

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

ACCOMPAGNEMENT MEDICAL ET PSYCHOSOCIAL DU TRAITEMENT DES SEQUELLES DE MUTILATIONS GENITALES FEMININES

CONVENTION

ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE
DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
ET LE XXXXXXXXXXXX,

POUR LE CENTRE DE SOINS MULTIDISCIPLINAIRES COORDONNES
XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX, A XXXXX

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 institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

et d'autre part,

le xxxxxxxxxxxx, à xxxxx, pour son centre de soins multidisciplinaires coordonnés pour l'accompagnement médical et psychosocial des séquelles de mutilations génitales féminines, xxxxxxxxxxxx.

Article 1 Le centre de soins multidisciplinaires coordonnés pour l'accompagnement médical et psychosocial des séquelles de mutilations génitales féminines xxxxxxxxxxxx, à xxxxx, est désigné dans la présente convention par le terme « centre ».

Article 2 La présente convention définit les rapports entre, d'une part, le centre et, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, l'INAMI et les organismes assureurs, en ce qui concerne notamment le programme de soins, les prestations prévues par cette convention, les moyens mis en œuvre pour réaliser ces prestations, leur prix et les modalités de paiement de ce prix.

I. BENEFICIAIRES DE LA CONVENTION

Article 3 § 1 Toute bénéficiaire au sens de la présente convention est une bénéficiaire de l'assurance soins de santé et indemnités qui porte les séquelles d'une mutilation génitale féminine (MGF). Cette MGF répond à la définition de l'OMS :

« Les MGF désignent toutes les interventions qui aboutissent à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques.

Type 1 – Clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris (petite partie sensible et érectile des organes génitaux féminins) et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris).

Type 2 – Excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (qui entourent l'orifice vaginal).

Type 3 – Infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture. Cette fermeture est réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris. On parle aussi, pour ce type 3, de « rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris ».

Type 4 – Non classées : toutes les autres interventions néfastes pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le perçage, l'incision, la scarification et la cautérisation¹. »

§ 2 A la date de début de la période d'intervention de l'assurance fixée en application de l'article 17, toute bénéficiaire a au moins atteint l'âge

- de 14 ans, pour les séances d'accompagnement médical et psychosocial visées à l'article 6, § 2,
- de 18 ans, pour l'opération de reconstruction, visée à l'article 6, § 3.

II. CONCEPT ET OBJECTIFS DES PROGRAMMES DE SOINS

Article 4 Les MGF ont des conséquences néfastes sur la santé des femmes qui en sont victimes ; elles peuvent notamment entraîner :

- Des problèmes urinaires et menstruels,
- Des infections et une sensibilité accrue aux infections (infections pelviennes chroniques, infections urinaires, infections de l'appareil reproducteur, infection au VIH...),
- Des kystes, abcès et ulcères génitaux,
- Un accolement des lèvres,
- Une fistule obstétricale,

¹ Organisation Mondiale de la Santé, *Les mutilations génitales féminines*, 2012, p. 1.

- Une fibrose ou un chéloïde,
- Un hémato-colpos,
- De l'incontinence,
- Une stérilité,
- Des douleurs chroniques,
- Des rapports sexuels douloureux et une mauvaise qualité de la vie sexuelle,
- Une hémorragie du post-partum,
- Une augmentation de la mortalité périnatale et néonatale précoce, une augmentation de la souffrance fœtale,
- Une augmentation de la mortalité maternelle,
- Des troubles psychologiques, comme la crainte des rapports sexuels, l'état de stress post-traumatique, l'anxiété, la dépression, des troubles de l'identité...

Ces femmes peuvent avoir besoin de soins, parfois lourds, complexes et/ou répétés, et d'un soutien psychologique et social.

