

# INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963  
Avenue Galilée 5/01 – 1210 Bruxelles

## Service des soins de santé

### **AVENANT A LA CONVENTION DE REEDUCATION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET «Lidwoorden»«Inrichtende macht» POUR LE CENTRE DE REFERENCE EN INFIRMITE MOTRICE D'ORIGINE CEREBRALE QUI FONCTIONNE SUR LES SITES «Sites».**

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,

«Lidwoorden»«Inrichtende\_macht», désigné ci-après dans la convention comme le “ pouvoir organisateur ”, dont dépend le centre de référence en infirmité motrice d'origine cérébrale qui fonctionne sur les sites «Sites», désigné ci-après dans le texte comme « le centre de référence en IMOC ».

### **DISPOSITIONS DE L'AVENANT**

**Article 1.** Les dispositions de l'article 11 de la convention sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« § 1<sup>er</sup>. Le contenu de chaque prestation mentionnée à l'Art. 7, 3) comporte, outre toutes les consultations nécessaires ou autres prestations médicales nécessaires remboursables séparément, effectuées par des médecins du centre de référence en IMOC et des médecins consultants, l'intervention nécessaire d'un (des) membre(s) de l'équipe 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).

§ 2. Toutes les composantes de la prestation entière dont le contenu est décrit au § 1<sup>er</sup>, 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 45 minutes pour chaque bénéficiaire et en moyenne une heure pour l'ensemble des bénéficiaires vus pour cette prestation au cours d'une année calendrier.

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. »

**Article 2. § 1.** Les dispositions de l'article 12, § 2 de la convention sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Une fois que le bénéficiaire a bénéficié d'une prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) et décrite à l'Art. 8 quant à son contenu, aucune intervention de l'assurance obligatoire soins de santé n'est 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. L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé d'une prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) est à nouveau possible après la fin de cette période susmentionnée (durant laquelle une telle prestation n'est plus remboursable). Cependant, le centre de référence en IMOC n'est pas dans l'obligation de réaliser à nouveau une telle prestation pour un bénéficiaire après la fin de cette période. »

**§ 2.** Les dispositions de l'article 12, § 3, dernier alinéa de la convention sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Pour un même bénéficiaire au moins 2 mois se passent entre la fin d'une prestation remboursable par l'assurance obligatoire soins de santé décrite à l'Art. 11 et le début d'une des prestations remboursables par l'assurance obligatoire soins de santé décrites à l'Art. 8 ou à l'Art. 9 ou inversement. Pour un même bénéficiaire, au moins 2 mois se passent également entre la fin d'une prestation remboursable par l'assurance obligatoire soins de santé telle que décrite à l'Art. 11 et le début d'une autre prestation remboursable par l'assurance obligatoire soins de santé telle que décrite à l'Art. 11. »

**§ 3.** Les dispositions de l'article 12, § 4 de la convention sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Le médecin coordinateur et les autres membres de l'équipe du centre de référence en IMOC s'engagent à informer par écrit chaque bénéficiaire des limitations quantitatives en ce qui concerne le nombre de prestations remboursables par l'assurance obligatoire soins de santé, mentionnées aux §§ 2 et 3 du présent 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 introduite au moins 4 semaines avant le début de la première prestation mentionnée à l'Art. 7 par l'intermédiaire du centre de référence en IMOC, les organismes assureurs 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. »

**Article 3. § 1.** Les dispositions de l'article 13, § 1, 1<sup>er</sup> alinéa de la convention sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les montants des prix et honoraires forfaitairement fixés dans le cadre de la présente convention pour les prestations mentionnées à l'Art. 7 sont :

Prestation mentionnée à	Montants des prix et honoraires		
	Totaux	Partie indexable	Partie non indexable
L'Art. 7, 1)	€ 847,45	€ 820,31	€ 27,14
L'Art. 7, 2)	€ 423,72	€ 410,15	€ 13,57

L'Art. 7, 3), a), b), c) et d) »	€ 100,24	€ 97,03	€ 3,21
-------------------------------------	----------	---------	--------

**§ 2.** Au **§ 2 de l'article 13** de la convention, l'indice pivot « 111,64 du 1<sup>er</sup> juin 2003 (base 1996) » est remplacé par l'indice pivot « 128,11 du 1<sup>er</sup> mai 2024 (base 2013) ».

