'autre part, des médecins responsables des établissements avec lesquels la présente convention a été conclue. Le Conseil d'accord est présidé par le Président du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Le Conseil d'accord a pour missions :

* De suivre attentivement l’évolution du nombre de bilans de chaque type effectués (bilans complets, bilans partiels, interventions remboursables et non remboursables, etc.) et d’identifier, pour chaque type de bilan également, les troubles diagnostiqués, les orientations vers des traitements adaptés, etc.
* D’assurer un feedback  c’est-à-dire de proposer, sur la base de l’évaluation des bilans effectués, des adaptations au « système conventionnel » tenant compte de la réalité et des résultats obtenus en vue de promouvoir la qualité des bilans diagnostics dispensés aux bénéficiaires de la présente convention;
* De mener une politique générale en matière de grande prématurité : donner des avis soit à la demande, soit spontanément dans le cadre de l’assurance maladie. Ces avis seront basés sur l’expérience de travail des établissements en faveur des grands prématurés.

§ 3. Le Conseil d'accord est convoqué sur décision du Président.

§ 4. Si l’établissement n’est, à plusieurs reprises, pas présent à la réunion du Conseil d’accord, cette absence sera constatée par le Président du Conseil d’accord, par lettre recommandée adressée au pouvoir organisateur de l’établissement.

Si l’établissement reste absent, après cette constatation, cette absence sera immédiatement communiquée au Comité de l’assurance qui peut décider de résilier la convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis prévu à l’article 27, § 2 de la présente convention.

**PEER REVIEW**

**Article 24.**

§ 1er. L’établissement est tenu de collaborer à la conception, à la mise à jour, à la gestion et à l’exploitation d’une base de données, visant à recenser de la manière la plus exhaustive possible et à étudier scientifiquement l’ensemble de la population des enfants dont il est question dans le cadre de la présente convention, à partir de leur naissance et hospitalisation dans un NIC. Cet enregistrement doit également comporter certaines données enregistrées de manière systématique et uniforme par l’ensemble des établissements qui ont signés la présente convention, en ce qui concerne les programmes de suivi qu’ils réalisent.

En outre, il est attendu des établissements qui ont signé la présente convention qu’ils élaborent un protocole permettant de mesurer la qualité du suivi dispensé dans le cadre de la présente convention qui peut être du type PROM (Patient Reported Outcome Measures) et/ou PREM (Patient Reported Experience Measures). Une proposition commune en la manière est attendue pour le 30 avril 2019 au plus tard par le Collège des médecins-directeurs.

Dans le cas où le Collège des médecins-directeurs estime avant le 30 juin 2019 que le protocole mis en place est satisfaisant, les dispositions de la présente convention concernant l’enregistrement des heures de début et de fin de chaque intervention des membres de l’équipe ne seront plus d’application à partir du 1ier juillet 2019 (dispositions dont question à l’article 11 § 1er et 24 § 3 de la présente convention).

§ 2. Cet enregistrement doit se faire en collaboration avec le Collège des médecins pour la Mère et le nouveau-né (Section néonatalogie) institué auprès du Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaine alimentaire et environnement dont les missions principales sont d’expliciter la qualité dans son domaine et plus particulièrement organiser l'évaluation externe dans tous les domaines de la néonatologie. Dans ce contexte, l’établissement qui a signé la présente convention est tenu (en collaboration avec le Collège des médecins pour la Mère et le nouveau-né) de compléter l’enregistrement des données néonatales qui existent déjà par des informations relatives au suivi des enfants à plusieurs âges clé de leur développement.

§ 3. Les établissements qui ont conclu la présente convention rédigent en collaboration avec le Collège des médecins pour la Mère et le nouveau-né (Section néonatalogie), à l’intention du Collège des médecins-directeurs et du Comité de l’assurance, un rapport annuel reprenant les résultats de la collecte de données.