Le programme de soins dispensé par le centre consiste en un accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles des MGF subies. Le centre conseille, prescrit et coordonne les soins médicaux appropriés. Il offre à la bénéficiaire un soutien médical, paramédical, psychologique et social. Il dispense certains soins, non-couverts par la convention, dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé (ex. : consultations chez les médecins, petite chirurgie...) Il réalise une opération de reconstruction du clitoris, couverte par la présente convention, lorsque cette opération est indiquée.

Il permet ainsi à la bénéficiaire d'obtenir tous les soins adaptés à ses besoins, au moment où elle en a besoin, de recevoir des informations exactes et complètes, et de surmonter les troubles psychologiques dont elle souffre éventuellement.

III. NATURE DES PROGRAMMES ET DES PRESTATIONS

Article 5 Tout programme individuel de soins multidisciplinaire couvert par la présente convention consiste dans l'ensemble coordonné des actes réalisés en faveur d'une bénéficiaire de la convention (article 3) qui sont appropriés à sa situation pathologique et psychosociale, qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis à l'article 4 et qui ne sont pas couverts par la nomenclature des prestations de santé (annexe à l'A.R. du 14.09.1984). Ces actes sont dispensés sous la forme de séances et d'une éventuelle opération chirurgicale (article 6), par les membres de l'équipe thérapeutique du centre (article 8), au cours de la période fixée par l'instance compétente (article 17). Les actes couverts par la nomenclature des prestations de santé peuvent être intégrés dans le programme de soins, mais ils ne sont pas couverts par la convention.

Article 6 § 1 Les prestations prévues par la présente convention sont dénommées « séance d'accompagnement médical et psychosocial », abrégé en « séance », et « opération chirurgicale de reconstruction du clitoris (y compris l'anesthésie générale) », abrégé en « opération de reconstruction ».

§ 2 La séance exige la présence durant une heure au total, face à une seule bénéficiaire éventuellement accompagnée de proches, d'un ou plusieurs des thérapeutes du

centre visés aux points 2 à 6 de l'article 8. Elle est facturable au montant fixé à l'article 16, § 1, point 1.

Les éventuelles séances qui se dérouleraient face à plusieurs bénéficiaires ne sont pas considérées comme des prestations et ne peuvent pas donner lieu à une intervention de l'assurance ; elles ne sont pas facturables.

Le ou les membres de l'équipe multidisciplinaire qui interviennent au cours d'une séance sont ceux qui ont les compétences pour cette séance, en fonction des actes qui y sont réalisés.

Ces actes peuvent être :

- La réalisation d'un bilan multidisciplinaire.
- L'information de la bénéficiaire sur les MGF, leurs conséquences et leur traitement,
- L'élaboration d'un plan de soins individualisé, comprenant tous les soins prévus par la présente convention et par la nomenclature des prestations de santé, utiles pour le traitement des séquelles des MGF subies par la bénéficiaire, en ce compris la concertation multidisciplinaire sur l'indication d'une opération chirurgicale de reconstruction du clitoris,
- Le conseil et la prescription des soins, leur coordination et l'accompagnement de leur dispensation,
- La réalisation des tests et bilans sexologiques et psychologiques utiles,
- La dispensation d'une thérapie sexologique et psychologique adaptée à chaque bénéficiaire, prenant en compte les règles de bonne pratique validées à un niveau international,
- La réorientation adéquate de la bénéficiaire dont les troubles mentaux ne peuvent pas être traités dans le centre en raison de leur nature, de leur sévérité ou de leur complexité,
- L'aide à la bénéficiaire dans les formalités administratives et la liaison avec les institutions de soins, les services sociaux et les services administratifs, en vue de garantir le bon déroulement du plan de soins individualisé,
- L'information de la bénéficiaire sur la législation.

§ 3 L'opération de reconstruction du clitoris est une opération chirurgicale réalisée par un des médecins spécialistes en gynécologie obstétrique qui appartiennent à l'équipe multidisciplinaire (article 8, point 1), ou à défaut par un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique, en chirurgie plastique ou en urologie, travaillant dans l'hôpital où le centre est situé, en étroite collaboration avec un de ces médecins du centre.

