

# 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 FONCTIONNELLE EN MATIERE DE REEDUCATION LOCOMOTRICE ET NEUROLOGIQUE CONCLUE ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE ET #####, QUI ASSURE LA GESTION DE L'ETABLISSEMENT DE REEDUCATION FONCTIONNELLE #####,** **(numéro d'identification de la convention de rééducation : #####)**

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,

##### assurant la gestion de l'établissement de rééducation fonctionnelle #####.

### **OBJET DE CET AVENANT**

Cet avenant prévoit la possibilité de porter en compte un honoraire complémentaire pour certaines prestations de rééducation de la convention.

Cette modification a lieu dans le cadre de la revalorisation de la médecine physique et de la réadaptation prévue dans l'Accord Médico-Mutualiste 2020.

### **MODALITES DE CET AVENANT**

**Article 1<sup>er</sup>.** Les dispositions de l'article 4 § 2 de la convention mentionnée ci-dessus sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

Dans le programme individuel de rééducation fonctionnelle d'un bénéficiaire, il sera précisé :

- quelles disciplines interviendront dans le programme de rééducation fonctionnelle du bénéficiaire ;
- le contenu et les objectifs de l'accompagnement, et ce pour chaque discipline intervenant dans le programme de rééducation fonctionnelle ;
- la fréquence hebdomadaire prévue des interventions, et ce pour chaque discipline ;
- quelles interventions seront effectuées en accompagnement individuel, au cours duquel un seul patient est suivi par un seul thérapeute.

Le programme individuel de rééducation fonctionnelle fait partie du dossier médical du bénéficiaire qui est tenu par l'établissement. »

**Article 2.** Après l'article 9 de la convention mentionnée ci-dessus, est inséré dans la convention un article 9 bis, rédigé comme suit :

« Article 9 bis :

Les prix et honoraires des séances de rééducation fonctionnelle R30-R60 sont fixés par le Comité de l'Assurance et peuvent à tout moment être adaptés par le Comité de l'Assurance.

La durée et le contenu des prestations R30 doivent toujours correspondre à la durée et au contenu de la prestation de nomenclature 558810-558821.

La durée et le contenu des prestations R60 doivent toujours correspondre à la durée et au contenu de la prestation de nomenclature 558832-558843.

Toutefois, la durée exigée des prestations R30-R60 peut, pour un même patient – si c'est indiqué – être fractionnée et répartie sur différents moments de la même journée.

Pour les bénéficiaires du groupe A2, un honoraire complémentaire peut être porté en compte pour maximum 25 prestations R60, par bénéficiaire et par programme de rééducation fonctionnelle, du fait de l'intensité de la rééducation fonctionnelle des patients atteints de ces pathologies.

L'honoraire complémentaire qui, pour les bénéficiaires du groupe A2, peut être porté en compte pour maximum 25 prestations R60, s'élève à la moitié de l'honoraire qui peut être porté en compte pour les prestations R60.

L'honoraire complémentaire qui, pour les bénéficiaires du groupe A2, peut être porté en compte pour maximum 25 prestations R60, doit être porté en compte séparément au moyen du pseudocode 776193 (patient ambulant) ou 776204 (patient hospitalisé). Il peut uniquement être remboursé pour les jours où un forfait R60 est dû pour le patient.

Du fait que l'honoraire complémentaire ne peut être porté en compte que pour certaines prestations R60, il ne peut pas être considéré comme une prestation de rééducation fonctionnelle distincte, et les dispositions de 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°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994*, ne sont pas d'application sur cet honoraire complémentaire. Aucune quote-part personnelle n'est donc due pour l'honoraire complémentaire en tant que tel. Pour le forfait R60 qui est porté en compte pour le même jour, une quote-part personnelle est bien due, conformément aux dispositions de l'arrêté royal susmentionné.

Dans le cas où un bénéficiaire du groupe A2 a déjà été rééduqué pour le même événement médical dans un autre établissement de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'Assurance a conclu une convention, et dans le cas où cet autre établissement a déjà réalisé 25 prestations R60 avec honoraire complémentaire, l'établissement ne peut plus porter en compte d'honoraire complémentaire pour ce bénéficiaire pour les éventuelles prestations R60 que l'établissement effectuerait encore pour le bénéficiaire. Si l'autre établissement a effectué, pour le même événement médical, moins de 25 prestations R60 avec honoraire complémentaire en faveur du bénéficiaire, l'établissement doit déduire du maximum de 25 prestations R60 avec honoraire complémentaire, le nombre de prestations R60 avec honoraire complémentaire déjà effectuées par l'autre établissement, et l'établissement ne peut porter en compte pour ce bénéficiaire que le nombre restant de prestations R60 avec honoraire complémentaire. »

**Article 3.** Les dispositions de l'article 18 de la convention mentionnée ci-dessus sont

##### - #####

abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

« L'établissement s'engage à facturer les "forfaits de rééducation fonctionnelle", les prestations visées à l'article 7, § 1, 2<sup>ème</sup> alinéa ainsi que les prestations visées à l'article 12, § 1, aux organismes assureurs sur base du fichier électronique de facturation de l'établissement hospitalier dont l'établissement fait partie (facturation électronique obligatoire via MyCaret).

L'établissement veillera à ne pas facturer à l'organisme assureur du bénéficiaire plus de forfaits de rééducation fonctionnelle et de prestations que ce qui est remboursable pour le bénéficiaire concerné en vertu des dispositions de cette convention et des diverses réglementations.

Tous les montants facturés au bénéficiaire par l'établissement pour des prestations qui ne font pas partie de la rééducation fonctionnelle, doivent également être mentionnés dans le fichier électronique de facturation, à titre d'information.

Une copie de la facture doit être remise au bénéficiaire ou à son représentant légal. »

**Article 4.** Cet avenant fait partie intégrante de la convention mentionnée ci-dessus, et entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

En conséquence, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'honoraire complémentaire prévu peut être porté en compte pour les prestations R60 qui sont effectuées à partir de cette date et qui remplissent les conditions de cet avenant.

Toutefois, cet honoraire complémentaire ne peut être porté en compte que pour les patients qui ont débuté leur rééducation fonctionnelle au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2022, en tenant compte de la date de début de la rééducation fonctionnelle dans le cadre de la convention précitée avec l'établissement ou – pour les patients qui ont déjà bénéficié d'une rééducation auparavant pour le même événement médical, dans le cadre d'une autre convention de rééducation fonctionnelle 9.50 ou 7.71 – de la date de début de la rééducation fonctionnelle dans le cadre de cette autre convention de rééducation fonctionnelle. Les patients ayant déjà bénéficié avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 d'une rééducation dans le cadre de la convention précitée avec l'établissement, ou dans le cadre d'une autre convention de rééducation locomotrice et neurologique, n'entrent en ligne de compte pour l'honoraire complémentaire prévu que si, suite à la survenue d'un nouvel événement médical, ils ont débuté un nouveau programme de rééducation fonctionnelle au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre de la convention précitée avec l'établissement ou dans le cadre d'une autre convention de rééducation locomotrice et neurologique.

Fait à Bruxelles, le 31 janvier 2022 et signé électroniquement par les deux parties :

Pour le pouvoir organisateur de l'établissement,

Pour le Comité de l'assurance soins  
de santé,

Bruxelles,

Le fonctionnaire dirigeant,

Jelle COENGRACHTS  
Directeur-général a.i. des soins de  
santé