Le rapport doit permettre de disposer de données relatives aux bénéficiaires de la présente convention. A ce sujet, 3 sortes de données doivent être enregistrées :

* Données administratives :
  + Un code bénéficiaire (de manière à anonymiser les données) ;
  + Le mois et l’année de naissance du bénéficiaire ;
  + Le groupe dans lequel le bénéficiaire appartient (groupe 1 ou groupe 2) ;
  + Pour chaque type de bilan et par   discipline concernée : le temps investi  ;
* Données diagnostiques :
  + Quels sont les paramètres de poids et d’âge par enfant né prématuré lors de chaque bilan réalisé dans le cadre de la présente convention, par rapport à l’évolution normale d’autres enfants ? ;
  + Quels sont les résultats de tous les examens effectués dans le cadre des bilans prévus par la présente convention par rapport à l’évolution normale d’autres enfants (résultats normaux, retards de développement, troubles de développement diagnostiqués) ?
* Données de renvoi : par quel Service NIC le bénéficiaire a-t-il été envoyé à l’établissement ?
* Données sur le nombre de nouveaux bénéficiaires (comme définis à l’article 10 § 1er de la présente convention) pris en charge par l’établissement pendant l’année sur laquelle porte le rapport.

§ 4. Sur la base des données que le Collège des médecins-directeurs ou le Comité de l’assurance peut puiser dans le rapport annuel, tant le Collège des médecins-directeurs que le Comité de l’assurance peut demander pour la collecte de données suivante d’intégrer des données supplémentaires qu’ils jugent opportunes.

§ 5. Le rapport annuel doit être rendu au plus tard pour le 30 juin de l’année qui suit l'année à laquelle le rapport a trait. Ainsi, les résultats de l’année 2019 seront envoyés à l’intention du Collège des médecins-directeurs pour le 30 juin 2020 au plus tard et ainsi de suite.

Si le Service des soins de santé constate que pour une année déterminée, l’établissement n’a pas participé à la collecte de données sur base de laquelle le rapport annuel est constitué, une lettre recommandée sera envoyée lui demandant de se conformer aux dispositions prévues dans le cadre de la présente convention. L’établissement disposera alors de 1 mois (à compter de la date d’envoi de la lettre recommandée) pour réagir et transmettre les données. Si au bout de 1 mois, l’établissement n’a toujours pas transmis les données, il peut être proposé au Comité de l’assurance de résilier la présente convention pour ce motif, moyennant le respect du préavis prévus à l’article 27 § 2 de la présente convention. Avant que le Comité de l’assurance ne se prononce à ce sujet, l’établissement doit avoir eu l’occasion d’expliquer par écrit les raisons pour lesquelles il n’a pas pu transmettre les données demandées de la façon demandée.

**DISPOSITIONS GENERALES**

**Article 25.**

Afin de promouvoir la qualité des programmes de suivis prévus dans le cadre de la présente convention, l'établissement s'engage à donner un exemplaire de cette convention à chaque membre de sa propre équipe. A cet effet, l'établissement conserve les accusés de réception signés par le personnel et les tient à la disposition du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I.

**Article 26.**

L'établissement s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. et au médecin-conseil de l'organisme assureur, toute information demandée sur le plan thérapeutique et - en ce qui concerne exclusivement le Service des soins de santé - sur le plan financier ou relative à la gestion générale des conventions.

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 cette fin.

**DUREE DE VALIDITE**

**Article 27.**

§ 1er. La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le 1er janvier 2019 et est valable jusqu’au 31 décembre 2020.

§ 2. Une des parties peut toutefois à tout moment dénoncer la convention par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie, moyennant le respect d'un délai de préavis de trois mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi à la poste de la lettre recommandée.

§ 3. Les annexes à la présente convention font partie intégrante de celle-ci mais ne changent rien à ses dispositions proprement dites. Les annexes sont les suivantes :

Annexe 1 : Exemple d’adaptation de l’encadrement en fonction du nombre et type de bilans réalisés

Annexe 2 : Formulaire de demande de prise en charge

Annexe 3 : Détails du prix des prestations de bilan

|  |  |
| --- | --- |
| **POUR LE POUVOIR ORGANISATEUR**  **DE L’ETABLISSEMENT,**  **Le Gestionnaire,**  **(Nom + fonction + signature)**  **POUR L'EQUIPE DE REEDUCATION**  **MULTIDISCIPLINAIRE,**  **Le Médecin-responsable,** | **POUR LE COMITE DE L'ASSURANCE**  **SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT**  **NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE :**  **Bruxelles, le**  **Le fonctionnaire dirigeant,**  **Alain GHILAIN**  **Directeur général a.i..** |

**Nom du médecin responsable**

**Annexe 1 :**

**Exemple interprétatif : Encadrement**

Hypothèse de départ :

Pour l’année y, le Centre de suivi a réalisé :

* 100 bilans de type A ;
* 80 bilans de type B ;
* 65 bilans de type C ;
* 23 bilans de type D.