Cette opération est pratiquée uniquement chez les bénéficiaires qui ont reçu au moins 5 séances d'accompagnement médical et psychosocial (article 6, § 2), lorsque la concertation multidisciplinaire a conclu à la nécessité de cette opération, et lorsque la bénéficiaire a donné par écrit son consentement éclairé.

La prestation inclut l'anesthésie générale pratiquée lors de l'opération.

§ 4 Les consultations chez le ou les médecins spécialistes en gynécologie obstétrique, ainsi que les autres formes de soins et de traitements (les prestations de santé prévues par la nomenclature, les médicaments, l'hospitalisation de jour...) ne sont pas couvertes par la présente convention ; elles peuvent être facturées séparément, selon les conditions fixées par la

réglementation en vigueur. Cependant, le centre respecte les règles de cumul fixées à l'article 24 de la présente convention.

IV. DEFINITION DE L'ETABLISSEMENT

4.1. Définition

Article 7 Le centre visé par la présente convention est l'équipe multidisciplinaire (article 8) qui travaille de manière coordonnée à l'exécution des actes prévus par la présente convention (articles 6, §§ 1 à 3), afin d'atteindre les objectifs fixés (article 4), en faveur des bénéficiaires visées par cette même convention (article 3).

4.2. Cadre du personnel

Article 8 Le cadre du personnel thérapeutique du centre comprend au moins les fonctions suivantes, exercées chacune par une ou au maximum 2 personnes, répondant aux conditions fixées à l'article 9 :

1. Médecin spécialiste en gynécologie obstétrique / médecin coordinateur.
2. Sexologue et/ou psychologue.
3. Sage-femme.
4. Kinésithérapeute.
5. Travailleur social.

Le cadre du personnel thérapeutique du centre peut comprendre la fonction suivante, exercée par une ou au maximum 2 personnes, répondant aux conditions fixées à l'article 9 :

6. Infirmier.

Le cadre du personnel administratif comprend toujours la fonction suivante, exercée par une ou plusieurs personnes répondant aux conditions fixées à l'article 9, § 1 :

7. Secrétaire.

Article 9 § 1 Tous les membres du personnel thérapeutique, selon leur fonction (article 8, 1 à 6), prouvent, par leur formation et leur expérience professionnelle, leur expertise dans le domaine des MGF, de leurs conséquences et de leur traitement.

Ils sont capables d'accueillir et de prendre en charge les bénéficiaires en tenant compte de leur origine culturelle et des conséquences des MGF qu'elles ont subies.

Les membres du personnel administratif sont formés à l'accueil des bénéficiaires.

§ 2 Les dispositions particulières suivantes sont d'application pour les personnes qui occupent les fonctions de médecin spécialiste en gynécologie obstétrique / médecin coordinateur, sexologue et/ou psychologue, et travailleur social :

Médecin spécialiste en gynécologie obstétrique / médecin coordinateur

Un et un seul des médecins spécialistes en gynécologie obstétrique exerce la fonction de coordinateur de l'équipe multidisciplinaire. Il en assume la direction médicale pour tout ce qui concerne l'application de la présente convention. Il est en particulier responsable de

- la coordination de l'équipe multidisciplinaire,
- la qualité et la bonne organisation des soins dispensés,
- la pertinence et la cohérence de chaque programme de soins individuel,
- l'expérience, la compétence et la formation continue de chaque membre de l'équipe thérapeutique, dans la fonction qu'il exerce en application de la convention,
- l'actualité et la validité médicale des concepts qui fondent les programmes de soins,
- la qualité des données recueillies et transmises.

Il a une voix prépondérante dans le recrutement et la sélection des membres de l'équipe multidisciplinaire.

Sexologue/Psychologue

La ou les personnes qui exercent les fonctions de sexologue et/ou psychologue sont des masters (licenciés) en sexologie ou en psychologie. Les masters en psychologie ont reçu une formation en sexologie.

