

**Attaché Département Politique des établissements de soins**

👤 Emmanuel DE HEMRICOURT DE GRUNNE

📞 02/237.25.47

✉️ emmanuel.dehemricourtdegrunne@iriscare.brussels

Bruxelles, le mercredi 22 mai 2019

**Concerne :** Adhésion des institutions à la nouvelle Conventions bicommunautaires entre les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les centres de soins de jour et les organismes assureurs bruxellois

Monsieur, Madame,

Ce courrier vous est communiqué dans le cadre de la réécriture des conventions nationales entre les institutions (MRPA, MRS, CSJ, MSP et IHP) et les mutualités précisant les conditions et la manière dont les institutions sont financées, et dont les prestations sont facturées à la mutualité du patient.

Suite à la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat, la *convention nationale entre les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les centres de soins de jour et les organismes assureurs, entre autres le financement de la prime informatique, du matériel d'incontinence, les titres et qualifications professionnels particuliers (infirmier gériatrique), accords concernant la facturation du forfait comme prévue par l'article 47 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994* a été transférée par la Loi spéciale du 6 janvier 2014 aux entités fédérées. A Bruxelles, c'est l'organisme d'intérêt public (OIP) bicommunautaire Iriscare qui est devenu compétent pour les secteurs susmentionnés.

Après réécriture des conventions en question, le Conseil de gestion de la Santé et de l'Aide aux personnes d'Iriscare a approuvé la nouvelle convention relative à votre secteur en date du 26/03/2019. Conformément à la loi du 14 juillet 1994, chaque institution doit adhérer à cette convention pour pouvoir prétendre à l'intervention complète. En outre, les modalités énoncées à l'article 49, §§3 et 6, de la même loi s'appliquent aux adhésions individuelles à la présente convention. Par conséquent, les établissements conservent leur état d'adhésion ou de non adhésion à la convention précédente (anciennement nationale).

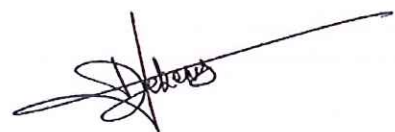
Ils disposent de 30 jours à partir de la date de transmission de la nouvelle convention pour refuser explicitement d'adhérer à cette nouvelle convention. A défaut de refus explicite, tout établissement est réputé adhérer à la nouvelle convention après le délai de 30 jours.

Si vous ne souhaitez pas que votre établissement adhère à la présente convention, vous pouvez manifester un refus par courrier à Emmanuel de Hemricourt de Grunne, Iriscare, Service SMR & Compétences résiduaire, rue Belliard 71, 1000 Bruxelles.

Je vous d'agrèer, Monsieur, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

Tania Dekens

Fonctionnaire dirigeant d'Iriscare







**Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales**

Etablissement public institué par l'ordonnance du 23/03/2017

Rue Belliard 71- 1040 Bruxelles

Département Politique des établissements de soins

**CONVENTION BICOMMUNAUTAIRE ENTRE LES MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES AGEES, LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS, LES CENTRES DE SOINS DE JOUR ET LES ORGANISMES ASSUREURS BRUXELLOIS**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 34, 11° et 12° ;

Vu l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales (Iriscare), notamment les articles 4, § 1<sup>er</sup>, 1° et 4°, et 22 ;

Vu l'ordonnance portant des dispositions diverses en matière de santé, d'aide aux personnes et de prestations familiales ;

Vu l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes ;

Vu l'accord de coopération entre la Communauté flamande, la Région wallonne, la Communauté française, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et la Communauté germanophone concernant le financement des soins en cas de recours à des institutions de soins en dehors des limites de l'entité fédérée.



Iriscare

Il est convenu ce qui suit entre, d'une part

les organismes assureurs bruxellois,

et d'autre part,

les organisations représentatives des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées et des centres de soins de jour, agréées par le Collège réuni.

### Préambule

La liste des formulaires et documents-types dont il est fait mention dans la présente convention (note de frais récapitulative, formulaire de demande d'intervention, notification de fin d'hébergement, etc.) sont téléchargeables sur le site web de Iriscare.

Les parties à la présente convention s'engagent à définir une méthodologie pour l'estimation des besoins budgétaires tenant notamment compte d'un trend, de l'évolution de la dépendance et de l'ancienneté du personnel.