Encadrement nécessaire pour le bilan de **type A**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Encadrement par patient prévu dans le forfait | | | Encadrement pour 100 bilans de type A |
| Fonction | Nombre d’heure par patient | ETP par patient | ETP pour 100 bilans |
| Médecin | 0,75 | 0,0005 | 0,0459 |
| Psychologue | 1,5 | 0,0009 | 0,0918 |
| Kinésithérapeute | 0,75 | 0,0005 | 0,0459 |
| Assistant social | 0,5 | 0,0003 | 0,0306 |
| Secrétariat | 1 | 0,0006 | 0,0612 |
| TOTAL | 4,5 | 0,0028 | **0,2754** |

Encadrement nécessaire pour le bilan de **type B**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Encadrement par patient prévu dans le forfait | | | Encadrement pour 80 bilans de type B |
| Fonction | Nombre d’heure par patient | ETP par patient | ETP pour 80 bilans |
| Médecin | 0,75 | 0,0005 | 0,0367 |
| Psychologue | 2,25 | 0,0014 | 0,1102 |
| Kinésithérapeute | 0,75 | 0,0005 | 0,0367 |
| Assistant social | 0,5 | 0,0003 | 0,0245 |
| Secrétariat | 1 | 0,0006 | 0,0490 |
| TOTAL | 5,25 | 0,0032 | **0,2570** |

Encadrement nécessaire pour le bilan de **type C**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Encadrement par patient prévu dans le forfait | | | Encadrement pour 65 bilans de type C |
| Fonction | Nombre d’heure par patient | ETP par patient | ETP pour 65 bilans |
| Médecin | 0,75 | 0,0005 | 0,0298 |
| Psychologue | 2,25 | 0,0014 | 0,0895 |
| Kinésithérapeute | 0,75 | 0,0005 | 0,0298 |
| Assistant social | 0,5 | 0,0003 | 0,0199 |
| Secrétariat | 1 | 0,0006 | 0,0398 |
| TOTAL | 5,25 | 0,0032 | **0,2088** |

Encadrement nécessaire pour le bilan de **type D**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Encadrement par patient prévu dans le forfait | | | Encadrement pour 23 bilans de type D |
| Fonction | Nombre d’heure par patient | ETP par patient | ETP pour 23 bilans |
| Médecin | 0,75 | 0,0005 | 0,0106 |
| Psychologue | 3,75 | 0,0023 | 0,0528 |
| Kinésithérapeute | 1,85 | 0,0011 | 0,0260 |
| Assistant social | 0,5 | 0,0003 | 0,0070 |
| Logopède | 1,85 | 0,0011 | 0,0260 |
| Secrétariat | 1 | 0,0006 | 0,0141 |
| TOTAL | 9,7 | 0,0059 | **0,1365** |

Encadrement total nécessaire :

Bilan type A : 0,2754 ETP

Bilan type B : 0,2570 ETP

Bilan type C : 0,2088 ETP

Bilan type D : 0,1365 ETP

TOTAL : 0,8778 ETP pour accompagner les patients suivis dans le Centre de suivi pour l’année y.

**Annexe 2 :**

**Formulaire de demande d’intervention**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION**

**DE L'ORGANISME ASSUREUR DANS LE CADRE DE LA CONVENTION POUR LE SUIVI DES ENFANTS NES GRANDS PREMATURES JUSQUE l’AGE DE 5,5 ANS**

**Ce présent formulaire vise à introduire une demande d’intervention dans le coût du programme de suivi des enfants nés grands prématurés (enfants nés avec un âge gestationnel inférieur à 32 semaines) auprès de la mutualité du bénéficiaire. Le programme de suivi court jusque l’âge de 5,5 ans de l’enfant.**

**Cette procédure est régie par l’article 23 § 1 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.**

**A REMPLIR PAR LES PARENTS DU BENEFICIAIRE FAISANT PARTIE DU GROUPE CIBLE DE LA CONVENTION**

Vignette délivrée par l'organisme assureur du bénéficiaire

|  |
| --- |
|  |

**Je soussigné(e)**

………………………………………………….(nom et prénom)

**Parent(s) de**

………………………………………………….(nom et prénom) ; bénéficiaire dans le cadre de la convention

demande(nt) une intervention pour le programme de suivi des enfants nés grands prématurés qui vise à mettre sur pied un suivi multidisciplinaire permettant de détecter des troubles du développement possibles liés à la grande prématurité de mon enfant. Ce programme a été expliqué par l’établissement.

consent(ent) à ce que des données relatives au programme de suivi de mon enfant soient enregistrées.