Travailleur social

La ou les personnes qui exercent la fonction de travailleur social ont la qualification d'infirmier social, ou d'infirmier spécialisé en santé communautaire, ou d'assistant social.

Article 10 § 1 *Le temps de travail pour la réalisation des séances en application de la convention (ci-dessous : temps de travail) est le temps effectivement consacré à la réalisation des séances prévues par la convention ou des tâches induites par la réalisation de ces séances, en la présence ou hors de la présence des bénéficiaires. Il s'agit du temps pris en compte dans le calcul du prix des prestations (point 2 de l'annexe). En application de l'article 6, § 4, le temps consacré à la réalisation d'actes financés dans un autre cadre réglementaire n'est jamais pris en compte dans le temps de travail pour la réalisation des séances dans le cadre de la convention ; ce dernier est résiduaire par rapport au temps consacré à tous les actes financés par ailleurs.*

Le temps de travail total est la somme des temps de travail des membres de l'équipe.

§ 2 Afin de garantir la qualité des soins, le centre respecte une règle de proportionnalité entre le temps de travail total de son équipe thérapeutique et administrative et le nombre de séances qu'il réalise au cours d'une année civile. Cette règle est fondée sur le calcul du coût des séances. Elle est énoncée au point 3 de l'annexe. Selon cette règle, avec une équipe d'un ETP au total, financée par la convention pour la réalisation des séances, le centre peut réaliser un maximum de 844 séances par année civile.

Le nombre de séances effectivement réalisé au cours d'une année civile est mentionné dans les chiffres de production (article 30).

Le centre respecte également une règle de proportionnalité, fondée sur le coût des séances, pour la répartition des temps de travail entre les différentes fonctions. Selon cette règle :

1. Le temps de travail total dans chaque fonction ou groupe de fonction est un pourcentage du temps de travail total de l'équipe multidisciplinaire, dont le minimum ou le maximum est mentionné dans le tableau suivant :

(Groupes de) fonctions	% minimum	% maximum
Médecins (art. 8, 1) :	10	
Masters (art. 8, 2) :	35	
Bacheliers (art. 8, 3 à 5) :	35	
Secrétaires (art. 8, 6) :		8

2. Le temps de travail total n'est jamais inférieur à 4 heures par semaine pour aucune des fonctions mentionnées aux points 1 à 7 de l'article 8.

§ 3 La présente convention ne fixe pas de règle de proportionnalité entre le nombre d'opérations de reconstruction que le centre réalise et le temps de travail des personnes qui participent à la réalisation de ces opérations. Néanmoins, le centre veille à employer en permanence un personnel suffisant pour que ces opérations puissent être réalisées dans un délai raisonnable et dans les conditions qui garantissent la sécurité des bénéficiaires et la qualité des résultats.

Article 11 § 1 Le centre prend sans délai toutes les dispositions afin de compléter le cadre du 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 (pour cause de licenciement, démission...) Il n'est toutefois pas tenu de compléter le cadre du personnel pour une fonction laissée vacante, soit par un membre du personnel licencié, au cours de la période de préavis légal rémunéré, soit par un membre du personnel absent pour maladie, au cours de la période légale de salaire garanti, tant qu'il rémunère effectivement ce membre du personnel.

Si des membres de l'équipe en fin de carrière sont dispensés de prestations de travail conformément aux dispositions de la CCT en la matière, cette dispense doit être compensée par de nouveaux engagements ou par une augmentation de la durée du temps de travail d'autres membres de l'équipe, en tenant compte des qualifications prévues pour chaque fonction. Le financement de cette occupation compensatoire n'est pas réglé par la présente convention, mais n'est pas en contradiction avec celle-ci.

§ 2 Le centre tient à jour un relevé complet des membres de l'équipe qu'il emploie. Ce relevé indique à tout moment l'identité de chaque membre de l'équipe, sa fonction, ainsi que son temps de travail et son horaire hebdomadaire dans le cadre de la convention, d'une part (1^{ère} colonne), pour la réalisation des séances, d'autre part (2^e colonne), pour la réalisation des opérations de reconstruction. Ce relevé doit pouvoir être présenté immédiatement lors de la visite d'un représentant de l'INAMI ou d'un organisme assureur.

