

**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 DE REEDUCATION FONCTIONNELLE EN MATIERE DE SEANCES DE  
REEDUCATION LOCOMOTRICE ET NEUROLOGIQUE R30-R60.**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 6°, et 23 § 3;

Sur proposition du Collège des médecins-directeurs, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Il est convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

Le Comité de l'assurance soins de santé, désigné dans cette convention par les termes «le Comité de l'assurance»,

et d'autre part,

*#nom du pouvoir organisateur#*, en tant que pouvoir organisateur du *#nom de l'hôpital#* au sein duquel fonctionne la section visée par la présente convention.

Article 1<sup>er</sup>. La section de rééducation neurolocomotrice du *#nom de l'hôpital #* qui fonctionne comme établissement de rééducation fonctionnelle au sens de la présente convention, est désignée dans cette convention par le terme « établissement ».

**OBJET DE LA CONVENTION**

Article 2. La présente convention définit notamment les conditions de poursuite de la rééducation fonctionnelle, au sein de l'établissement, des bénéficiaires visés à l'article 4 à l'aide de séances de rééducation R30-R60 après que ces bénéficiaires aient déjà suivi un programme de rééducation non encore achevé:

- soit dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle générale pour la rééducation neurolocomotrice (la convention 9.50), après renvoi par le centre de rééducation fonctionnelle concerné qui a conclu une telle convention 9.50 avec l'INAMI;
- soit dans un des centres de rééducation fonctionnelle suivants ayant conclu une convention catégorielle de rééducation locomotrice (les conventions 7.71), et après renvoi par le centre de rééducation fonctionnelle concerné :
  - le Centre de Traumatologie et de Réadaptation (C.T.R.) à Bruxelles (7.71.002.51) ;
  - le Centre national de la sclérose en plaques à Melsbroek (7.71.011.42) ;

- le *Centrum voor Locomotorische en Neurologische Revalidatie* de l'U.Z. Gent (7.71.012.41) ;
- l' A.S.B.L. Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionnelle à Fraiture (7.71.014.39) ;
- le Centre Neurologique William Lennox (Adultes) à Ottignies (7.71.016.37) ;
- l'hôpital "Inkendaal" à Vlezenbeek (7.71.018.35);
- l' Universitair Ziekenhuis Leuven campus Pellenberg à Pellenberg (7.71.019.34) ;
- L'hôpital Erasme à Bruxelles (7.71.021.32)
- Les Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles (7.71.022.31)

La convention vise à permettre à l'établissement de poursuivre et d'achever le programme de rééducation (commencé dans un tel centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention 9.50 ou une convention 7.71, mais qui n'y a pas été achevé) dans le cas où un renvoi d'un tel centre de rééducation fonctionnelle conventionné vers l'établissement est indiqué parce que ce dernier est plus proche du domicile du patient ou pour une autre raison.

La présente convention définit également le mode de paiement des séances de rééducation remboursables, les relations entre l'établissement et certains bénéficiaires de l'assurance, de même que les relations entre l'établissement, l'INAMI et les organismes assureurs.

### **BUT DE LA REEDUCATION FONCTIONNELLE**

Article 3. La rééducation fonctionnelle dispensée dans l'établissement au moyen de séances de rééducation R30-R60 est une poursuite de la rééducation fonctionnelle qui a été entamée:

- soit dans un centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention de rééducation neurolocomotrice (la convention 9.50) et y ont été suivis dans ce cadre ;
- soit dans un des centres de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention catégorielle de rééducation locomotrice (la convention 7.71) mentionnés à l'article 2, sous la forme d'un programme de rééducation spécifique.

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

### **BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION**

Article 4. § 1<sup>er</sup>. Par bénéficiaires visés dans la présente convention, il faut entendre les bénéficiaires de l'assurance qui, dans le cadre de leur affection (cf. § 2), ont déjà été rééduqués :

- soit dans un centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention de rééducation neurolocomotrice (la convention 9.50),;
- soit dans un des centres de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention catégorielle de rééducation locomotrice (la convention 7.71) mentionnés à l'article 2, sous la forme d'un programme

de rééducation spécifique suivi dans le cadre de ladite convention.

Seuls les bénéficiaires renvoyés vers l'établissement par un des centres de rééducation disposant d'une convention 9.50 ou 7.71 précités, à l'aide du formulaire de renvoi qui est joint en annexe à la présente convention, entrent en ligne de compte pour une rééducation fonctionnelle au sein de l'établissement.