Les parties à la présente convention rappellent que les moyens actuellement prévus pour l'accompagnement des personnes atteintes de démence, les soins de logopédie, les soins palliatifs et les frais administratifs sont insuffisants. Les parties à la présente convention s'engagent à réfléchir aux moyens de mieux répondre à ces besoins et à proposer progressivement des mesures à cette fin.

La partie de l'allocation forfaitaire, intitulée "*intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données*", est insuffisante pour assurer la mise en œuvre des nouvelles réglementations et en particulier celles liées aux accords sociaux ainsi que celles relatives à la facturation électronique dont la principale source de frais viendra des mises à jour et du suivi des programmes logiciels. En conséquence, les parties à la présente convention feront des propositions pour assurer la couverture financière de ces augmentations de frais administratifs et informatiques.



## **CHAPITRE 1ER : DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### **Article 1<sup>er</sup>.**

Pour l'application de la présente convention, il faut entendre par :

1° Iriscare : l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, tel que défini à l'article 2 de l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales ;

2° Direction : la Direction Budget, Finances et Monitoring d'Iriscare ;

3° Département : le Département Politique des établissements de soins d'Iriscare ;

4° Conseil : le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes d'Iriscare, visé à l'article 21 de l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales ;

5° Commission : la Commission "Accueil et prise en charge des dépendances" d'Iriscare, visée à l'article 24 de l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales ;

6° Médecin-conseil : le médecin-conseil lié à l'une des mutualités dont émane la société mutualiste régionale bruxelloise du bénéficiaire, le médecin-conseil de la CAAMI qui exerce de façon transitoire les missions de la Caisse auxiliaire bruxelloise, ou l'instance qui sera désignée par ordonnance pour poursuivre les tâches de ces médecins-conseils ;

7° Institutions : les institutions de soins agréées visées à l'article 2, 9°, de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes, notamment les institutions visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi du 14 juillet 1994 (à l'exception des maisons de soins psychiatriques) ;

8° Organismes assureurs bruxellois : les organismes visés par l'article 2, 7°, de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes ;

9° Loi du 14 juillet 1994 : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;



**Iriscare**

10° Les interventions : les interventions financières dans les matières visées à l'article 2, 18°, de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes, notamment les interventions financières dans les prestations visées aux articles 34, 11° et 12°, et 37, §12, de la loi du 14 juillet 1994 ;

11° Bénéficiaires : l'assuré bruxellois qui bénéficie des prestations visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi du 14 juillet 1994 visé par les articles 2, 6°, et 3, § 2, de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes. La référence à l'article 3, § 2, de l'ordonnance a pour effet que, durant une période transitoire de 3 ans (renouvelable une fois), les organismes assureurs bruxellois accorderont les mêmes droits à toute personne séjournant ou ayant recours à une institution, indépendamment du domicile légal.

12° Comité : le Comité général de gestion d'Iriscare, visé à l'article 11 de l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales.

#### **Article 2.**

La présente convention définit les rapports administratifs et financiers entre, d'une part, les institutions visées à l'article 34, 11° et 12° (à l'exception des maisons de soins psychiatriques) de la loi du 14 juillet 1994 et, d'autre part, les bénéficiaires, ainsi que les rapports entre ces institutions et les organismes assureurs bruxellois, en ce qui concerne les interventions pour les prestations visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi du 14 juillet 1994, et les modalités de leur paiement.

## **CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES**

### **A. MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES ET MAISONS DE REPOS ET DE SOINS**

#### **Article 3.**

§ 1er. L'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est celle prévue à l'article 37, § 12, de la loi du 14 juillet 1994, couvrant le paquet de soins visés à l'article 147 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi du 14 juillet 1994.

§ 2. Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est dû pour chaque journée d'hébergement comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après 8 heures le lendemain.



Sont comptés ensemble pour une seule journée d'hébergement, le jour d'entrée et le jour de sortie sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réalisées conjointement : admission du bénéficiaire avant 12 heures le jour de son entrée et départ du bénéficiaire après 14 heures le jour de sa sortie.

Dans les autres situations, les journées d'hébergement du bénéficiaire sont comptabilisées comme suit :

- en cas d'admission avant 12 heures le jour de son entrée et départ avant 14 heures le jour de sa sortie : comptabilisation du jour d'entrée ;
- en cas d'admission après 12 heures le jour de son entrée, quelle que soit l'heure de départ le jour de sa sortie : comptabilisation du jour de sortie.

Toutefois, si un bénéficiaire décède le jour même de son admission, le paiement de l'intervention est dû.