Un récapitulatif de l'évolution du cadre du personnel du centre au cours de l'année précédente (reprenant l'identité de chaque membre du personnel, sa fonction, et son

temps de travail dans chacune des prestations) est établi selon un modèle défini par le Service des soins de santé. Il est adressé chaque année au Service des soins de santé de l'INAMI, avec la comptabilité visée à l'article 29.

§ 3 En cas de non-respect du cadre requis, au cours d'une année civile déterminée, le Comité de l'assurance peut décider, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, de résilier la présente convention et/ou de récupérer un pourcentage de l'intervention de l'assurance dans les prestations qui peut atteindre le double du pourcentage du cadre du personnel manquant au cours de l'année civile considérée. Dans tous les cas, avant toute décision du Collège et du Comité de l'assurance, le centre a l'occasion d'expliquer par écrit les raisons du non-respect du cadre.

Le centre s'engage à ne pas récupérer auprès de ses bénéficiaires le montant des interventions de l'assurance qu'il aurait dû rembourser en application des dispositions ci-dessus.

Article 12 Le coût salarial du personnel occupé dans le cadre de la convention est entièrement supporté par le centre sur la base du remboursement du coût des prestations obtenu en application de cette convention. Le centre ne peut dès lors percevoir aucune autre intervention financière de la part d'une autorité publique – quel qu'en soit le montant, la nature ou la forme – dans le coût salarial du personnel financé par la présente convention.

Article 13 L'équipe thérapeutique multidisciplinaire se réunit au moins une fois par mois. Ces réunions contribuent à la cohérence de son fonctionnement et de ses interventions auprès de bénéficiaires ainsi qu'au partage et à la mise à jour des connaissances de ses membres dans toutes les matières utiles. Elles sont placées sous la supervision du médecin coordinateur.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu écrit qui reprend au moins les noms des participants, la liste des sujets abordés et les noms des bénéficiaires dont le cas a été discuté. Ce compte-rendu écrit est conservé par le centre.

4.3. Unité de fonctionnement et accessibilité

Article 14 § 1 Le centre est installé dans les locaux d'un hôpital, sur un seul site de cet hôpital. Il constitue une unité organisationnelle et fonctionnelle aisément identifiable comme telle par les bénéficiaires. Il dispose des espaces de consultation et d'entretien individuels nécessaires, d'une salle de réunion et d'un secrétariat où les dossiers patients sont gardés à la disposition de l'équipe pluridisciplinaire.

Les opérations de reconstruction sont réalisées dans l'hôpital où le centre est situé.

§ 2 Le centre dispose en permanence de tout le matériel utile au bon déroulement des programmes de soins couverts par la présente convention.

§ 3 Le centre veille à maximiser le temps de présence simultanée des membres de son personnel, afin de garantir son unité de fonctionnement et la disponibilité des différentes disciplines, lors de la venue des bénéficiaires. Il communique l'horaire hebdomadaire de ses activités et tout changement qui y est apporté, à ses bénéficiaires et au Service des soins de santé de l'INAMI.

V. INTERVENTION DE L'ASSURANCE DANS LE COUT DES PRESTATIONS

5.1. Intervention de l'assurance

Article 15 L'intervention de l'assurance dans le coût ou « prix » de toute prestation prévue par la présente convention est un forfait qui couvre la totalité des frais engendrés par la réalisation de cette prestation en faveur d'une bénéficiaire. Elle est due pour toute prestation qui respecte les conditions prévues par la convention.

Article 16 § 1 Le montant de l'intervention de l'assurance est établi sur base de l'annexe à la présente convention. Il est fixé à :

	pseudocode	total (en euros)	indexable	non-indexable
1. Séance	784593-784604	92,42	87,80	4,62
2. Opération de reconstruction (y compris l'anesthésie générale)	784615-784626	481,62	457,54	24,08

§ 2 La partie indexable de ce montant est liée à l'indice pivot 119,62 (base 2004) des prix à la consommation. Elle est adaptée selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume pour certaines dépenses dans le secteur public.