Les bénéficiaires qui n'ont pas encore été traités précédemment pour la même pathologie dans un centre de rééducation ayant conclu une convention 9.50 ou dans un des centres de rééducation bénéficiant d'une convention 7.71 dont question à l'article 2, n'entrent pas en ligne de compte pour une rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention, même s'ils répondent à toutes les autres conditions fixées par cette convention.

§ 2. Seuls les bénéficiaires souffrant d'une des maladies ou troubles suivants sont pris en considération pour une rééducation fonctionnelle dans le cadre de la présente convention :

- para- ou quadriplégie acquises;
- lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves;
- maladies évolutives chroniques du cerveau et/ou de la moelle épinière, avec des séquelles motrices ou intellectuelles, durant la phase de rééducation intensive après une poussée;
- amputation d'un membre supérieur ou inférieur;
- myopathies : les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myopathie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune ;
- les troubles locomoteurs et psychologiques graves :
  - consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker III et IV ,
  - consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III ou IV, éventuellement avec complications neurologiques.

§ 3. La période durant laquelle un bénéficiaire suit un programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ne peut jamais coïncider en tout ou en partie avec la période au cours de laquelle ce bénéficiaire suit un programme, pour la même maladie ou le même trouble, dans un autre centre de rééducation locomotrice ou neurologique avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention.

## **LES PROGRAMMES DE REEDUCATION FONCTIONNELLE**

**Article 5.** § 1<sup>er</sup>. Le programme de rééducation fonctionnelle doit toujours traduire le but général de la rééducation mentionné à l'article 3 en besoins individuels du bénéficiaire. Chaque programme individuel de rééducation fonctionnelle part des besoins concrets du bénéficiaire auxquels on doit pouvoir répondre par l'intervention de l'établissement de rééducation fonctionnelle.

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

§ 3. L'établissement s'engage à ne poursuivre une rééducation fonctionnelle qu'après qu'un médecin spécialiste en réadaptation de l'établissement ait établi un programme de rééducation fonctionnelle, compte tenu du programme de rééducation fonctionnelle qui a déjà été réalisé dans le centre de rééducation fonctionnelle qui a renvoyé le bénéficiaire vers l'établissement, et en concertation avec un médecin spécialiste en réadaptation du centre de rééducation fonctionnelle qui renvoie.

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

Article 6. § 1<sup>er</sup>. Chaque programme individuel de rééducation fonctionnelle est intensif et limité dans sa durée ainsi qu'en nombre de séances de rééducation. La convention fixe au § 2 du présent article, par maladie ou par trouble, une durée maximale générale qui court à partir du jour où :

- soit le premier forfait de rééducation fonctionnelle (forfait de rééducation R30-R60 ou forfait de rééducation en fonction de la pathologie) a été réalisé pour le bénéficiaire concerné par le centre de rééducation neurolocomotrice (convention 9.50) qui renvoie ou, le cas échéant, le jour à partir duquel, pour la même maladie ou le même trouble, une prestation de physiothérapie portant le numéro de nomenclature 558810-558821 (K30) ou 558832-558843 (K60) a été réalisée ainsi que le prévoit la nomenclature des prestations de santé, peu importe où et peu importe qui a effectué cette prestation de physiothérapie;
- soit le premier forfait de rééducation fonctionnelle a été réalisé dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle spécifique par le centre de rééducation qui renvoie et qui a conclu une convention catégorielle pour la rééducation locomotrice (convention 7.71) ou, le cas échéant, le jour à partir duquel, pour la même maladie ou le même trouble, une prestation de physiothérapie portant le numéro de nomenclature 558810-558821 (K30) ou 558832-558843 (K60) a été réalisée ainsi que le prévoit la nomenclature des prestations de santé, peu importe où et peu importe qui a effectué cette prestation de physiothérapie.

La durée maximum de rééducation fonctionnelle précisée au § 2 se poursuit de façon ininterrompue à partir du jour indiqué. Il n'est pas tenu compte d'éventuelles interruptions temporaires de la rééducation fonctionnelle lors de la fixation de la période au cours de laquelle l'établissement peut encore effectuer des prestations de rééducation dans le cadre de la présente convention.

L'établissement s'engage à ne pas prendre en rééducation chaque bénéficiaire dans le cadre de la présente convention plus longtemps que la durée restante encore possible, compte tenu de la durée de rééducation déjà suivie (prestations de rééducation K30-K60 ou rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation ayant conclu une convention 9.50 ou une convention 7.71), telle que cette durée l'a été mentionnée dans le formulaire de renvoi utilisé par le centre de rééducation pour renvoyer le bénéficiaire vers l'établissement et dont le modèle est joint en annexe à la présente convention.