Le transfert, au sein d'une même institution, d'un bénéficiaire de la section maison de repos pour personnes âgées à la section maison de repos et de soins (ou inversement) ainsi que le passage d'un bénéficiaire en court séjour à un hébergement de longue durée, ne sont pas considérés comme une interruption de séjour et un changement d'institution mais, le cas échéant, comme un changement de catégorie de dépendance.

**§ 3.** Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est pas dû en cas d'absence temporaire du bénéficiaire de l'institution.

**§ 4.** Des séjours de vacances collectifs organisés et dirigés par les institutions et sous la responsabilité de celles-ci peuvent être octroyés aux bénéficiaires hébergés dans les institutions. Les institutions portent en compte aux organismes assureurs bruxellois le montant prévu au § 1er. Le nombre de jours accordé dans le cadre des séjours de vacances collectifs est de quatorze jours par année civile.

Les institutions doivent communiquer par écrit aux organismes assureurs bruxellois, deux semaines avant le début du séjour de vacances, la liste des noms des participants ainsi que les dates, la durée et le lieu de ces séjours.

**§ 5.** Si le bénéficiaire a perçu une intervention particulière de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations visées à l'article 147 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi du 14 juillet 1994, l'intervention visée au §1<sup>er</sup> n'est pas due.

**§ 6.** Les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins qui comptent dans leur personnel des praticiens de l'art infirmier disposant d'un titre ou d'une qualification professionnelle particulière d'infirmier gériatrique, définis respectivement par l'arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant



Iriscare

les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie et par l'arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie, peuvent facturer à la Direction les montants suivants, destinés au paiement d'une prime pour des titres et qualifications professionnels particuliers aux praticiens de l'art infirmier susvisés, compte tenu de la date de prise d'effet du titre ou de la qualification et au prorata de l'équivalent temps plein du praticien de l'art infirmier au cours d'une période d'un an comprise entre le 1er septembre et le 31 août :

- 4.500 euros x le nombre d'équivalents temps plein à financer d'infirmiers(ères) disposant d'un titre professionnel d'infirmier(ère) gériatrique dans l'institution ;
- 1.500 euros x le nombre d'équivalents temps plein à financer d'infirmiers(ères) disposant d'une qualification professionnelle d'infirmier(ère) gériatrique dans l'institution.

Ces montants sont liés à l'indice pivot 110,51 dans la base 2004 = 100. Ils sont adaptés à l'indice pivot applicable au 1er janvier de l'année où la prime est versée, et cela en application des dispositions de l'article 6, 1° de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume dans le secteur public.

Pour obtenir ces sommes, les institutions concernées doivent transmettre à la Direction les données suivantes :

- noms et prénoms des praticiens de l'art infirmier concernés ;
- leurs numéros du registre national ;
- copie de leurs titres ou qualifications ;
- copie de leurs contrats de travail ou de la décision de leur nomination ou désignation et, pour chacun d'eux, le nombre de jours ou d'heures prestés (ou assimilés) en tant que praticiens de l'art infirmier du 1er septembre de l'année précédente au 31 août de l'année en cours (avec les dates d'entrée et de sortie éventuelles).

Après la publication d'une circulaire relative à cette prime, la transmission des données précitées se fait selon les modalités suivantes :

- Un modèle complété, établi par Iriscare et fourni sur le site web d'Iriscare, doit être envoyé à la Direction par mail. Ce fichier contient les détails de tous les employés qui ont droit à la prime.





- Une version papier du même document qui a été signé par une personne responsable de l'institution doit être envoyée par lettre à la Direction.
- Si un employé demande une prime pour la première fois, un certificat du SPF Santé publique (formation agréée) et une copie du contrat doivent être envoyés à la Direction par mail.

La prime susvisée est versée annuellement au mois de septembre par l'institution aux praticiens de l'art infirmier concernés, au prorata de leur équivalent temps plein du 1er septembre de l'année précédente au 31 août de l'année en cours et compte tenu de la date à laquelle le titre professionnel, la qualification professionnelle ou la copie de l'agrément qui a été délivré par l'autorité de tutelle compétente s'applique.

Iriscare verse le financement aux institutions, sous réserve de la transmission des documents visés ci-dessus à la Direction au plus tard au 31 octobre de l'année concernée. Pour la même personne, le financement d'une de ces primes ne peut être cumulé avec celui de primes accordées pour d'autres titres ou qualifications, dans la même spécialité ou dans une autre spécialité.