§ 3 L'intervention de l'assurance doit être diminuée de l'intervention personnelle de la bénéficiaire, fixée en application des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996, modifié par l'arrêté royal du 12 février 1999, portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance obligatoire 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.

5.2. Demande d'accord et période d'intervention de l'assurance

Article 17 § 1 Pour toute bénéficiaire, l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations est subordonnée à un accord préalable du Collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, conformément aux dispositions des articles 138, 139 et 142, § 2, de l'A.R. 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 application des dispositions 142, § 2, de l'A.R. ci-dessus, la demande d'accord doit parvenir au médecin-conseil de la mutualité de la bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1^{ère} prestation réalisée par le centre, en faveur de cette bénéficiaire, dans le cadre de la période demandée. Elle doit être introduite au moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, auquel est joint un rapport médical établi par un médecin du centre, selon le modèle approuvé par le Collège des médecins-directeurs.

Un accord unique est requis pour le capital de 15 séances (article 20, § 1) ; un autre accord est requis pour l'opération de reconstruction (article 20, § 2).

§ 2 Le centre s'engage à informer le bénéficiaire et à l'aider dans les démarches à accomplir.

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. Un nouvel accord d'intervention conforme aux dispositions de l'article 17 est requis pour la poursuite du programme dans ce second centre.

Moyennant l'accord de la bénéficiaire, le centre qui a entamé le programme et celui qui le poursuit maintiennent tous les contacts utiles pour assurer le déroulement optimal du programme de soins. Ils prennent les mesures qui s'imposent pour garantir le respect des dispositions de la convention.

§ 2 L'interruption d'un programme dans un centre, et sa poursuite dans un autre ne modifie en rien les dispositions de la présente convention, notamment en ce qui concerne le nombre total de prestations remboursables qui reste identique aux maximums fixés à l'article 20).

5.3. Nombres maximums de prestations remboursables

Article 19 Au cours d'une même année civile, le centre peut réaliser des prestations facturables jusqu'à un maximum de 2.705 unités de facturation. Dans le calcul de ce nombre, une séance vaut 1 unité de facturation et une opération de reconstruction vaut 5,21 unités de facturation.

L'année d'entrée en vigueur et l'année de cessation de vigueur de la présente convention, la capacité maximale de facturation est adaptée au prorata de la durée de validité de la convention au cours de cette année civile.

Article 20 § 1 Une même bénéficiaire peut recevoir au total un maximum de 15 interventions de l'assurance dans les séances réalisées en application de la présente convention, par le centre ou par tout autre centre pour l'accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de MGF, conventionné avec l'INAMI.

§ 2 Une même bénéficiaire peut recevoir une seule intervention de l'assurance dans une opération de reconstruction réalisée en application de la présente convention, par le centre ou par tout autre centre pour l'accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines conventionné avec l'INAMI.

§ 3 Une même bénéficiaire peut recevoir une intervention de l'assurance dans un maximum de 2 séances dispensées le même jour.

5.4. Modalités de facturation des prestations

Article 21 Le centre facture le montant de l'intervention de l'assurance à l'organisme assureur de la bénéficiaire en suivant la procédure de facturation électronique de l'établissement

hospitalier dont il fait partie. Il informe la bénéficiaire par écrit des montants qu'il a facturés à son organisme assureur, en application de la présente convention.

Article 22 § 1 Le centre s'engage à rembourser toute intervention de l'assurance indûment perçue, conformément aux dispositions de l'article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2 Il s'engage à ne facturer aux bénéficiaires

- aucun acte pour lequel l'intervention de l'assurance est refusée, quel que soit le motif du refus.
- aucune intervention de l'assurance qu'il aurait dû rembourser, en vertu des dispositions du § 1, quel que soit le motif de l'obligation de remboursement.

