PROTOCOLE DE SELECTION

DU CENTRE DE COORDINATION NATIONAL DE L’HEMOPHILIE

Annexe 2

Fiches à contresigner

Les fiches contenues dans l’Annexe 2 doivent être remplies, signées et jointes au dossier de candidature, accompagnées de leurs pièces justificatives.

* Fiche A (1) : Cadre du personnel [champs 8-19]. Liste des membres du personnel qui faisaient partie de votre centre en 2012 et 2013.
* Fiche A (2) : Cadre du personnel. Engagement du centre à respecter la répartition horaire des membres du cadre du personnel à la date d’entrée en vigueur de la convention, prévue le 1/11/2014.
* Fiche B : Expérience du cadre du personnel. Liste des pièces justificatives de l’expérience jointes au dossier.
* Fiche C : Accessibilité. Présence d’un service d’urgence [champ 26], disponibilité permanente de médecins capables de garantir la continuité des soins aux patients visés par la convention [champ 27].
* Fiche D (1) : Inclusion dans un hôpital. Laboratoire agréé ISO 15189 dans les 2 ans suivant entrée en vigueur convention [champs 32-33].
* Fiche D (2) : Inclusion dans un hôpital. Liste du matériel didactique développé par l’hôpital [champ 34].
* Fiche D (3): Inclusion dans un hôpital. Support médical du centre dans l’hôpital [champs 35-36].
* Fiche D (4) : Inclusion dans un hôpital. Conseil génétique [champs 37-39].
* Fiche E : Nombre de patients. Décompte des patients pris en charge, liste des patients pris en charge et accords de coopération avec d’autres hôpitaux [champs 40-47].

**Fiche A (1) : Cadre du personnel [champs 8-19]. Liste des membres du personnel qui faisaient partie de votre centre en 2012, 2013 et 2014**

Doivent figurer dans les tableaux ci-dessous (Cochez les cases des colonnes correspondant aux années au cours desquelles le membre du personnel considéré a fait partie de l’équipe de votre centre, au moins pendant une partie de l’année):

* le nom, prénom, numéro INAMI, et la signature du médecin responsable actuel du centre candidat.
* la liste de tous les médecins qui ont fait partie de votre centre en 2012, 2013 et 2014, par spécialité. Chaque poste doit être occupé depuis 2012, éventuellement par différents médecins dont les détails doivent être fournis dans les tableaux ci-dessous.
* La liste de tous les psychologue, infirmier, travailleur social, kinésithérapeute, technologue laboratoire médical, secrétaire qui travaillent actuellement dans le centre.

1. Médecin responsable :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom du médecin responsable actuel | Numéro INAMI complet : | Responsable en 2012 | Responsable en 2013 | Responsable en 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Médecin spécialiste en médecine interne :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom du spécialiste: | Numéro INAMI complet : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Médecin spécialiste pédiatre :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom du spécialiste: | Numéro INAMI complet : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Médecin spécialiste en biologie clinique :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom du spécialiste: | Numéro INAMI complet : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Médecin spécialiste en orthopédie :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom du spécialiste: | Numéro INAMI complet : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Nota Bene : les tableaux précédents doivent être joint à la fois au dossier de candidature ET aux listes des patients transmises aux mutuelles** (voir la fiche E). Les mutuelles ont en effet besoin des noms et numéro INAMI des membres de l’équipe médicale du centre pour s’assurer que des contacts ont été établis avec les patients au cours des trois dernières années.

1. Praticien de l’art dentaire :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom du spécialiste: | Numéro INAMI complet : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Infirmier :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom : | Numéro INAMI complet (facultatif) : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |  |

1. Psychologue :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |

1. Kinésithérapeute :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom : | Numéro INAMI complet (facultatif) : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |  |

1. Travailleur social :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |

1. Technologue de laboratoire médical :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |

1. Secrétaire :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom : | En 2012 | En 2013 | En 2014 | Signature  (précédée de la date) : |
|  |  |  |  |  |

**Fiche A (2) : Cadre du personnel. Engagement du centre à respecter la répartition horaire des membres du cadre du personnel à la date d’entrée en vigueur de la convention, prévue le 1/10/2014.**

