



## Convention sur la (p)réhabilitation multidisciplinaire pour des patients en pré- en post-transplantation rénale

### CANDIDATURE AVEC DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

→ À envoyer dûment rempli, signé digitale et avec la pièce jointe demandée, à l'adresse suivante: [ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be](mailto:ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be)

#### I. L'établissement hospitalier qui se porte candidat :

Nom de l'établissement hospitalier:	
Numéro d'identification INAMI de l'établissement hospitalier :	
L'établissement hospitalier avec:	<input type="checkbox"/> un centre de transplantation <input type="checkbox"/> un centre de dialyse
Adresse administrative: (adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée)	

Nom et prénom du <b>directeur responsable au nom de l'autorité organisatrice de l'établissement hospitalier</b> postulant :	
Adresse e-mail:	

Nom et prénom du <b>directeur médical</b> :	
Adresse e-mail:	

Nom et prénom du <b>coordinateur de trajet de soins</b> :	
Adresse e-mail:	
Numéro de téléphone:	

→ Si le coordinateur de trajet de soins change, cela doit être signalé à l'INAMI via l'adresse e-mail [ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be](mailto:ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be).

## II. Déclaration sur l'honneur

Nous, les soussignés, déclarons par la présente que nous remplissons les conditions de l'article 24 de la convention sur la (p)réhabilitation multidisciplinaire pour des patients en pré- en post-transplantation rénale :

- Le centre de transplantation ayant adhéré à la convention doit satisfaire aux critères d'agrément prévus dans l'AR du 23 juin [2003 \(LOI - WET \(fgov.be\)\)](#) pour la transplantation abdominale.  
OU  
Le centre de dialyse adhérent doit avoir conclu un accord de financement de l'hémodialyse [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst\\_financiering\\_hemodialyse.docx](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst_financiering_hemodialyse.docx)
- Le centre de transplantation ou de dialyse adhérent dispose d'un cadre de personnel tel que stipulé à l'article 24,§ 2 de la convention. Ce cadre sera adapté de manière proportionnelle en fonction du nombre réel de bénéficiaires suivis et de la nature des prestations réalisées. Le centre de transplantation ou de dialyse s'engage à prendre sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre de personnel pour toute fonction qui serait vacante, en tout ou en partie, temporairement (pour cause de maladie, interruption de carrière, congé sans solde, ...) ou définitivement. Le centre de transplantation ou de dialyse tient en permanence une liste complète de l'équipe qu'il emploie réellement. Cette liste doit indiquer qui travaille dans le cadre de la convention à n'importe quelle date, avec quelle fonction, quel temps de travail et quel horaire par semaine.
- Le centre de transplantation ou de dialyse s'engage à toujours mettre en place une équipe multidisciplinaire autour du bénéficiaire qui répond aux dispositions de la présente convention.
- Le centre de transplantation ou de dialyse garantit la qualité des soins selon le plus haut degré de preuve (« level of evidence ») de la médecine factuelle (« evidence-based medicine »).
- Une liste nominative des médecins MPR associés à l'hôpital du centre de transplantation ou de dialyse est transmise lors de l'adhésion ainsi que lors de toute modification.

## III. Pièces jointes à ajouter:

- Une liste nominative des médecins MPR associés à l'hôpital du centre de transplantation ou de dialyse (voir annexe 1)

## IV. Les soussignés déclarent:

- qu'ils ont pris acte de la convention sur la (p)réhabilitation multidisciplinaire pour des patients en pré- en post-transplantation rénale;
- que les données ci-dessus, ainsi que l'annexe, ont été remplies complètement et correctement ;
- qu'ils remplissent les conditions prévues dans la convention sur la (p)réhabilitation multidisciplinaire pour des patients en pré- en post-transplantation rénale.

Fait à (lieu):

Date:	

Nom, prénom et signature du <b>directeur responsable au nom de l'autorité organisatrice de l'établissement hospitalier</b> postulant :	Date:
Nom, prénom et signature du <b>directeur médical de l'établissement hospitalier</b> postulant :	Date:
Nom et prénom et signature du <b>coordinateur de trajet de soins de l'établissement hospitalier</b> postulant :	Date:

