**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**

**DEUXIEME AVENANT A LA CONVENTION**

**ENTRE LE COMITE DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE**

**DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE**

**ET LE XXXXXXXXXX,**

**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 xxxxxxxxxx, à xxxxx, pour son centre de soins multidisciplinaires coordonnés pour l’accompagnement médical et psychosocial des séquelles de mutilations génitales féminines, xxxxxxxxxx.

**DISPOSITIONS DU PRESENT AVENANT**

**Article 1.**

Les dispositions de l’article 6 § 2 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« **Article 6 § 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. **Une séance d’une heure ne peut jamais être étalée sur 2 jours différents**. 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.

**L’intervention de l’assurance pour les séances n’est due que pour les 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**. »

**Article 2.**

Les dispositions de l’article 6 § 3 sont complétées 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 a donné un accord pour la prise en charge de l’opération de reconstruction en vertu des dispositions de l’article 17 de la convention. »

**Article 3.**

Les dispositions de l’article 10 § 2, 1er alinéa sont remplacées par les dispositions suivantes :

« 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. Il y a lieu, à cet effet, de respecter le principe selon lequel avec une équipe d’un ETP au total, financée par la convention pour la réalisation des séances, le centre peut réaliser un maximum de 768 séances par année civile. »

**Article 4.**

Les dispositions de l’article 16 §§ 1 et 2 sont remplacées par les dispositions suivantes :

«**Article 16 § 1** Le montant de l’intervention de l’assurance est fixé à :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | pseudocode | total | indexable | non-indexable |
| 1. Séance | 784593-784604 | 107,57 € | 102,49 € | 5,08 € |
| 2. Opération de reconstruction  (y compris l’anesthésie générale) | 784615-784626 | 509,63 € | 485,55 € | 24,08 € |

**§ 2** La partie indexable de ce montant est liée à l’indice pivot des prix à la consommation 105,10 de septembre 2018 (Base 2013). Elle est adaptée selon les dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l’indice des prix à la consommation du Royaume pour certaines dépenses dans le secteur public. »

**Article 5.**

Les dispositions de l’article 17 sont remplacées par les dispositions suivantes :

«**Article 17 § 1** Pour toute bénéficiaire, l’intervention de l’assurance dans le coût des prestations est subordonnée à un accord préalable 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.

Première demande

Une première demande introduite dans le cadre de la présente convention ne peut être introduite que pour les bénéficiaires pour lesquels 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.

En application des dispositions de l’article 142, § 2, de l’A.R. ci-dessus, la première 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 du 2ième jour pendant lequel une séance a été 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.

La date de début de cette première période de prise en charge correspond à la date de la première séance réalisée pour la bénéficiaire dans le centre (JJ/MM/AAAA).

La date de fin de cette première période de prise en charge correspond à

JJ-1/MM/AAAA+3 ans.

Demande de prolongation

Une demande de prolongation de la période de prise en charge accordée par le médecin-conseil ne peut être introduite que si le capital de séances d’accompagnement médical et psychosocial dont question à l’article 20 § 1er de la présente convention n’a pas été atteint durant la période précédente accordée par le médecin-conseil ou que l’opération de reconstruction n’a pas été effectuée.

En application des dispositions de l’article 142, § 2, de l’A.R. ci-dessus, la demande de prolongation doit parvenir au médecin-conseil de la mutualité de la bénéficiaire, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent la date de la 1ième prestation réalisée par le centre, en faveur de cette bénéficiaire, dans le cadre de la nouvelle 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.

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 d’une opération de reconstruction) prévue par la présente convention et effectuée durant la nouvelle période demandée.

La date de fin de cette prolongation de prise en charge correspond au jour JJ1-1/MM1/AAAA1+3 ans.

Une demande de prolongation peut être introduite 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 demandes de prolongation sont d’application pour toutes les demandes de prolongation introduite par le centre.

**§ 2** Une demande d’intervention de l’assurance vaut tant pour les 25 séances (article 20, § 1) que pour l’opération de reconstruction (article 20, § 2).

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

**Article 6.**

Les dispositions de l’article 18 § 1er 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. Un accord d’intervention (première demande) doit être introduit conformément aux dispositions de l’article 17 § 1er (Première demande) pour la poursuite du programme dans ce second centre. Toutes les conditions pour pouvoir introduire une telle demande doivent être respectées par 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. »

**Article 7.**

Les dispositions de l’article 19 § 1er, 1er alinéa sont remplacées par les dispositions suivantes :

«**Article 19 § 1** Au cours d’une même année civile, le centre peut réaliser des prestations facturables jusqu’à un maximum de 2.459 unités de facturation. Dans le calcul de ce nombre, une séance vaut 1 unité de facturation et une opération de reconstruction vaut 4,74 unités de facturation. »

**Article 8.**

Les dispositions de l’article 20 § 1er sont remplacées par les dispositions suivantes :

«**Article 20 § 1** Une même bénéficiaire peut recevoir au total un maximum de 25 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. »

**Article 9.**

Les dispositions de l’article 20 sont complétées par les dispositions suivantes :

« **Article 20** **§ 4** Les séances réalisées pour une bénéficiaire pour laquelle, en vertu des dispositions de l’article 17 § 1er, 2ième alinéa, aucune première demande ne peut être introduite (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 10.**

Les dispositions de l’article 20 § 3 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« **Article 20** **§ 3** Sans préjudice des dispositions de l’article 6 § 2 et de l’article 17 § 1er, 2ième alinéa, une même bénéficiaire peut recevoir une intervention de l’assurance dans un maximum de 2 séances dispensées le même jour. »

**Article 11.**

Les dispositions de l’article 33 § 2 sont remplacées par les dispositions suivantes :

**« Article 33**  **§ 2** Elle est valable jusqu’au 28/02/2022, 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. »

**Article 12.**

**§ 1er.** Les demandes d’intervention de l’assurance pour des périodes ayant une date de début antérieure au 1er mars 2019 (date d’entrée en vigueur du présent avenant), seront traitées sur base des dispositions en vigueur avant cette date.

Les demandes d’intervention de l’assurance pour des périodes ayant une date de début qui commence à courir à partir du 1er mars 2019 sont à traiter sur base des modalités que le présent avenant fixe.

**§ 2.** Etant donné que le nombre de séances d’accompagnement médical et psychosocial a été augmenté, chaque bénéficiaire pour laquelle une prise en charge a été approuvée dans le passé et qui a éventuellement épuisé le maximum de séances applicables jusqu’au 28/2/2019, peut encore entrer en ligne de compte pour une prolongation.

**Article 13.**

Le présent avenant fait partie intégrante de la convention conclue entre le Comité de l’assurance et le centre et entre en vigueur à la date du 1er mars 2019.

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le Centre ## à ##, pouvoir organisateur du centre « ## », | Pour le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité  Bruxelles, le |
| Le Président du Pouvoir organisateur  (nom, fonction + signature)  Le Directeur général,  (nom, fonction + signature)  Le Médecin responsable du Centre,  (nom, fonction + signature) | Le Fonctionnaire Dirigeant,  Alain Ghilain,  Directeur général a.i. |