**§ 3.** Les dispositions de **l'article 13, § 4** de la convention sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Dans le 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, le centre de référence en IMOC peut porter en compte pour chacun d'eux, une fois par participation, un honoraire de 108,22 euros à l'assurance obligatoire soins de santé, qui doit cependant être versé intégralement au(x) médecin(s) concerné(s).

De même, dans le cas où un kinésithérapeute visé à l'Art. 17, § 4 qui travaille 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 de référence en IMOC peut porter en compte pour celui-ci, une fois par participation, un honoraire de 49,37 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 128,11 du 1<sup>er</sup> mai 2024 (base 2013) des prix à la consommation et sont adaptés conformément aux dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public. »

**§ 4.** A l'article 13 de la convention, les **§§ 5 et 6** sont insérés après le § 4, libellés comme suit :

« **§ 5.** Une prestation mentionnée à l'Art. 7 peut être portée en compte dès que toutes les interventions et actions nécessaires à la réalisation de cette prestation ont été réalisées au profit d'un bénéficiaire visé par la présente convention.

**§ 6.** Le montant de l'intervention de l'assurance que le centre de référence en IMOC peut porter en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire concerné est, pour les prestations mentionnées à l'Art. 7, le montant qui est d'application à la date à laquelle la prestation visée à l'Art. 7 est achevée.

Pour les prestations mentionnées à l'Art. 7, 1) et 2), la prestation est achevée à la date du contact personnel avec le bénéficiaire et/ou sa famille au cours duquel le plan de traitement et de rééducation pour le bénéficiaire (Art. 7, 1)) ou l'évaluation ou l'adaptation du plan de traitement et de rééducation (Art. 7, 2)) est communiqué.

La prestation mentionnée à l'Art. 7, 3) est achevée à la date de remise de la prescription ou de l'avis au bénéficiaire et/ou à sa famille.

Le montant de l'intervention de l'assurance que le centre de référence en IMOC peut porter en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire concerné est, pour les prestations mentionnées au § 4 du présent article, le montant qui est d'application à la date à laquelle la réunion d'équipe a eu lieu. »

**Article 4.** Les dispositions de l'article 21 de la convention sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« § 1<sup>er</sup>. Les prestations mentionnées à l'Art. 7 n'entrent en considération pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que si le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire s'est prononcé favorablement au sujet de leur prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé.

Chaque demande de prise en charge et de prolongation de la prise en charge doit être introduite par le bénéficiaire selon les dispositions des articles 139, 142, § 2 et 144, 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.

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

Le pouvoir organisateur du centre de référence en IMOC s'engage à ne pas réclamer au bénéficiaire les frais de prestations éventuelles qui, en raison de l'introduction tardive 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.

**§ 2.** L'arrêté royal cité au § 1<sup>er</sup> du présent article prévoit entre autres que le bénéficiaire introduise la demande de prise en charge au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé. Le Comité de l'assurance peut à tout moment remplacer ce formulaire de demande par un autre formulaire.

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 qui figure en annexe 2 à la présente convention. Le Collège des médecins-directeurs peut à tout moment remplacer ce modèle par un autre.

**§ 3.** En application des dispositions de l'Art. 142, § 2 de l'arrêté royal susmentionnée, la demande de prise en charge doit parvenir au médecin-conseil dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle une première prestation mentionnée à l'Art. 7 (pour laquelle le remboursement de l'assurance est demandé) est achevée. Concrètement, cela signifie que :

- s'il s'agit d'une prestation mentionnée à l'Art. 7, 1) ou 2), le médecin-conseil doit recevoir la demande dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle a eu lieu le contact personnel avec le bénéficiaire et/ou sa famille au cours duquel a été communiqué le plan de traitement et de rééducation (Art. 7, 1)) ou l'évaluation ou l'adaptation du plan de traitement et de rééducation (Art. 7, 2)) ;
- s'il s'agit d'une prestation mentionnée à l'Art. 7, 3), le médecin-conseil doit recevoir la demande dans un délai de 30 jours à compter de la date de remise de la prescription ou de l'avis au bénéficiaire et/ou à sa famille.

**§ 4.** Chaque période d'intervention que le médecin-conseil accorde pour un bénéficiaire prend cours à la date de début de la première prestation mentionnée à l'Art. 7 qui a été réalisée pour un bénéficiaire conformément aux dispositions de la convention et peut durer au maximum 5 ans à partir de la date de début de la première prestation mentionnée à l'Art. 7.