En vertu de son article 8, au moment de l’entrée en vigueur de la convention, le 1 octobre 2014, le centre devra disposer d’une équipe multidisciplinaire dont l’expertise peut être prouvée, qui compte au moins les membres suivants pour le nombre d’heures hebdomadaire suivant:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctions ou groupes de fonctions** | **de 180 à 194  bénéficiaires** | **à partir de 195  bénéficiaires** |
| Médecin (1 + 2 + 3) | 77,00 h./sem. | 85,50 h./sem. |
| Médecin (4 + 5) + praticien de l’art dentaire (6) | 4,50 h./sem. | 5,00 h./sem. |
| Psychologue (7) | 8,50 h./sem. | 9,50 h./sem. |
| Infirmier (8) + travailleur social (9) + kinésithérapeute (10) | 72,00 h./sem. | 80,00 h./sem. |
| Technicien de laboratoire (11) | 2,00 h./sem. | 2,00 h./sem. |
| Secrétaire (12) | 34,00 h./sem. | 38,00 h./sem. |

Dans le cas où sa candidature serait retenue, le centre candidat s’engage à disposer du cadre du personnel complet et à respecter la répartition horaire de ses membres prévus par la convention en son article 8. à la date du 1er octobre 2014, et s’engage à le prouver au moyens de tous les justificatifs nécessaires à la date du 22 septembre 2014.

Fait à :…………………………………………………., le……………………………

Le directeur de l’hôpital (nom et prénom):

Signature du directeur de l’hôpital (précédé de la mention « lu et approuvé ») :

**Fiche B : Expérience du cadre du personnel. Liste des pièces justificatives de l’expérience jointes au dossier.**

* Pour le médecin coordinateur [champ 20]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critère d’expertise** | **Titre des pièces justificatives** | **Numéro des pièces justificatives** |
| Copie d’au moins une publication scientifique relative aux troubles visés à l’article 3 de la convention, dans une revue internationale soumise au peer review. | * … * … | * … * … |
| Organisation d’au moins une formation médicale concernant les troubles visés à l’article 3. | * … * … | * … * … |
| Participation à trois formations concernant les troubles visés à l’article 3. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation d’un à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation supérieure à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … | * … * … |
| Participation à un essai clinique dans le domaine des troubles visés à l’article 3 (essais médicamenteux, de traitement autre, tests, etc.) et preuve (idéalement être cité dans une publication sur les essais en question). | * … * … | * … * … |

* Pour le médecin spécialiste en médecine interne [champ 21]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critère d’expertise** | **Titre des pièces justificatives** | **Numéro des pièces justificatives** |
| Copie d’au moins une publication scientifique relative aux troubles visés à l’article 3 de la convention, dans une revue internationale soumise au peer review. | * … * … | * … * … |
| Organisation d’au moins une formation médicale concernant les troubles visés à l’article 3. | * … * … | * … * … |
| Participation à trois formations concernant les troubles visés à l’article 3. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation d’un à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation supérieure à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … | * … * … |
| Participation à un essai clinique dans le domaine des troubles visés à l’article 3 (essais médicamenteux, de traitement autre, tests, etc.) et preuve (idéalement être cité dans une publication sur les essais en question). | * … * … | * … * … |

* Pour le médecin spécialiste en pédiatrie [champ 22]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critère d’expertise** | **Titre des pièces justificatives** | **Numéro des pièces justificatives** |
| Copie d’au moins une publication scientifique relative aux troubles visés à l’article 3 de la convention, dans une revue internationale soumise au peer review. | * … * … | * … * … |
| Organisation d’au moins une formation médicale concernant les troubles visés à l’article 3. | * … * … | * … * … |
| Participation à trois formations concernant les troubles visés à l’article 3. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation d’un à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation supérieure à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … | * … * … |
| Participation à un essai clinique dans le domaine des troubles visés à l’article 3 (essais médicamenteux, de traitement autre, tests, etc.) et preuve (idéalement être cité dans une publication sur les essais en question). | * … * … | * … * … |

* Pour le médecin spécialiste en biologie clinique :

|  |
| --- |
| Décrivez de quelle manière la spécialisation en hémophilie a été acquise par ce médecin, et de quelle manière elle est pratiquée à ce jour : |
| … |

Joindre les pièces justificatives correspondantes à cette fiche.

* Pour le médecin spécialiste en orthopédie :

|  |
| --- |
| Décrivez de quelle manière la spécialisation en hémophilie a été acquise par ce médecin, et de quelle manière elle est pratiquée à ce jour : |
| … |

Joindre les pièces justificatives correspondantes à cette fiche.