5.5. Règles de cumul

Article 23 Si en application des dispositions de l'article 18, deux ou plusieurs périodes d'intervention de l'assurance sont accordées à une même bénéficiaire dans un programme de soins réalisé par le centre et par un ou plusieurs autres centres pour l'accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de MGF, conventionnés avec l'INAMI, ces périodes ne peuvent jamais coïncider, même partiellement.

Article 24 Selon les dispositions de l'article 6, § 4, les soins et traitements remboursés par l'assurance soins de santé dans un autre cadre réglementaire ne sont pas inclus dans les prestations prévues par la présente convention. Ils peuvent être cumulés avec ces prestations.

Cependant, le centre respecte les règles de cumul suivantes :

- Pour chaque membre de l'équipe multidisciplinaire, il fixe un horaire pour la réalisation des prestations prévues par la présente convention et pour la réalisation éventuelle des prestations remboursées dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé. Il ne réalise aucune prestation de la nomenclature durant l'horaire réservé à la réalisation des prestations de la présente convention et réciproquement, il ne réalise aucune prestation de la présente convention durant l'horaire réservé à la réalisation des prestations de la nomenclature.
- Ni le centre, ni les membres de son équipe thérapeutique, ni l'hôpital ne peuvent facturer de prestation de la nomenclature, pour des actes réalisés en faveur d'une bénéficiaire par un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique, en chirurgie plastique, en urologie ou en anesthésie-réanimation, par une sage-femme, un infirmier ou un kinésithérapeute, lorsque ces actes sont réalisés le même jour qu'une opération de reconstruction en faveur de cette bénéficiaire.

Article 25 Le centre s'engage à ne facturer aucun supplément aux bénéficiaires ou aux organismes assureurs, pour les prestations réalisées dans le cadre de la présente convention.

Article 26 Le centre prend toutes mesures utiles afin de garantir l'application des dispositions des articles 23 à 25 ci-dessus. Il en expose les termes et en explique la portée au bénéficiaire ou à son représentant légal, dans un document écrit qu'il leur remet contre récépissé signé.

VI. GESTION DES DONNEES MEDICALES ET RAPPORT ANNUEL

Article 27 § 1 Le centre établit pour chaque bénéficiaire un dossier patient reprenant au moins :

- Ses données d'identification.
- Une copie du plan de soins individualisé.
- Les résultats des examens réalisés.
- Une synthèse des prestations réalisées en sa faveur, des objectifs visés et des résultats effectivement atteints.
- Les conclusions des réunions d'équipe la concernant.
- Une copie de la correspondance échangée avec son médecin généraliste et, le cas échéant, son médecin spécialiste traitant.
- Toute autre correspondance concernant cette bénéficiaire.

§ 2 À moins que la bénéficiaire s'y oppose, le centre communique à son médecin généraliste et à son gynécologue traitant,

- au début du programme : le plan de soins individualisé,
- dès que le programme est achevé : un rapport de synthèse qui mentionne les soins effectivement dispensés, leurs résultats et les points d'attention éventuels.

§ 3 Le recueil, la conservation, la transmission et l'usage des données reprises dans les dossiers patients se conforment aux obligations légales et déontologiques relatives au respect du secret médical et à la protection de la vie privée.

Article 28 § 1 Dès les 1^{ers} mois d'application de la convention, le Collège des médecins-directeurs établit, en concertation avec les centres conventionnés, un modèle de rapport annuel contenant des données détaillées sur

- Les caractéristiques épidémiologiques de la population des bénéficiaires de la convention,
- Les soins dispensés et les résultats obtenus,
- Le fonctionnement du centre.

§ 2 Le centre met scrupuleusement en œuvre la procédure de recueil, d'analyse et de transmission des données définie par le Collège, dès réception des instructions.

Les frais engendrés par le recueil des données et leur analyse, ainsi que par la rédaction et l'envoi du rapport annuel sont couverts par les forfaits prévus à l'article 16.