Date de la demande : …./…./……..

Signature du/de(s) parent(s) du bénéficiaire :

(si un représentant légal autre que les parents remplit et signe la présente demande, indiquer son nom, sa relation par rapport au bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro)

**A REMPLIR PAR LE CENTRE DE SUIVI**

1. **Identification du Centre de suivi :**

Numéro d’identification : …………………………………………………..........................................................................

Nom et adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom et numéro de téléphone de la personne de contact :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Début de la prise en charge demandée dans le cadre de la convention**

Pour le bénéficiaire, la date de début[[1]](#footnote-1) de la prise en charge dans le cadre de la convention est la suivante : …./…./……..

Date de la première intervention réalisée par un membre de l’équipe dans le cadre de la convention : …./…./………[[2]](#footnote-2)

1. **Données médicales**

Le médecin qui prend en charge l’enfant dans le Centre de suivi certifie que le bénéficiaire répond bien aux conditions prévues dans le cadre de la convention notamment en ce qui concerne les critères de poids et d’âge gestationnel au moment de la naissance à remplir pour que ce bénéficiaire puisse suivre le programme dans le cadre de la convention.

!! Document à annexer !! : Le document rédigé par le médecin qui a pris le bénéficiaire en charge après sa naissance (et ce, durant la période d’hospitalisation de ce bénéficiaire en raison de sa naissance prématurée). Ce document mentionne effectivement le poids de naissance du bénéficiaire ainsi que son âge gestationnel au moment de la naissance (cf. dispositions de l’article 6 de la convention).

Le médecin confirme donc sur la base de ce document, que le bénéficiaire fait partie du (cochez la /les case(s) correspondante(s)) :

Groupe 1 de la convention :

Enfant né avec un âge gestationnel inférieur à 31 semaines de grossesse (sont donc visés les enfants nés avec un âge gestationnel jusque 30 semaines et 6 jours de grossesse)

Né avec un poids inférieur à 1500 grammes

Groupe 2 de la convention (enfant né avec un âge gestationnel de 31 semaines de grossesse (sont donc visés les enfants nés au maximum à la 31ième semaine et 6 jours de grossesse et ayant donc moins de 32 semaines et un poids supérieur ou égal à 1500 grammes)

Nom, signature et date du **médecin de l'équipe conventionnée:**

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date : …./…./……..

Signature :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Réservé au Médecin-conseil**

Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil : …./…./……..

Décision :

Favorable

Défavorable :