* Pour le praticien de l’art dentaire :

|  |
| --- |
| Décrivez de quelle manière la spécialisation en hémophilie a été acquise par le praticien de l’art dentaire, et de quelle manière elle est pratiquée à ce jour : |
| … |

Joindre les pièces justificatives correspondantes à cette fiche.

* Pour l’infirmier [champ 23]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critère d’expertise** | **Titre des pièces justificatives** | **Numéro des pièces justificatives** |
| Participation à trois formations concernant les troubles visés à l’article 3. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation d’un à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation supérieure à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … | * … * … |

* Pour le travailleur social [champ 24]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critère d’expertise** | **Titre des pièces justificatives** | **Numéro des pièces justificatives** |
| Participation à trois formations concernant les troubles visés à l’article 3. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation d’un à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation supérieure à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … | * … * … |

* Pour le kinésithérapeute [champ 25]:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Critère d’expertise** | **Titre des pièces justificatives** | **Numéro des pièces justificatives** |
| Participation à trois formations concernant les troubles visés à l’article 3. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation d’un à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … * … | * … * … * … |
| Preuve de l’occupation supérieure à trois ans dans un centre ou une unité qui s’adresse à des patients atteints de troubles visés à l’article 3, dans une fonction équivalente à celle qui est prévue par la convention. | * … * … | * … * … |

* Pour le psychologue :

|  |
| --- |
| Décrivez de quelle manière la spécialisation en hémophilie a été acquise par le psychologue, et de quelle manière elle est pratiquée à ce jour : |
| … |

Joindre les pièces justificatives correspondantes à cette fiche.

* Pour le technologue de laboratoire médical :

|  |
| --- |
| Décrivez de quelle manière la spécialisation en hémophilie a été acquise par le technologue de laboratoire médical, et de quelle manière elle est pratiquée à ce jour : |
| … |

Joindre les pièces justificatives correspondantes à cette fiche.

* Pour le secrétaire :

|  |
| --- |
| Décrivez de quelle manière les connaissances en hémophilie ont été acquises par le secrétaire, et de quelle manière elles sont mises en pratique à ce jour : |
| … |

Joindre les pièces justificatives correspondantes à cette fiche.

**Fiche C : Accessibilité. Présence d’un service d’urgence [champ 26], disponibilité permanente de médecins capables de garantir la continuité des soins aux patients visés par la convention [champ 27]**

* Service d’urgence [champ 26] :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro de tél. du service des urgences : | Nom, prénom du chef de service : | Numéro INAMI du chef de service: |
|  |  |  |

* Disponibilité permanente de médecins capables de garantir la continuité des soins aux patients visés par la convention [champ 27]:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numéro de tél. de la permanence des médecins 7/7j – 24/24h: | Nom, prénom : | Numéro INAMI : | Signature (après mention « lu et approuvé ») : |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Le service des urgences peut-il contacter un des médecins susmentionnés dans un délai maximum de 30 minutes ?

Oui / Non *(barrer la mention inutile).*

* Le médecin contacté peut-il accéder en permanence, dans un délai maximum de 30 minutes, aux données pertinentes du dossier patient ?

Oui / Non *(barrer la mention inutile).*

|  |
| --- |
| Signature du chef de service des urgences (susmentionné) : |
|  |

**Fiche D (1): Inclusion dans un hôpital. Laboratoire agréé ISO 15189 dans les 2 ans suivant entrée en vigueur convention [champ 32-33].**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Laboratoire interne à l’hôpital : numéro d’agrément : | Nom, prénom, titre du responsable : | Signature, précédée de la mention « lu et approuvé » : |
|  |  |  |

* Si le laboratoire est déjà agréé ISO 15189, en fournir la preuve, sinon fournir la preuve qu’une démarche d’agrément est enclenchée (ex. : courrier de la direction du laboratoire) en joignant la pièce correspondante au dossier.

Les établissements qui concluent la convention devront faire état de la certification ISO 15189 du laboratoire avec lequel ils collaborent au plus tard pour le 1er octobre 2016.

**Fiche D (2) : Inclusion dans un hôpital. Liste du matériel médical et didactique utilisé par le centre [champ 34].**

Liste du matériel médical et didactique à disposition, utilisé par le centre dans le domaine de l’éducation à la maladie et à l’autotraitement [champ 34]:

* ….