§ 2. La durée maximum de rééducation fonctionnelle visée au § 1<sup>er</sup> (*y compris la durée de la rééducation qui a déjà été dispensée avant que ne débute la rééducation fonctionnelle dans l'établissement*) ainsi que le nombre de séances de rééducation R30-R60 susceptible d'être porté en compte dans le cadre de la présente convention sont, pour les maladies ou troubles définis à l'article 4, de :

MALADIES OU TROUBLES	Durée maximum	Nombre maximum de forfaits
Groupe A2 - para- ou quadriplégie acquises - lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d'autres troubles neuropsychologiques graves	2 ans	maximum <b>120</b> séances de rééducation R30-R60
Groupe A2bis - maladies évolutives chroniques du cerveau et/ou de la moelle épinière, avec des séquelles motrices ou intellectuelles, durant la phase de rééducation intensive après une poussée	3 mois par poussée	maximum 1 séance de rééducation R30-R60 par journée
Groupe A4 - amputation d'un membre supérieur ou inférieur (excepté doigt D2-D5)	1 an	maximum <b>60</b> séances de rééducation R30-R60
Groupe B4 - myopathies: les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myotonie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune	6 mois	maximum <b>120</b> séances de rééducation R30-R60
- troubles locomoteurs et psychologiques graves : ➤ consécutifs à l'arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker stadium III et IV ➤ consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III et IV, éventuellement avec complications neurologiques	6 mois	maximum <b>60</b> séances de rééducation R30-R60

§ 3. L'établissement s'engage à ne jamais porter en compte pour un bénéficiaire un nombre plus élevé de séances de rééducation R30-R60 que celui autorisé dans le tableau ci-dessus pour la maladie ou le trouble dont souffre ce bénéficiaire.

§ 4. L'établissement s'engage à tenir compte pour l'application des dispositions du présent article relatives au nombre maximum de séances de rééducation fonctionnelle remboursables, du nombre de prestations de rééducation dont a déjà bénéficié le patient en dehors de l'établissement pour la même pathologie avant le début de la rééducation au sein de l'établissement. Comme, préalablement à la rééducation au sein de l'établissement, le bénéficiaire de la convention a déjà dû être rééduqué durant une certaine période dans un centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention 9.50 ou une convention 7.71 et a peut-être déjà bénéficié aussi auparavant d'un certain nombre de traitements K30-K60 définis au § 1<sup>er</sup> du présent article, l'établissement doit déduire du nombre maximum de forfaits mentionné au § 2, le nombre de prestations de rééducation fonctionnelle dont le bénéficiaire a déjà bénéficié en dehors de l'établissement avant le début de la rééducation fonctionnelle au sein de l'établissement. A cet effet, l'établissement devra déduire du nombre maximum de forfaits mentionné au § 2 le total d'une part, des prestations K30-K60 déjà réalisées en faveur du bénéficiaire pour la même pathologie (peu importe où et peu importe qui a réalisé cette prestation) et d'autre part, des forfaits de rééducation R30-R60 et autres forfaits de rééducation déjà réalisés et remboursables dans le cadre d'une convention 9.50 ou d'une convention 7.71, pour déterminer ainsi le nombre de séances de rééducation fonctionnelle R30-R60 que l'établissement même peut encore effectuer et porter en compte dans le cadre de la présente convention.

Afin de déterminer la période et le nombre de séances de rééducation R30-R60

qui peuvent encore être réalisées, l'établissement se basera sur les données reprises dans le formulaire de renvoi utilisé par le centre de rééducation (centre de rééducation fonctionnelle ayant conclu une convention 9.50 ou une convention 7.71) pour renvoyer le bénéficiaire vers l'établissement et dont le modèle est joint en annexe à la présente convention.

S'il est constaté que l'établissement n'a pas déduit en tout ou en partie les prestations de rééducation déjà réalisées, le Comité de l'assurance dénoncera la présente convention, compte tenu du délai de préavis mentionné à l'article 21, § 2. En l'espèce, le pouvoir organisateur avec lequel a été conclue la présente convention assume toute responsabilité pour les conséquences de sa négligence, notamment au niveau des bénéficiaires et du personnel de l'établissement.

