**INSTITUT NATIONAL D’ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ**

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963

Avenue Galilée 5/01, à 1210 Bruxelles

**Service des Soins de Santé**

**ACCOMPAGNEMENT MEDICAL ET PSYCHOSOCIAL DU TRAITEMENT DES SEQUELLES**

**DE MUTILATIONS GENITALES FEMININES**

**AVENANT A LA CONVENTION ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE ET [dénomination de la personne morale] POUR LE CENTRE DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRES COORDONNES [dénomination du centre] à [localité]**

 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 **[dénomination de la personne morale]**, à **[localité]**, pour son centre de soins multidisciplinaires coordonnés pour l’accompagnement médical et psychosocial des séquelles de mutilations génitales féminines,

 le présent avenant.

**OBJET DU PRESENT AVENANT**

Le présent avenant règle la simplification de la charge administrative liée à l’application de la convention en remplaçant notamment la procédure d’introduction des demandes d’intervention dans le coût des prestations de rééducation fonctionnelle prévues à la convention au médecin-conseil de l’organisme assureur de la bénéficiaire par une procédure de notification au médecin-conseil de l’organisme assureur de la bénéficiaire de la prise en charge dans le cadre de la convention.

Le présent avenant règle, de plus, la limitation du nombre d’hôpitaux pouvant adhérer à la convention ainsi que la prolongation de la durée de validité de la convention.

**DISPOSITIONS DE L’AVENANT**

**Article 1.**

Le titre du point 5.2 ainsi que les dispositions de l’article 17 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« **5.2. Notification au médecin-conseil et période d’intervention de l’assurance**

**Article 17 § 1** L’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé dans le coût des prestations prévues à la présente convention n’est due uniquement qu’après que le centre ait informé le médecin-conseil de l’organisme assureur de la bénéficiaire qu’un programme de soins (accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles des mutilations génitales féminines) est dispensé par le centre en faveur de la bénéficiaire dans le cadre de la présente convention.

 **§ 2** Une première notification dans le cadre de la convention ne peut être envoyée que pour les nouvelles bénéficiaires pour lesquelles un total d'au moins 2 séances a été réalisé et ce, pendant 2 jours différents à raison d’au moins une séance par jour.

 Cette notification est envoyée au médecin-conseil au moyen du formulaire auquel est joint un rapport médical, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs. Le formulaire (ainsi que le rapport médical) figure en annexe à la présente convention. Ce formulaire (ainsi que le rapport médical) peut toujours être modifié par le Collège des médecins-directeurs. Le formulaire doit être complété et signé par la bénéficiaire et le rapport médical doit être complété et signé par un médecin du centre.

 Le médecin-conseil doit avoir reçu la notification relative au programme de soins dispensé en faveur d’une bénéficiaire dans le cadre de la présente convention au plus tard le 30ème jour qui suit la date de la deuxième séance réalisée en sa faveur. Si le médecin-conseil reçoit la notification plus de 30 jours après la date de la deuxième séance, aucune intervention n’est due pour les prestations visées par la présente convention qui ont été réalisées en faveur de la bénéficiaire concernée plus de 30 jours avant la date de réception de la notification par le médecin-conseil. Dans ce cas, le centre et l’hôpital dont le centre fait partie (y compris les médecins du centre et de l’hôpital) ne porteront jamais en compte, en aucune façon, directement ou indirectement, les frais liés aux prestations qui ne sont pas remboursables en vertu des dispositions du présent alinéa. Si la prise en charge des prestations est refusée en raison du fait que la notification a été réceptionnée par le médecin-conseil tardivement, les séances réalisées pour lesquelles la prise en charge a été refusée comptent bien dans le maximum de 25 séances dont question à l’article 20 § 1er de la présente convention.

 Pour autant qu’une bénéficiaire réponde à toutes les conditions fixées par la convention, l’intervention de l’assurance dans la séance et l’opération de reconstruction prévues à l’article 16 est due si le médecin-conseil, dans les quinze jours qui suivent la réception d’une notification complète, n’a signifié aucune décision de refus. Toute décision de refus doit être motivée. Si le médecin-conseil reçoit la notification plus de 30 jours après la date de la deuxième séance, il signifiera une décision de refus dans les quinze jours qui suivent la réception de cette notification.

 Dans le cas où le médecin-conseil n’a pas signifié une décision de refus dans les quinze jours qui suivent la réception d’une notification complète, l’intervention de l’assurance est due pendant une période de 3 ans à partir de la date de la première séance réalisée en faveur de la bénéficiaire dans le centre (JJ/MM/AAAA). La date de fin de cette première période de prise en charge correspond donc à JJ-1/MM/AAAA+3 ans.

 **§ 3** Une notification de prolongation de la période de prise en charge ne peut être envoyée au médecin-conseil que si le capital de séances d’accompagnement médical et psychosocial (éventuellement diminué sur base des dispositions relatives à une notification tardive) dont question à l’article 20 § 1er de la présente convention n’a pas été atteint durant la période d’intervention précédente ou que l’opération de reconstruction n’a pas été effectuée.