**Fiche D (3): Inclusion dans un hôpital. Support médical du centre par l’hôpital [champ 35-36].**

* Présence et soutien dans l’hôpital d’un médecin interniste spécialisé en pathologie infectieuses liées aux troubles visés à l’article 3 [champ 35].

Indiquer si un tel médecin est présent dans l’hôpital et peut soutenir le centre, ses nom, prénom, code INAMI, spécialisation, et signature :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom : | Numéro INAMI : | Spécialisation : | Signature (après mention « lu et approuvé ») : |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Décrivez de quelle manière la spécialisation en pathologie infectieuses liées à l’hémophilie a été acquise par ce médecin, et de quelle manière elle est pratiquée à ce jour : |
| … |

* Présence et soutien dans l’hôpital d’un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique [champ 36].

Indiquer si un tel médecin est présent dans l’hôpital et peut soutenir le centre, ses nom, prénom, code INAMI, spécialisation, et signature :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom : | Numéro INAMI : | Spécialisation : | Signature (après mention « lu et approuvé ») : |
|  |  |  |  |

**Fiche D (4) : Inclusion dans un hôpital. Conseil génétique [champ 37-39]**

* Accord de collaboration avec un ou des centres de génétique humaine agréé [champ 37-39].

Fournir une liste des accords de collaboration en complétant le tableau ci-dessous et une copie de chacun d’entre eux. Les accords de collaboration doivent répondre aux critères prévus par la convention en son article 13 §3 (« Cet accord précise notamment les modalités pratiques de l’organisation de la consultation de conseil génétique –fréquence, horaire, membres de l’équipe présents… »).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et adresse du centre de génétique humaine | Numéro d’agrément | Date du début de la collaboration avec le centre |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Fiche E : Nombre de patients. Décompte des patients pris en charge, liste des patients pris en charge et accords de coopération avec d’autres hôpitaux [champs 40-47].**

Constitution de la liste des patients pris en charge par votre centre :

***Nota Bene****: Pour des raisons de confidentialité des données privées, le nombre de patients pris en charge doit être renseigné de manière distincte d’une part dans le dossier de candidature (en complétant l’annexe 1 « Formulaire standardisé de collecte des données »), d’autre part aux mutuelles des patients (Le « tableau 2 » ci-dessous est à adresser aux mutuelles des patients pris en charge par le centre). Voyez les instructions ci-après.*

1. **Décompte des patients pris en charge**

Votre centre doit avoir suivi un minimum de 180 patients répondants aux conditions de l’article 3, en 2012 et en 2013. Ne peuvent figurer dans la liste des patients pris en charge par votre centre que les patients qui répondent à toutes les conditions suivantes :

1. Ils satisfont à la définition des bénéficiaires de la convention (article 3)

Tout bénéficiaire au sens de la présente convention est atteint :

1. soit de l’une des formes suivantes d’hémophilie :
   1. hémophile A (déficit du facteur de coagulation VIII),
   2. hémophile B (déficit du facteur de coagulation IX),
   3. trouble de la coagulation de forme rare (déficit du facteur de coagulation I fibrinogène, II, V, VII, X, XI, ou XIII),

considérée comme sévère (taux de facteur de coagulation < 1% du taux normal),

1. soit d’une maladie de Von Willebrand de type III, caractérisée à la fois par un déficit quantitatif sévère du facteur de Von Willebrand antigène (taux < 1% du taux normal) et par un taux de facteur VIII coagulant (FVIIIc) < à 5% du taux normal.
2. Ils ont été suivis par votre centre au cours de l’année considérée (2012 ou 2013)

Pour la procédure de sélection, on considère qu’un patient a été suivi par votre centre au cours de l’année considérée, s’il a eu au moins un contact direct avec un médecin de votre centre durant cette année.

Ce contact peut avoir lieu dans les locaux de votre centre ou dans l’un des lieux de vie du bénéficiaire, en vue de la dispensation des actes requis par son programme individuel de soins.

Par contact direct, on entend une rencontre entre le bénéficiaire (éventuellement accompagné de ses proches) et le médecin. Il s’agira habituellement d’une consultation. Aucun contact par téléphone ou courrier (postal ou électronique) ne peut être considéré comme un contact direct.