§ 5. Pour chaque bénéficiaire individuel, la durée de la rééducation est, comme cela est stipulé à l'article 6, § 2, celle prescrite par le médecin spécialiste en réadaptation concerné, en fonction notamment de la maladie ou du trouble et de l'état du bénéficiaire. Les durées maximales et les nombres maximums de séances de rééducation, mentionnés au paragraphe 2, ne peuvent dès lors être considérés comme indicatifs sur le plan médical et certainement pas comme un droit exigible par le bénéficiaire auprès de son médecin traitant spécialiste en réadaptation. Ils n'ont qu'une finalité technique dans le domaine de l'assurance.

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

Article 7. § 1<sup>er</sup>. A la fin du programme de rééducation fonctionnelle, l'établissement transmettra au médecin envoyeur ainsi qu'au médecin de famille du bénéficiaire, une copie du bilan final de la rééducation. Ce bilan doit comprendre un résumé de la rééducation effectuée, mentionner les résultats obtenus et fournir au(x) médecin(s) concerné(s) les éléments nécessaires afin de maintenir ces résultats et de les prolonger.

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

## L'ÉTABLISSEMENT

Article 8. § 1<sup>er</sup>. L'établissement avec lequel la présente convention peut être conclue est un établissement hospitalier (hôpital) disposant d'un service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle.

Ce service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle doit au moins compter un médecin spécialiste en réadaptation, entendons :

- soit un « médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation », tel que visé à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 *établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire*, et tenant compte des modifications apportées à cet arrêté royal depuis cette date.
- soit (pour les affections qui relèvent de son agrément de rééducation fonctionnelle) un médecin spécialiste porteur de l'un des titres professionnels particuliers visés à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 susmentionné, par ailleurs détenteur du titre professionnel particulier supplémentaire de spécialiste en rééducation neurologique ou locomotrice visé à l'article 2 de l'arrêté

royal susmentionné du 25 novembre 1991.

Ce service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle doit également au moins compter un kinésithérapeute à temps plein et un ergothérapeute à temps plein. Ces fonctions peuvent éventuellement être assumées par plusieurs personnes appartenant aux disciplines visées, qui doivent alors travailler à raison d'un seul équivalent temps plein minimum pour le service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle de l'hôpital.

Le service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle doit également, au sein de l'établissement hospitalier auquel il est attaché, pouvoir faire appel à un psychologue et à un logopède.

Les différents membres de l'équipe qui participent à la rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire de la présente convention (parmi lesquels au minimum le médecin spécialiste en réadaptation, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute) étudieront, sur base hebdomadaire, l'évolution de la rééducation dans une réunion d'équipe. Un rapport de ces travaux figurera dans le dossier de rééducation fonctionnelle.

§ 2. Les programmes de rééducation fonctionnelle et les séances de rééducation fonctionnelle que prévoit la présente convention peuvent éventuellement être réalisés sur plusieurs sites hospitaliers attachés à l'établissement hospitalier avec lequel la présente convention est conclue, pour autant que chaque site particulier réponde aux conditions énumérées au § 1<sup>er</sup>. Dès lors, un service de médecine physique et de réadaptation doit être présent sur chaque site hospitalier sur lequel sont offertes les activités de rééducation fonctionnelle prévues par la présente convention. Ce service doit rassembler un médecin spécialiste en réadaptation, un kinésithérapeute à temps plein et un ergothérapeute à temps plein qui peuvent faire appel, sur ce site, à un psychologue et à un logopède.

§ 3. La présente convention ne peut jamais être conclue avec un établissement hospitalier (hôpital) ayant conclu avec l'INAMI une convention 9.50 ou 7.71, même lorsque cet établissement hospitalier dispose de plusieurs sites sur lesquels les activités liées à la convention 9.50 ou 7.71 ne sont pas proposées.

## **NATURE ET PRIX DES PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE**

**Article 9.** § 1<sup>er</sup>. Les prestations de rééducation fonctionnelle pouvant être remboursées dans le cadre de la présente convention sont les séances de rééducation R30 et R60.

Par séance de rééducation R30, il faut entendre une séance de rééducation fonctionnelle d'au moins 1 heure par journée qui fait intervenir un kinésithérapeute et un ergothérapeute (*et éventuellement également un logopède ou un psychologue*) et qui est réalisée sous la supervision d'un médecin spécialiste en réadaptation. Cette séance de rééducation doit s'inscrire dans le cadre du programme de rééducation individuel – visé à l'article 5 – du bénéficiaire pour lequel cette séance de rééducation est réalisée.

