

Annexe 2 :

Avenant à la convention entre l'INAMI et les points de soins pour le financement de la prise en charge médicale et psychosociale initiale des réfugiés ukrainiens

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 56, §1^{er} et vue la décision prise par le Comité de l'assurance en sa séance du 11 juillet 2022 , il est convenue ce qui suit :

Entre, d'une part,

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI, représenté par Monsieur Jelle Coenegrachts, directeur-général a.i. du Service de Soins de santé de l'INAMI

et, d'autre part,

xxxx

Les articles suivants sont modifiés et/ou complétés :

MODALITES DE PAIEMENT

Article 7.

Une intervention fixe est accordée qui peut être facturée à condition qu'au moins un contact physique de soins ait eu lieu au point de soins dans la période proposée. L'allocation peut être facturée au maximum 2 fois par réfugié ukrainien et s'élève à

- Pour les contacts du mois civil du premier contact et du mois civil suivant : 80 EUR
- 3ème mois : 20 EUR

Les indemnités couvrent tous les soins fournis, ainsi que tous les coûts liés aux soins fournis, tels que la coordination des soins, l'ICT, le matériel de soins, l'utilisation des infrastructures, etc.

xxx s'engage à transmettre à l'INAMI un tableau complété (cf. annexe 1) par mois, au plus tard le 15 du mois suivant le mois de performance transmis.

Sur la base de ces données et après vérification, l'INAMI versera l'intervention.

L'INAMI versera l'intervention sur le numéro de compte de xxx

IBAN :

BIC :

REGLES DE CUMUL

Article 8.

Les prestations couvertes par l'intervention décrite à l'article 7 ne peuvent pas faire partie d'une autre intervention de l'assurance maladie obligatoire ou d'une autre législation belge.

En vue du respect de la règle actuelle, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI peut, pendant la durée de la convention et jusqu' à une année après la fin de la convention, sélectionner des dossiers sur base du formulaire administratif mensuel (annexe 2), demander l'identité du patient à l'aide du numéro transmis par le deuxième contractant et vérifier, via la comptabilité du deuxième contractant en liant les données du patient à d'autres données provenant d'autres organismes de paiement, si une même prestation n'a pas été attestée à plusieurs endroits.

Après l'inscription à l'assurance obligatoire des soins médicaux et après l'expiration de la période de financement forfaitaire (respectivement 2 mois ou 1 mois), le patient peut, s'il le souhaite, continuer à être traité au point de soins, en utilisant les modes de financement habituels.

Fait en deux exemplaires originaux à Bruxelles, le

Chaque partie reconnaît avoir reçu l'exemplaire original qui lui est destiné.

Pour xxx

,

Pour l'INAMI

Fonctionnaire dirigeant

Jelle COENGRACHTS

Directeur-général a.i.

service de soins de santé

Annexe 1. Tableau

**CONVENTION ENTRE LE COMITE D'ASSURANCE POUR LES SOINS DE SANTE DU SERVICE DES SOINS DE SANTE DE L'INAMI ET XXX POUR LE
FINANCEMENT DE L'ACCUEIL MEDICAL DES REFUGIES UKRAINIENS**

FORMULAIRE ADMINISTRATIF MENSUEL

Mois 'x' – 2022

Point de soins :

Nombre de services couverts par la convention pour lesquels un paiement mensuel forfaitaire est demandé selon les termes de la convention.

<u>Intervention par mois</u>	<u>Nombre de personnes</u>	<u>Forfait par mois</u>	<u>Total</u>
1er mois et suivant		80 EUR	
3ième mois		20 EUR	
<u>TOTAL</u>			

Je joins à cette facture le document "formulaire administratif mensuel" correspondant à ces données de facturation.

Date :

Signature du coordinateur :

CONVENTION ENTRE LE COMITE D'ASSURANCE POUR LES SOINS DE SANTE DU SERVICE DES SOINS DE SANTE DE L'INAMI ET XXX POUR LE FINANCEMENT DE L'ACCUEIL MEDICAL DES REFUGIES URKAINIENS

FORMULAIRE ADMINISTRATIF MENSUEL

A envoyer au Service de soins de santé – Direction RDQ : ovco@riziv-inami.fgov.be

Mois 'x' – 2022

<u>Numéro RN</u>	<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Sexe</u>	<u>Age</u>	<u>Date de la première inscription au point de soins</u>	<u>Contact de soin physique</u>		<u>Remarques</u>
						<u>1er mois calendrier et suivant</u>	<u>3ième mois calendrier</u>	

Date :

Nom et signature du coordinateur du xxx :