§ 7. Les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins qui comptent dans leur personnel des praticiens de l'art infirmier disposant d'une qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs, définie par l'arrêté ministériel du 8 juillet 2013 fixant les critères d'agrément autorisant les infirmiers à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs, peuvent facturer à la Direction le montant suivant, destiné au paiement d'une prime pour la qualification professionnelle particulière aux praticiens de l'art infirmier susvisés, compte tenu de la date de prise d'effet de la qualification et au prorata de l'équivalent temps plein du praticien de l'art infirmier au cours d'une période d'un an comprise entre le 1er septembre et le 31 août :

- 1.500 euros x le nombre d'équivalents temps plein à financer d'infirmiers(ères) disposant d'une qualification professionnelle d'infirmier(ère) ayant une expertise particulière en soins palliatifs dans l'institution.

Ce montant est lié à l'indice pivot 110,51 dans la base 2004 = 100. Il est adapté à l'indice pivot applicable au 1er janvier de l'année où la prime est versée, et cela en application des dispositions de l'article 6, 1°, de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume dans le secteur public.

Pour obtenir ce montant, les institutions concernées doivent transmettre à la Direction les données suivantes :



- noms et prénoms des praticiens de l'art infirmier concernés ;
- leurs numéros du registre national ;
- copie de leurs qualifications ;
- copie de leurs contrats de travail ou de la décision de leur nomination ou désignation et, pour chacun d'eux, nombre de jours ou d'heures prestés (ou assimilés) en tant que praticiens de l'art infirmier du 1er septembre de l'année précédente au 31 août de l'année en cours (avec les dates d'entrée et de sortie éventuelles).

Après la publication d'une circulaire relative à cette prime, la transmission des données précitées se fait selon les modalités suivantes :

- Un modèle complété, établi par Iriscare et fourni sur le site web d'Iriscare, doit être envoyé à la Direction par mail. Ce fichier contient les détails de tous les employés qui ont droit à la prime.
- Une version papier du même document qui a été signé par une personne responsable de l'institution doit être envoyée par lettre à la Direction.
- Si un employé demande une prime pour la première fois, un certificat du SPF Santé publique (formation agréée) et une copie du contrat doivent être envoyés à la Direction par mail.

La prime susvisée est versée annuellement au mois de septembre par l'institution aux praticiens de l'art infirmier concernés, au prorata de leur équivalent temps plein du 1er septembre de l'année précédente au 31 août de l'année en cours et compte tenu de la date à laquelle la qualification professionnelle s'applique.

Iriscare verse le financement aux institutions, sous réserve de la transmission des documents visés ci-dessus à la Direction au plus tard au 31 octobre de l'année concernée. Pour la même personne, le financement de cette prime ne peut être cumulé avec celui de primes accordées pour d'autres titres ou qualifications, dans la même spécialité ou dans une autre spécialité.

## **B. CENTRES DE SOINS DE JOUR**

### **Article 4.**

**§ 1er.** L'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est celle prévue à l'article 37, § 12, de la loi du 14 juillet 1994, couvrant le paquet de soins visés à l'article 147 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi du 14 juillet 1994.



Iriscare

§ 2. Le paiement de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est dû pour chaque journée d'hébergement comprenant au moins six heures. L'admission doit avoir lieu au plus tard à 12 heures.

Toutefois, si un bénéficiaire décède ou doit être hospitalisé lors d'une journée d'hébergement, le paiement de l'intervention est dû.

§ 3. Pour pouvoir bénéficier de l'intervention visée au § 1er, les centres de soins de jour doivent tenir un registre de présence comportant, pour chaque jour d'ouverture, le nom des bénéficiaires admis, l'heure de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre doit être clôturé chaque jour à 13 heures en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires admis et l'heure de leur entrée, et complété en fin de journée pour l'heure de leur sortie.

Ces registres de présence ne peuvent comporter de feuilles volantes ni des passages en blanc, des ratures ou des surcharges. Ils doivent pouvoir être consultés à tout moment, soit par les médecins-conseils ou par les auxiliaires paramédicaux délégués par eux en application de l'article 153, alinéa 4, de la loi du 14 juillet 1994, soit par le personnel d'Iriscare et doivent être conservés dans l'institution pendant une période de 5 ans après leur clôture.

§ 4. Si le bénéficiaire a perçu une intervention particulière de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations visées à l'article 147 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, l'intervention visée au §1er n'est pas due.