VIII DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES GENERALES

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 revenus puissent être immédiatement connus. Avant la fin du mois de juin de chaque année, le Pouvoir organisateur du centre envoie au Service des soins de santé de l'INAMI les données comptables liées à l'application de la présente convention et relatives à l'année civile précédente.

Article 30 § 1 Avant la fin du mois qui suit la fin de chaque trimestre, le centre transmet au Service des soins de santé ses chiffres de production (soit le nombre de prestations réalisées, par type, multiplié par leurs prix respectifs) relatifs à ce trimestre. Il utilise à cette fin l'application informatique que le Service met à disposition.

Une prestation réalisée en faveur d'une bénéficiaire ne peut figurer qu'une seule fois dans les chiffres de production. Elle doit y être mentionnée dès qu'elle a été effectuée, sans attendre qu'elle ait été facturée ou remboursée. Le centre ne doit cependant pas mentionner les prestations dont il sait d'avance qu'elles ne sont pas remboursables (par exemple parce qu'elles ne répondent pas aux conditions fixées dans le cadre de la présente convention ou parce que la bénéficiaire n'est pas assurée dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

Le centre s'engage à présenter, à la demande du Service des soins de santé ou du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, tous les documents nécessaires à l'appui des chiffres de production communiqués. La communication volontaire de chiffres de production erronés entraînera une suspension de paiement par les organismes assureurs dans le cadre de la présente convention.

§ 2 Si les chiffres de production ne sont pas envoyés avant la fin du premier mois qui suit la fin d'un trimestre, le centre est rappelé à ses obligations par lettre recommandée. Si les chiffres de production n'ont toujours pas été communiqués dans les 30 jours civils après l'envoi de la lettre recommandée, les paiements par les organismes assureurs (dans le cadre de la convention entre l'INAMI et le centre) sont suspendus d'office tant qu'il n'est pas satisfait à cet engagement.

§ 3 Le centre désigne une personne de contact chargée de la transmission des chiffres de production. Il communique ses coordonnées (nom, numéro de téléphone direct et adresse électronique) au Service des soins de santé qu'il informe également de tout changement de ces coordonnées.

Article 31 § 1 Le centre s'engage à fournir au Service des soins de santé de l'INAMI et/ou aux organismes assureurs concernés toutes les informations leur permettant de contrôler le respect des dispositions de la présente convention sous tous leurs aspects.

§ 2 Le centre autorise tout représentant de l'INAMI ou des organismes assureurs à effectuer les visites que celui-ci juge utile à l'accomplissement de sa mission de contrôle du respect des dispositions de la présente convention.

Article 32 § 1 Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à créer toutes les conditions permettant à ce dernier de mettre en œuvre les programmes de soins individuels dans des conditions optimales et de respecter toutes les dispositions de la présente convention.

§ 2 Le Pouvoir organisateur du centre assume l'entière responsabilité de l'éventuel non-respect des dispositions de la présente convention par le centre et des conséquences, notamment financières, qui en résultent.

§ 3 Le Pouvoir organisateur du centre s'engage à informer chaque membre de l'équipe de toutes les dispositions de la présente convention afin de lui permettre d'accomplir ses tâches conformément aux dispositions de la présente convention. A cet effet, le Pouvoir organisateur remet à chaque membre du personnel, le texte complet de la présente convention. Il conserve, à cet égard, et tient à la disposition du Service des soins de santé de l'INAMI les accusés de réception signés par les membres de l'équipe.

IX PERIODE DE VALIDITE DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 33 § 1 La présente convention, faite en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, sort ses effets à la date du xxxxx.

§ 2 Elle est valable jusqu'au xxxxx, toutefois, chacune des parties peut à tout moment la dénoncer par lettre recommandée à la poste adressée à l'autre partie. Les effets de la convention expirent à l'issue d'un délai de préavis de trois mois prenant cours le premier jour du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre recommandée.