Un patient ne peut être compté qu’une seule fois, dans un seul établissement parmi tous les établissements candidats, centre de référence et centre de coordination national tout à la fois. Si un même patient apparaît dans plusieurs listes, il ne sera compté dans chaque liste que pour une fraction dont le dénominateur sera égal au nombre de liste dans lequel il apparaît.

Le décompte doit être réalisé dans les champs 40 à 47 de l’annexe 1 (« Formulaire standardisé de collecte des données »).

1. **Liste des patients et de leurs détails d’identification à envoyer aux mutuelles**
2. ***Règles de confidentialité et vérification des données reçues***

Pour mener à bien le processus de sélection, le Collège des médecins-directeurs doit pouvoir s’assurer que les patients correspondent aux critères conventionnels, qu’ils ne sont comptabilisés qu’une seule fois, dans un seul établissement parmi tous les établissements candidats. Le Collège des médecins-directeurs, qui est composé de médecins-directeurs qui représentent les différentes mutuelles, vérifiera ces informations par l’intermédiaire des mutuelles auxquelles sont affiliés les patients.

Pour des raisons de confidentialité et de respect de la vie privée, le centre candidat enverra une liste des patients et de leurs détails d’identification qu’il a pris en charge pour l’année 2012 et pour l’année 2013 **uniquement aux mutuelles des patients**.

Les représentants des mutuelles au sein du Collège des médecins-directeurs s’assureront ensuite de la validité des données et les collationneront tout en garantissant la confidentialité des données.

Le centre candidat enverra donc autant de listes de patients et de leurs détails d’identification qu’il y a de mutuelles auxquelles les patients sont affiliés : une liste des patients aux mutualités chrétiennes des patients affiliés à cette mutualité qu’il a pris en charge, une autre liste aux mutualités socialistes des patients affiliés à cette mutualité qu’il a pris en charge, etc.

Le centre de candidat ne doit pas envoyer de liste de tous les patients et de leurs détails d’identification au Collège des médecins directeurs, mais envoyer une liste par mutuelle.

1. ***Détails à fournir par patient à leurs mutuelles***

La liste des patients comprendra les renseignements suivants pour chaque patient :

* Numéro d’identification à la sécurité sociale (NISS)
* Prénom
* Nom
* Date de naissance
* Catégorie des bénéficiaires auquel il répond en application de l’article 3 de la convention (les catégories conventionnelles sont celles reprises ci-dessus : 1.1, 1.2, 1.3, 2)
* Pourcentage de facteur de coagulation
* Date du dernier contact du centre candidat avec ce patient.

La liste sera fournie aux mutualités sous forme de tableau au format suivant :

**Tableau 2 – Nombre de patients pris en charge pour les années 2012 et 2013 - à envoyer à leurs mutuelles**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la mutuelle** | | | | | | | | | | |
| **Année 2012** | | | | | | | | | | |
| Patient numéro : | | NISS | | Prénom | Nom | | Date de naissance | Catégorie bénéficiaire | % fact. Coag. | Date dernier contact direct |
| 1 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 2 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 3 | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| … | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **Année 2013** | | | | | | | | | | |
| 1 |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| … |  | |  | |  |  | |  |  |  |

1. ***Personnes de contacts et adresses des mutuelles***

Il y a donc autant de « tableaux 2 » à envoyer qu’il y a de mutuelles. Ces tableaux doivent être adressés aux personnes de contact des mutuelles concernées, et seulement elles :

**Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes**

Dr. Viviane Van Elshocht  
Direction médicale  
Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

Chaussée de Haecht 579, boite 40

1031 BRUXELLES

**Union Nationale des Mutualités Neutres**

Dr Martine Duyck

Direction médicale  
Chaussée de Charleroi 145

1060 BRUXELLES

**Union Nationale des Mutualités Socialistes**

Dr Dominique Feron

Direction médicale  
Rue Saint-Jean 32-38

1000 BRUXELLES

**Union Nationale des Mutualités Libérales**

Dr Jean-Pierre Bronckaers

Direction médicale  
Rue de Livourne 25

1050 BRUXELLES

**Union Nationale des Mutualités Libres**

Dr Chris Van Hul

Direction médicale  
Rue St-Hubert 19

1150 BRUXELLES

**Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité**

Dr Danica Zamurovic

Direction médicale  
Rue du Trône 30 boîte A

1000 BRUXELLES

**Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding**

Dr Brigitte Van Rompaey

Direction médicale  
Rue de France 85

1060 BRUXELLES