Seul dans le cas où il s'agit d'une première demande de prise en charge, la première prestation dont question à l'Art. 7 doit toujours être une prestation mentionnée à l'article 7, 1).

Seules les prestations dont question dans la présente convention et effectivement dispensées pendant la période accordée par le médecin-conseil peuvent faire l'objet d'un remboursement par les organismes assureurs. »

**Article 5.** Les dispositions de l'article 25, § 1 de la convention sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Le centre de référence en IMOC s'engage à facturer les prix fixés en vertu de l'Art. 13, §§ 1 et 4 pour les prestations mentionnées à l'Art. 7 et à l'Art. 13, § 4 aux organismes assureurs sur la base du fichier de facturation électronique de l'établissement de soins auquel appartient le centre de référence en IMOC (facturation électronique obligatoire via MyCareNet).

Au moins une fois par année calendrier, le bénéficiaire reçoit un récapitulatif de ce que le centre de référence en IMOC a porté en compte pour lui à son organisme assureur. Si le bénéficiaire y consent, ce récapitulatif peut lui être remis par voie électronique. Si le bénéficiaire n'est pas d'accord pour recevoir un relevé par voie électronique, le relevé lui sera remis sur papier.

Lors de la facturation d'une prestation dont question à l'Art. 7, tant la date de début que la date de fin de la prestation doivent être indiquées. La date de début de la prestation mentionnée à l'Art. 7 est la date à laquelle est effectuée la première intervention faisant partie de la prestation. La date de fin de la prestation mentionnée à l'Art. 7 est la date à laquelle la prestation est achevée, telle que définie à l'Art. 13, § 5 de la convention.

La date à mentionner lors de la facturation d'une prestation mentionnée à l'Art. 13 § 4 est la date à laquelle la réunion d'équipe a eu lieu.

Les interventions et les actions qui font partie d'une prestation mentionnée à l'Art. 7 doivent être effectuées entre la date de début et la date de fin de la prestation en question. »

**Article 6.** L'annexe 3 à la convention susmentionnée est remplacée par l'annexe qui figure au présent avenant.

**Article 7.** Le présent avenant fait partie intégrante de la convention susmentionnée et produit ses effets le premier jour du mois qui suit la date du Comité de l'assurance.

## DISPOSITIONS TRANSITOIRES

**Article 8.** Les nouvelles modalités qui concernent l'application de la règle des 30 jours, telles que stipulées à l'article 4 du présent avenant, ne s'appliquent qu'aux demandes réceptionnées par les médecins-conseils au plus tôt à la date d'entrée en vigueur du présent avenant et pour lesquelles la période de prise en charge commence à courir au plus tôt à cette date.

**Article 9.** Pour les prestations mentionnées à l'article 7 de la convention qui ont été achevées avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant mais qui n'ont pas encore été facturées à la date d'entrée en vigueur du présent avenant, le montant à facturer correspond au montant qui est d'application à la date à laquelle la prestation visée à l'article 7 de la convention a été achevée, tel que stipulé à l'article 3, § 4 du présent avenant. Ce principe vaut également pour les prestations mentionnées à l'article 7 de la convention qui sont encore en cours à la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Pour les prestations mentionnées à l'article 13, § 4 de la convention, pour lesquelles la réunion d'équipe a eu lieu avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant mais les prestations n'ont pas encore été facturées à la date d'entrée en vigueur du présent avenant, le montant à facturer correspond au montant qui est d'application à la date à laquelle la réunion d'équipe a eu lieu, tel que prévu à l'article 3, § 4 du présent avenant.

**Article 10.** A partir de l'entrée en vigueur du présent avenant, une prestation visée à l'article 7, 3) de la convention qui répond aux dispositions de l'article 1 du présent avenant peut être remboursée par l'assurance obligatoire soins de santé si au moins 2 mois se sont écoulés entre la date de début de cette prestation et la date de fin d'une prestation remboursable par l'assurance obligatoire soins de santé mentionnée à l'article 7 de la convention qui a été réalisée avant la date d'entrée en vigueur du présent avenant.