Par séance de rééducation R60, il faut entendre une séance de rééducation fonctionnelle d'au moins 2 heures par journée qui fait intervenir un kinésithérapeute et un ergothérapeute (*et éventuellement également un logopède ou un psychologue*) et qui est réalisée sous la supervision d'un médecin spécialiste en réadaptation. Cette séance de rééducation fonctionnelle doit s'inscrire dans le cadre du programme de rééducation individuel – visé à l'article 5 – du bénéficiaire pour lequel cette séance de rééducation est réalisée.

Par jour et par bénéficiaire, seule une séance de rééducation fonctionnelle peut

être portée en compte : une séance de rééducation R30 ou une séance de rééducation R60.

§ 2. Les séances de rééducation fonctionnelle R30-R60 visées au § 1<sup>er</sup> doivent toujours être réalisées sous la responsabilité et la supervision d'un médecin spécialiste en réadaptation, tel que visé à l'article 8.

§ 3. Les prix et les honoraires des séances de rééducation fonctionnelle R30-R60 sont identiques pour toutes les maladies et troubles visés à l'article 6. Ces prix et honoraires sont fixés par le Comité de l'assurance, qui peut à tout moment procéder à une adaptation.

Le Service des soins de santé communiquera par écrit à l'établissement signataire de la présente convention toute adaptation des prix et des honoraires.

§ 4. La présente convention est à considérer comme une convention de rééducation fonctionnelle en matière de prise en charge de prestations destinées aux patients atteints d'une affection locomotrice et consistant en une rééducation multidisciplinaire dont la durée de traitement est de 60 ou 120 minutes par séance, comme le stipule l'arrêté royal du 29 avril 1996 *portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités dans les honoraires et prix fixés dans certaines conventions avec les établissements de rééducation visés à l'article 22, 6<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994*. La réduction prévue, dans l'arrêté royal susmentionné, de l'intervention de l'assurance pour les prestations R30-R60 s'applique par conséquent également aux prix et aux honoraires des séances de rééducation R30-R60.

### **SUPPLÉMENTS ET CUMULS**

Article 10. L'établissement s'engage à ne pas réclamer, auprès des bénéficiaires de la présente convention, de supplément aux prix et honoraires dans le cadre des prix des prestations de rééducation R30-R60 fixés par le Comité de l'assurance.

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

Article 11. § 1<sup>er</sup>. Hormis les exceptions précisées dans le présent article, les prestations prévues dans la nomenclature des prestations de santé peuvent être attestées pour les bénéficiaires de la présente convention à l'assurance obligatoire soins de santé (pour autant qu'il soit satisfait à toutes les dispositions de la nomenclature visée), même si, pour le bénéficiaire visé, une séance de rééducation R30-R60 est attestée le même jour.

Pour les jours auxquels une séance de rééducation R30-R60 est attestée pour un bénéficiaire, un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation ou un médecin spécialiste en réadaptation neurologique ou locomotrice ne peut toutefois jamais attester de consultation pour ce bénéficiaire, ni de prestation de physiothérapie (*visée dans les articles 22 et 23 de la nomenclature des prestations de santé*).

Pour les jours auxquels une séance de rééducation R30-R60 est attestée pour un bénéficiaire, ne peuvent en outre jamais être attestées pour ce même bénéficiaire, une prestation de kinésithérapie (*comme le prévoit l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance maladie invalidité*



*obligatoire*), ou de logopédie (comme le prévoit l'article 36 de la nomenclature susmentionnée des prestations de santé).

§ 2. Pour les jours auxquels une séance de rééducation R30-R60 est attestée pour un bénéficiaire, les éventuelles interventions d'un psychologue et/ou d'un ergothérapeute dont il a besoin, ne peuvent en aucune manière lui être facturées.

Les éventuelles interventions nécessaires que pourraient réaliser ces disciplines sont censées être réalisées, pour les bénéficiaires de la présente convention, dans le cadre du programme de rééducation réalisé pour ce bénéficiaire via les séances de rééducation R30-R60, de sorte que même les jours où aucune séance de rééducation R30-R60 n'est réalisée, elles ne soient facturées en supplément au bénéficiaire.