 La date de début de cette prolongation de prise en charge correspond à la date (JJ1/MM1/AAAA1) de la première prestation (qu’il s’agisse d’une séance d’accompagnement médical et psychosocial ou de l’opération de reconstruction) prévue par la présente convention et effectuée durant la nouvelle période concernée.

 La date de fin de cette prolongation de prise en charge pendant laquelle les prestations qui ont été réalisées pour la bénéficiaire concernée et qui répondent aux conditions de la convention peuvent être remboursées correspond au jour JJ1-1/MM1/AAAA1+3 ans.

 Une notification de prolongation peut être envoyée par le centre aussi longtemps que le capital de séances fixé conformément aux dispositions de l’article 20 § 1er n’a pas été atteint ou que l’opération de reconstruction n’a pas été effectuée. Dans ce cas, les modalités fixées par le présent paragraphe en ce qui concerne les notifications de prolongation sont d’application pour toutes les notifications de prolongation envoyées par le centre.

 Cette notification est envoyée au médecin-conseil au moyen du formulaire auquel est joint le rapport médical et qui figure en annexe à la présente convention (même formulaire et même rapport médical que celui à utiliser en cas de première notification).

 Le médecin-conseil doit avoir reçu la notification relative au programme de soins dispensé en faveur d’une bénéficiaire dans le cadre de la présente convention au plus tard le 30ème jour qui suit la date de la 1ère prestation réalisée par le centre, en faveur de cette bénéficiaire, dans le cadre de la nouvelle période. Si le médecin-conseil reçoit la notification plus de 30 jours après la date de la 1ère prestation réalisée par le centre dans le cadre de la nouvelle période, aucune intervention n’est due pour les séances qui ont été réalisées en faveur de la bénéficiaire concernée plus de 30 jours avant la date de réception de la notification. Dans ce cas, le centre et l’hôpital dont le centre fait partie (y compris les médecins du centre et de l’hôpital) ne porteront jamais en compte, en aucune façon, directement ou indirectement, les frais liés aux séances qui ne sont pas remboursables en vertu des dispositions du présent alinéa. Si la prise en charge des séances est refusée en raison du fait que la notification a été réceptionnée par le médecin-conseil tardivement, les séances réalisées pour lesquelles la prise en charge a été refusée comptent bien dans le maximum de 25 séances dont question à l’article 20 § 1er de la présente convention.

 **§ 4** Le centre s’engage à fournir sans délai au médecin-conseil toute l’information complémentaire qu’il souhaite obtenir en ce qui concerne le programme de soins réalisé en faveur d’une bénéficiaire.

 **§ 5** Dans le cas où une notification n’est suivie d’aucune décision de refus dans les quinze jours qui suivent la réception de la notification complète, l’accord de prise en charge vaut tant pour les 25 séances (article 20, § 1) que pour l’opération de reconstruction (article 20, § 2).

 **§ 6** Le centre s'engage à informer la bénéficiaire et à l'aider dans les démarches à accomplir. »

**Article 2.**

Les dispositions de l’article 6 § 3, dernier alinéa sont remplacées par les dispositions suivantes :

« L’intervention de l’assurance pour l’opération de reconstruction sera refusée dans le cas où l’organisme assureur n’a pas déjà remboursé le minimum de 5 séances, même si le médecin-conseil **de l’organisme assureur de la bénéficiaire a déjà pris connaissance de la prise en charge par le biais de la notification et qu’il n’a notifié aucune décision de refus conformément aux dispositions dont question à l’article 17**. »

**Article 3.**

Les dispositions de l’article 10, § 2, 2ème alinéa sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Le nombre de séances effectivement réalisé au cours d’une année civile est mentionné dans **le rapport annuel dont question à l’article 28**. »

**Article 4.**

Les dispositions de l’article 18 § 1, 1er alinéa sont remplacées par les dispositions suivantes :

« **Article 18 § 1** La période d’intervention de l’assurance est interrompue d’office si la bénéficiaire interrompt son programme dans le centre pour le poursuivre dans un autre centre conventionné avec l’INAMI. **Une première notification** doit être envoyée au médecin-conseil de l’organisme assureur de la bénéficiaire conformément aux dispositions de l’article 17, § 2 pour la poursuite du programme dans ce second centre. Toutes les conditions pour pouvoir envoyer une **telle notification** doivent être respectées par ce second centre et par conséquent, un total d'au moins 2 séances doit avoir été réalisé par ce second centre en faveur de la bénéficiaire et ce, pendant 2 jours différents à raison d’au moins une séance par jour, avant que le second centre puisse envoyer la notification requise au médecin-conseil. »

**Article 5.**

Les dispositions de l’article 20 § et 4 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« **§ 4** Les séances réalisées pour une bénéficiaire pour laquelle, en vertu des dispositions de **l’article 17, § 2, aucune première notification ne peut être envoyée au médecin-conseil**,soit parce que la bénéficiaire n’a eu qu’une seule séance, soit parce que les 2 premières séances n’ont été réalisées que sur un seul jour, ne seront pas honorées dans le cadre de la présente convention et ne peuvent pas non plus être portées en compte à la bénéficiaire concernée. »

**Article 6.**

Les dispositions de l’article 29 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« **Article 29** Le Pouvoir organisateur du centre tient une comptabilité basée, d’une part, 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 recettes puissent être immédiatement connues.