Fait à Bruxelles le 18 novembre 2024 et signé électroniquement par :

Pour le pouvoir organisateur du centre  
de référence en IMOC,

Pour le Comité de l'assurance soins de  
santé,

Le Fonctionnaire dirigeant,

Mickaël DAUBIE  
Directeur-général des Soins de santé

**ARTICLE 7, 1)****Élaboration d'un plan de traitement et de rééducation sur base d'un bilan diagnostique et fonctionnel:**

Calcul basé sur l'indice pivot 111,64 du 1 juin 2003 (base 1996)

1) durée moyenne totale en relation à 1 patient/famille qui n'est pas remboursable par la nomenclature ou une autre réglementation: 8 heures, parmi lesquelles en moyenne:		Salaire horaire moyen*		EUR		
Personnel de l'article 5, § 2, 1)	2h30'	63,9	x 2,5	159,75		
Personnel univ. de l'article 5, § 2, 2) à 5) inclus	1h	33,13	x 1	33,13		
Personnel A1 de l'article 5, § 2, 2) à 6) inclus	4h30'	28,9	x 4,5	130,05		
			<b>Subtotal 1</b>	<b>322,93</b>		
2) 8 heures = 70 % du temps de travail dans le cadre de la convention** = 85% des frais totaux			<b>Subtotal 2</b>	<b>461,33</b>		
					<b>95 % indexable</b>	<b>5% non indexable</b>
3) + 15 % de frais généraux			<b>Total final</b>	<b>542,75</b>	<b>515,6</b>	<b>27,14</b>

\*coût annuel (1976 heures payées) calculé sur une carrière de 30 ans pour les médecins et de 40 ans pour les universitaires et les gradués, divisé par 1710 heures de travail.

Ainsi, les congés payés, jours fériés, jours de formation ... sont déjà pris en compte.

\*\*reference Joyce Williams (pampas publishing)

**Sur base de l'indice pivot 128,11 du 1er mai 2024 (base 2013), le prix de la prestation mentionnée à l'article 7, 1) est de 847,45 € dont 820,31 € sont indexables et 27,14 € ne sont pas indexables.**

**ARTICLE 7, 2)****Evaluation d'un plan de traitement et de rééducation**

				EUR	95 % indexable	5% non indexable
Coût moyen = ½ de la prestation Art. 7, 1)			<b>Total</b>	<b>271,37</b>	<b>257,8</b>	<b>13,57</b>

Sur base de l'indice pivot 128,11 du 1er mai 2024 (base 2013), le prix de la prestation mentionnée à l'article 7, 2) est de 423,72 € dont 410,15 € sont indexables et 13,57 € ne sont pas indexables.

**ARTICLE 7, 3)****Fourniture séparée d'un avis ponctuel :**

Calcul basé sur l'indice pivot 111,64 du 1 juin 2003 (base 1996)

1) durée moyenne totale en relation à 1 patient/famille qui n'est pas remboursable par la nomenclature ou une autre réglementation: 2 heures, parmi lesquelles en moyenne:		Salaire horaire moyen*		EUR		
Personnel de l'article 5, § 2, 1)	30'	63,9	x 0,5	31,95		
Personnel univ. de l'article 5, § 2, 2) à 5) inclus	15'	33,13	x 0,25	8,28		
Personnel de l'article 5, § 2, 2) à 6) inclus	1h15'	28,9	x 1,25	36,13		
			<b>Subtotal 1</b>	<b>76,36</b>		
2) 2 heures = 70 % du temps de travail dans le cadre de la convention** = 85% des frais totaux			<b>Subtotal 2</b>	<b>109,09</b>		
					<b>95 % indexable</b>	<b>5% non-indexable</b>
3) + 15 % de frais généraux			<b>Total final</b>	<b>128,34</b>	<b>121,92</b>	<b>6,42</b>

\*coût annuel (1976 heures payées) calculé sur une carrière de 30 ans pour les médecins et de 40 ans pour les universitaires et les gradués, divisé par 1710 heures de travail. Ainsi, les congés payés, jours fériés, jours de formation ... sont déjà pris en compte.

\*\*reference Joyce Williams (pampas publishing)



**Sur base de l'indice pivot 128,11 du 1er mai 2024 (base 2013), le prix de la prestation mentionnée à l'article 7, 3) est de 200,48 €. A partir du 1er décembre 2024, le prix est réduit de moitié, soit 100,24 € dont 97,03 € sont indexables et 3,21 € ne sont pas indexables.**