§ 3. L'établissement s'engage, en vue du respect des dispositions énumérées aux §§ 1<sup>er</sup> et 2, à prendre toutes les mesures utiles pour les bénéficiaires hospitalisés. En outre, l'établissement avertira par écrit les bénéficiaires (ambulatoires) non hospitalisés que les prestations de physiothérapie, de kinésithérapie et de logopédie ne peuvent plus leur être remboursées pour les journées durant lesquelles le bénéficiaire fait appel à l'établissement.

## **DISPOSITIONS MÉDICO-ADMINISTRATIVES ET COMPTABLES**

Article 12. La rééducation d'un bénéficiaire ne peut être prise en considération pour le remboursement par l'assurance soins de santé que si le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire a émis un avis favorable sur la prise en charge de la rééducation de ce bénéficiaire.

Seules les prestations de rééducation, telles que visées dans la présente convention, réalisées durant la période de rééducation autorisée par le médecin-conseil susvisé et moyennant respect des modalités supplémentaires qu'il pose, entrent en ligne de compte pour un remboursement.

Article 13. § 1<sup>er</sup>. Toute demande de prise en charge de rééducation par l'assurance obligatoire soins de santé doit être introduite par le bénéficiaire, conformément aux dispositions des articles 139 et 142, § 2, de l'AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En cas d'accord de la part du médecin-conseil, l'intervention de l'assurance n'est due que pour les prestations réellement effectuées qui répondent à toutes les dispositions de la présente convention, et ce à partir de la date fixée par le médecin-conseil et au plus tôt à compter d'un délai de 30 jours précédant la date de réception de la demande de prise en charge par le médecin-conseil. Un accord donné est valable jusqu'à la date de fin qu'il stipule.

L'établissement s'engage à aider le bénéficiaire lorsqu'il introduit une demande de prise en charge de la rééducation.

§ 2. Le pouvoir organisateur de l'établissement s'engage à ne pas récupérer auprès du bénéficiaire les frais liés aux prestations réalisées ne bénéficiant pas de l'intervention de

l'assurance vu l'introduction tardive de la demande visée au § 1<sup>er</sup>, si l'établissement a pris la responsabilité d'introduire lui-même la demande de prise en charge.

§ 3. L'arrêté royal visé au § 1<sup>er</sup> prévoit notamment que le bénéficiaire introduit la demande de prise en charge sur la base d'un modèle approuvé par le Comité de l'assurance. Le rapport médical qui doit être joint en annexe à ce formulaire de demande doit être établi par un médecin de rééducation de l'établissement, et il doit renfermer entre autres un rapport diagnostique, la période de rééducation demandée et le contenu prévu de la rééducation (en ce compris le nombre de séances de rééducation prévu), en tenant compte du programme de rééducation déjà réalisé pour ce bénéficiaire pour la période qui précède le renvoi du bénéficiaire vers l'établissement. En annexe à ce rapport médical doit figurer une copie du formulaire de renvoi (annexes comprises) par le biais duquel un centre de rééducation 9.50 ou 7.71 a renvoyé le patient vers l'établissement, mentionnant le type de rééducation dont a déjà bénéficié le patient (période de rééducation déjà échue et prestations de rééducation déjà réalisées), formulaire de renvoi dont le modèle est joint en annexe à la présente convention.

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

Dans le cas d'une demande de prolongation de la période de rééducation précédemment autorisée, le rapport médical susmentionné doit décrire les résultats déjà obtenus par la rééducation multidisciplinaire et comporter tous les éléments attestant clairement que la rééducation multidisciplinaire est nécessaire pendant la période demandée comme suivi, et ce afin d'atteindre le but initialement fixé.

L'établissement s'engage à ne pas introduire de demande qui ne réponde pas aux conditions de la présente convention en matière de maladies ou de troubles qui entrent en ligne de compte pour la rééducation, de durée maximale de la rééducation, de nombre maximum de forfaits remboursables et de renvoi obligatoire (par un centre de rééducation 9.50 ou 7.71) d'un bénéficiaire vers l'établissement. L'établissement « ne soutiendra » pas non plus pareilles demandes qui ne répondent pas aux conditions précitées, en complétant le rapport médical visé dans le présent article. Le fait qu'un bénéficiaire soit renvoyé par un centre de rééducation 9.50 ou 7.71 vers l'établissement n'enlèvera en aucun cas à l'établissement sa responsabilité qui consiste à vérifier que le bénéficiaire remplit bien toutes les conditions de la présente convention.