Motivation : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Autre :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Annexe 3 : Détails du prix des prestations de bilan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Le calcul est basé sur : | |  |  |  |
| - les barèmes applicables aux hôpitaux de la commission paritaire 330, sauf pour le médecin pour qui le barème de MC d’un OA est pris en considération | | | | |
| - une ancienneté de 15 ans pour tous les membres du personnel | | | |  |
| - indemnités de coordination pour le médecin (10% du salaire brut mensuel supplémentaire) | | | | |
| - Les frais généraux représentent 10% du montant total du prix de la prestation | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Fonction** | | **Barème** | **Coût salarial annuel**  **pour 1 ETP**  **(indice-pivot 99,04**  **– base 2013)** | **Coût salarial par heure de travail**  **(indice-pivot 99,04 – base 2013)** |
|
| Médecin | | MC | 156.726,08 € | 95,92 € |
| Psychologue | | 1/80 | 74.893,15 € | 45,83 € |
| Kinésithérapeute | | 1/55-1/61-1/77 | 59.186,97 € | 36,22 € |
| Assistant social | | 1/55-1/61-1/77 | 59.186,97 € | 36,22 € |
| Secrétariat | | 1/50 | 47.097,63 € | 28,82 € |
|  |  |  |  |  |
| **1) Prestation de bilan A** | | |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Fonction** | | **Barème** | **Temps de travail prévu pour chaque discipline par patient** | **coût salarial par discipline en fonction du temps de travail prévu pour chaque discipline**  **(indice-pivot 99,04 – base 2013)** |
|
| Médecin | | MC | 0,75 | 71,94 € |
| Psychologue | | 1/80 | 1,5 | 68,75 € |
| Kinésithérapeute | | 1/55-1/61-1/77 | 0,75 | 27,17 € |
| Assistant social | | 1/55-1/61-1/77 | 0,5 | 18,11 € |
| Secrétariat | | 1/50 | 1 | 28,82 € |
|  | | | 4,5 | **214,79 €** |
|  |  |  | Frais généraux | 23,87 € |
|  |  |  | TOTAL | **238,65 €** |
| |  | | --- | | Montant de la prestation de bilan A à **l’indice pivot 105,10 de septembre 2018 (base 2013)** : **252,77 €**  🡪 dont partie indexable : 244,82 €  🡪 dont partie non indexable : 7,95 € |   **2) Prestation de bilan B** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Fonction** | | **Barème** | **Temps de travail prévu pour chaque discipline par patient** | **coût salarial par discipline en fonction du temps de travail prévu pour chaque discipline**  **(indice-pivot 99,04 – base 2013)** |
|
| Médecin | | MC | 0,75 | 71,94 € |
| Psychologue | | 1/80 | 2,25 | 103,13 € |
| Kinésithérapeute | | 1/55-1/61-1/77 | 0,75 | 27,17 € |
| Assistant social | | 1/55-1/61-1/77 | 0,5 | 18,11 € |
| Secrétariat | | 1/50 | 1 | 28,82 € |
|  | | | 5,25 | **249,16 €** |
|  |  |  | Frais généraux | 27,68 € |
|  |  |  | TOTAL | **276,85 €** |
|  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | Montant de la prestation de bilan B à **l’indice pivot 105,10 de septembre 2018 (base 2013)** : **293,23 €**  🡪 dont partie indexable : 284,01 €  🡪 dont partie non indexable : 9,22 € |   **3) Prestation de bilan C** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Fonction** | | **Barème** | **Temps de travail prévu pour chaque discipline par patient** | **coût salarial par discipline en fonction du temps de travail prévu pour chaque discipline**  **(indice-pivot 99,04 – base 2013)** |
|
| Médecin | | MC | 0,75 | 71,94 € |
| Psychologue | | 1/80 | 2,25 | 103,13 € |
| Kinésithérapeute | | 1/55-1/61-1/77 | 0,75 | 27,17 € |
| Assistant social | | 1/55-1/61-1/77 | 0,5 | 18,11 € |
| Secrétariat | | 1/50 | 1 | 28,82 € |
|  | | | 5,25 | **249,16 €** |
|  |  |  | Frais généraux | 27,68 € |
|  |  |  | TOTAL | **276,85 €** |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Montant de la prestation de bilan C à **l’indice pivot 105,10 de septembre 2018 (base 2013)** : **293,23 €**  🡪 dont partie indexable : 284,01 €  🡪 dont partie non indexable : 9,22 € |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4) Prestation de bilan D** | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **Fonction** | | **Barème** | **Temps de travail prévu pour chaque discipline par patient** | **coût salarial par discipline en fonction du temps de travail prévu pour chaque discipline**  **(indice-pivot 99,04 – base 2013)** |
|
| Médecin | | MC | 0,75 | 71,94 € |
| Psychologue | | 1/80 | 3,75 | 171,88 € |
| Kinésithérapeute | | 1/55-1/61-1/77 | 1,85 | 67,01 € |
| Assistant social | | 1/55-1/61-1/77 | 0,5 | 18,11 € |
| Logopède | | 1/55-1/61-1/77 | 1,85 | 67,01 € |
| Secrétariat | | 1/50 | 1 | 28,82 € |
|  | | | 9,7 | **424,77 €** |
|  |  |  | Frais généraux | 47,20 € |
|  |  |  | TOTAL | **471,97 €** |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Montant de la prestation de bilan D à **l’indice pivot 105,10 de septembre 2018 (base 2013)** : **499,90** **€**  🡪 dont partie indexable : 484,18 €  🡪 dont partie non indexable : 15,72 € |

1. Par date de début, il est entendu la date de discussion avec les parents des résultats des examens. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cette date est importante à savoir dans le cadre du remboursement des frais de déplacements. Il s’agit de la date à partir de laquelle les frais de déplacement réalisés dans le cadre de la convention pourront être remboursés. [↑](#footnote-ref-2)