Si le Service des soins de santé de l’INAMI le demande, un récapitulatif de ces recettes et dépenses spécifiques dans le cadre de la convention, approuvé par le médecin coordinateur du centre, doit être transmis au Service des soins de santé de l’INAMI, suivant le modèle établi par celui-ci.

Le centre s'engage à autoriser tous les représentants du Service des soins de santé de l’INAMI ou des organismes assureurs à accéder à sa comptabilité afin qu'ils puissent contrôler les activités de l'établissement.

Le centre est tenu de conserver les documents comptables pendant une période de 7 ans. »

**Article 7.**

Compte tenu du nombre limité de bénéficiaires prises en charge dans le cadre de la convention pour l’accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales, et compte tenu de la nécessité de garantir et de maintenir une certaine expertise, le nombre d’hôpitaux pouvant adhérer à ladite convention doit être limité. Par conséquent, dès la date d’entrée en vigueur du présent avenant, aucun nouvel hôpital ne pourra adhérer à la convention précitée.

**Article 8.**

**§ 1** Pour les nouvelles bénéficiaires pour lesquelles un total d'au moins 2 séances a été réalisé et ce, pendant 2 jours différents à raison d’au moins une séance par jour, et pour lesquelles la 2ème séance réalisée dans ce contexte a été réalisée au plus tard le 28/02/2022, une première demande d’intervention doit être introduite conformément aux dispositions de l’article 17 en vigueur jusqu’au 28/02/2022.

**§ 2** Pour les nouvelles bénéficiaires pour lesquelles un total d'au moins 2 séances a été réalisé et ce, pendant 2 jours différents à raison d’au moins une séance par jour, et pour lesquelles la 2ème séance réalisée dans ce contexte a été réalisée au plus tôt le 01/03/2022, une première notification doit être envoyée au médecin-conseil de l’organisme assureur de la bénéficiaire conformément aux dispositions que le présent avenant fixe. Sans préjudice des dispositions du présent paragraphe, pour ces bénéficiaires, la procédure d’introduction d’une première demande d’intervention conformément aux dispositions de l’article 17 en vigueur jusqu’au 28/02/2022 peut encore être appliquée pour les demandes reçues par le médecin-conseil au plus tard le 31/05/2022.

**§ 3** Pour les bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour une prolongation de la période de prise en charge, une demande de prolongation doit être introduite conformément à la procédure en vigueur jusqu’au 28/02/2022 dans le cas où la première prestation réalisée au cours de la nouvelle période a été réalisée au plus tard le 28/02/2022.

**§ 4** Pour les bénéficiaires qui entrent en ligne de compte pour une prolongation de la période de prise en charge, une notification de prolongation doit être envoyée au médecin-conseil de l’organisme assureur de la bénéficiaire conformément aux dispositions que le présent avenant fixe dans le cas où la première prestation réalisée au cours de la nouvelle période a été réalisée au plus tôt le 01/03/2022. Pour ces bénéficiaires, la procédure d’introduction d’une demande de prolongation conformément aux dispositions de l’article 17 en vigueur jusqu’au 28/02/2022 peut encore être appliquée pour les demandes reçues par le médecin-conseil au plus tard le 31/05/2022.

**§ 5** Les périodes de prise en charge qui ont été accordées par le médecin-conseil de l’organisme assureur de la bénéficiaire sur base des dispositions qui étaient d’application jusqu’au 28/02/2022 restent valables dans le cadre de la convention jusqu’à la date de fin prévue de la période autorisée.

**Article 9.**

A l’article 33 § 2 de la convention, la date « 28/02/2022 » est remplacée par la date « 28/02/2027 ».

**Article 10.**

**§ 1** Le présent avenant, ainsi que son annexe (formulaire et rapport médical), font partie intégrante de la convention précitée.

**§ 2** Le présent avenant, dûment signé par les deux parties, entre en vigueur le 1er mars 2022.

|  |
| --- |
| Fait à Bruxelles, le **[Date]** et signé électroniquement par |
| Pour le pouvoir organisateur de l’établissement, | Pour le Comité de l'assurance soins de santé,Le Fonctionnaire dirigeant,Jelle COENEGRACHTSDirecteur-général a.i. des soins de santé |