Article 14. Une période de rééducation admise pour un bénéficiaire donné par le médecin-conseil vient à expiration pour la partie restante de cette période :

- si l'équipe de rééducation multidisciplinaire de l'établissement décide de mettre un terme au programme de rééducation ;
- si le bénéficiaire est en rééducation dans un autre centre de rééducation avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention en matière de rééducation locomotrice et/ou neurologique ;
- si le bénéficiaire est en rééducation dans un autre centre de rééducation avec lequel le Comité de l'assurance a conclu une convention qui interdit le cumul avec la présente convention ;
- lors de l'admission du bénéficiaire dans un autre établissement hospitalier (hôpital) que l'hôpital auquel est associé l'établissement ;
- lors de l'admission du bénéficiaire dans une maison de soins psychiatrique, une maison de repos et de soins ou une maison de repos pour personnes âgées.

Dès qu'un bénéficiaire ne se trouve plus dans une situation telle qu'évoquée précédemment, il lui est toutefois possible, après évaluation de la nécessité future de rééducation, d'introduire une nouvelle demande de prise en charge d'une période de rééducation s'il répond toujours à toutes les conditions de la présente convention.

Article 15. L'établissement s'engage à fournir au médecin-conseil toutes les informations demandées pour apprécier les demandes individuelles d'intervention.

Article 16. § 1<sup>er</sup>. L'établissement tient un registre des séances de rééducation réalisées, comme visé dans la présente convention. Ce registre doit indiquer l'identité du bénéficiaire et faire une distinction entre les séances de rééducation R30 et R60 ainsi qu'entre les prestations de rééducation ambulatoire et les prestations de rééducation réalisées pendant une admission du bénéficiaire à l'hôpital. Le registre est à compléter chaque jour avant l'heure de fermeture de l'établissement. Le modèle dudit registre peut être défini à tout moment par le Service des soins de santé de l'INAMI.

§ 2. Il appartient à l'établissement de prouver par un système d'enregistrement valable où, par qui et quand chaque prestation de rééducation mentionnée au registre visé au § 1<sup>er</sup> et portée en compte, a été réalisée.

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

En outre, l'établissement s'engage à ne pas facturer au bénéficiaire les prestations de rééducation susmentionnées remboursées à un organisme assureur.

§ 3. Sur la base des données contenues dans le registre visé au § 1<sup>er</sup>, l'établissement établit ses chiffres de production (soit le nombre de prestations dispensées, par type, multiplié par leur prix respectif). Avant la fin du mois qui suit le dernier mois de chaque trimestre, l'établissement transmet les chiffres de production concernant ce trimestre au moyen de l'application informatique fournie à cet effet par le Service des soins de santé. Cette application informatique doit mentionner toutes les séances de rééducation R30-R60 réalisées dans le cadre de la présente convention qui entrent en ligne de compte pour un remboursement par un organisme assureur, avec leur libellé, leur prix et leur pseudo-code.

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

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

Si les chiffres de production ne sont pas renvoyés avant la fin du deuxième mois qui suit la fin d'un trimestre, l'établissement est rappelé à ses obligations par envoi recommandé.

Si les chiffres de production n'ont toujours pas été transmis dans les 30 jours civils qui suivent l'envoi de la lettre recommandée, les paiements sont suspendus d'office par les organismes assureurs (paiements effectués dans le cadre de la présente convention entre l'INAMI et l'établissement) jusqu'au moment où l'engagement est respecté.

Article 17. L'établissement s'engage à porter en compte les séances de rééducation R30-R60 aux organismes assureurs via la bande magnétique de l'établissement hospitalier dont fait partie l'établissement (facturation électronique). Le bénéficiaire reçoit au moins une fois par trimestre un aperçu de ce qui a été facturé par l'établissement aux organismes assureurs.

## **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

Article 18. L'établissement s'engage à prendre toutes les mesures utiles en matière de protection contre l'incendie; à cet effet il sera en contact permanent avec un service d'incendie compétent et exécutera sans délai les mesures et travaux imposés par ce dernier.

Article 19. Afin de garantir la qualité de la rééducation, l'établissement s'engage à informer chaque membre du personnel de l'établissement de toutes les dispositions de la présente convention qui sont susceptibles de l'aider à remplir sa tâche au sein de l'établissement, en conformité avec les dispositions de la convention.

L'établissement fournira au moins à chaque membre du personnel, le texte des articles 2 à 11 inclus de la présente convention.

L'établissement conserve les accusés de réception signés à cet égard par le personnel et les met à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI.

Article 20. L'établissement s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI ou au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire toute information demandée en vue du contrôle du respect de la présente convention sur le plan thérapeutique et financier ou de la gestion générale des conventions de rééducation fonctionnelle. L'établissement s'engage également à permettre à tout délégué de l'INAMI ou des organismes assureurs d'effectuer les visites qu'il juge utiles à cet effet.

**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PRÉSENTE CONVENTION**  
**DURÉE DE VALIDITÉ DE LA CONVENTION**

Article 21. § 1<sup>er</sup>. La présente convention, établie en double exemplaire et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le ###/###/####.

§ 2. La présente convention peut rester d'application jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la réforme prévue de la rééducation locomotrice et neurologique, soit, la date à laquelle une réglementation relative à la rééducation locomotrice et neurologique sera prévue dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle (nomenclature visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994), soit la date d'entrée en vigueur de toute nouvelle convention relative à la rééducation locomotrice et neurologique.

Une des deux parties peut, néanmoins, toujours mettre fin à la convention, pour quelque raison que ce soit, par lettre recommandée adressée à l'autre partie, en tenant compte d'un délai de dénonciation de 3 mois qui commence le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.

Le fait que – comme mentionné à l'alinéa 1<sup>er</sup> – la présente convention puisse rester d'application jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la réforme prévue de la rééducation locomotrice et neurologique, n'implique pas que l'établissement puisse, sur la base de la présente convention, revendiquer automatiquement – après l'entrée en vigueur de la réforme prévue – la réalisation de prestations de rééducation dans lesquelles l'assurance interviendra encore à partir de l'achèvement de la réforme.

§ 3. L'annexe à la présente convention, à savoir le formulaire de renvoi par le biais duquel le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 peut renvoyer des bénéficiaires de la présente convention vers l'établissement, fait partie intégrante de la convention mais ne modifie en rien les dispositions proprement dites de la présente convention.

Pour le pouvoir organisateur,

Pour le Comité de l'assurance soins de santé :

Bruxelles,

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le mandataire,

(Nom et fonction)

H. De Ridder,  
Directeur général.

Le directeur médical,

(Nom)

## PROTOCOLE RELATIF À LA PROCÉDURE DE DEMANDE POUR LA CONCLUSION DE LA CONVENTION R30-R60

Un établissement hospitalier (hôpital) qui souhaite conclure la convention de rééducation R30-R60 avec le Comité de l'assurance de l'INAMI, doit à cet effet introduire un dossier de demande au Service des soins de santé de l'INAMI.

Ce dossier de demande doit comporter les éléments suivants :

1. Le **nom du pouvoir organisateur** de l'établissement hospitalier (hôpital) qui souhaite conclure cette convention ;
2. Le **nom de l'établissement hospitalier** (hôpital) avec lequel cette convention serait conclue ;
3. Les **noms et fonctions des responsables** compétents pour signer la convention pour le compte du pouvoir organisateur et de l'hôpital ;
4. Le(s) nom(s) et numéro(s) d'identification INAMI du/des **médecin(s) spécialistes en rééducation fonctionnelle** qui travaillera/travailleront dans le cadre de l'établissement de rééducation R30-R60 conventionné, ainsi que leur temps de travail à l'hôpital en équivalents temps plein (1 ETP = 38h/semaine) ;
5. Le(s) nom(s) du/des **kinésithérapeute(s)** qui travaillera/travailleront dans le cadre de l'établissement de rééducation R30-R60 conventionné, ainsi que leur temps de travail à l'hôpital en équivalents temps plein (1 ETP = 38h/semaine) ;
6. Le(s) nom(s) de l'/des **ergothérapeute(s)** qui travaillera/travailleront dans le cadre de l'établissement de rééducation R30-R60 conventionné, ainsi que leur temps de travail à l'hôpital en équivalents temps plein (1 ETP = 38h/semaine) ;
7. Le(s) nom(s) du/des **psychologue(s)** qui travaillera/travailleront dans le cadre de l'établissement hospitalier (hôpital) et qui, le cas échéant, pourra/pourront réaliser des prestations dans l'établissement de rééducation R30-R60, ainsi que leur temps de travail à l'hôpital en équivalents temps plein (1 ETP = 38h/semaine).
8. Le(s) nom(s) du/des **logopède(s)** qui travaillera/travailleront dans le cadre de l'établissement hospitalier (hôpital) et qui, le cas échéant, pourra/pourront réaliser des prestations dans l'établissement de rééducation R30-R60, ainsi que leur temps de travail à l'hôpital en équivalents temps plein (1 ETP = 38h/semaine).