§ 5. Un bénéficiaire qui réside dans une maison de repos et de soins ou une maison de repos pour personnes âgées, bénéficiant ou non des interventions, ne peut prétendre à l'intervention visée au § 1er dans un centre de soins de jour.

§ 6. La Direction communique aux centres de soins de jour, via le site web d'Iriscare, le «*formulaire de demande pour une intervention dans les coûts de transport pour des bénéficiaires admis dans un centre de soins de jour*». Les centres de soins de jour sont tenus de mettre ce formulaire à la disposition des bénéficiaires et, si nécessaire, d'aider le bénéficiaire ou sa famille à le compléter.



### **CHAPITRE 3 : DISPOSITIONS COMMUNES**

#### **Article 5.**

§ 1er. La demande d'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, ainsi que la demande de prolongation et la notification de fin d'hébergement doivent être adressées à l'organisme assureur bruxellois selon les dispositions des articles 152, § 3, et 153, § 2, ou 153bis, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, et des articles 15 ou 16 du règlement portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi du 14 juillet 1994.

§ 2. Le paiement de l'intervention est subordonné à un engagement de paiement par l'organisme assureur bruxellois, conformément aux dispositions de l'article 153, § 2, ou 153bis, § 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité.

#### **Article 6.**

§ 1er. L'organisme assureur bruxellois s'engage à payer directement à l'institution l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière.

§ 2. A cet effet, l'institution établit, par bénéficiaire et par trimestre civil, une note de frais individuelle, dont le modèle est validé par le Conseil.

Ladite note de frais individuelle est accompagnée d'une note de frais récapitulative, dont le modèle est également validé par le Conseil.

§ 3. Les notes de frais individuelles sont établies au moins en deux exemplaires dont l'un est envoyé à l'organisme assureur bruxellois et l'autre au bénéficiaire.

§ 4. Le montant des notes de frais présentées à l'organisme assureur bruxellois est dû dès réception de celles-ci, sous réserve de rectifications ultérieures.

§ 4bis. Les institutions sont invitées à joindre volontairement, à la facturation papier de l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, les données de facturation par CD-rom ou MyCareNet, conformément aux règles prescrites par le Conseil dans l'annexe aux « *Instructions aux institutions de soins, aux infirmiers, et à tous les autres établissements et dispensateurs qui recourent au système bruxellois de délivrance de fichiers de facturation et aux organismes assureurs bruxellois* » (disponible sur le site web d'Iriscare).



Pendant une période d'essai, les organismes assureurs bruxellois recevront et testeront des CD-roms.

La procédure qui sera suivie est la suivante :

1° les institutions qui le souhaitent s'inscrivent auprès d'un des fournisseurs de logiciels qui se sont déclarés à l'INAMI ;

2° chaque fournisseur de logiciels envoie au Collège Intermutualiste National (CIN) une liste des numéros INAMI de toutes les institutions clientes, en faisant figurer la mention « test » en regard des numéros INAMI désignant les institutions choisies pour faire l'objet d'un test de facturation (10% du nombre de clients, avec un maximum de 10), ainsi que le trimestre de facturation concerné. Les institutions non clientes d'un fournisseur de logiciels s'adressent directement à la Cellule de coordination du CIN (Avenue de Tervuren 188A/8, 1150 Bruxelles) ;

3° au terme des tests prévus pour les fournisseurs de logiciels, chaque organisme assureur bruxellois transmet le résultat des tests au CIN en y indiquant : le nom du fournisseur, le nombre de fichiers de facturation testés, les résultats (... OK / ... NOK), et l'avis final de l'organisme assureur bruxellois (favorable si le nombre d'erreurs est inférieur à 5%). Sur base de ces résultats communiqués par les organismes assureurs bruxellois, le CIN donne l'accréditation aux fournisseurs de logiciels pour lesquels quatre organismes assureurs bruxellois sur six (dont les O.A. 100, 300 et 500) ont donné un avis favorable.

La même procédure est d'application pour les institutions non clientes d'un fournisseur de logiciels ;

4° le CIN informe les fournisseurs de logiciels et les institutions non clientes de leur accréditation, en mentionnant le trimestre à partir duquel toutes les facturations électroniques peuvent désormais être transmises aux organismes assureurs bruxellois. Cette accréditation est accompagnée d'un numéro d'agrément propre à chaque fournisseur ou institution.

5° le CIN communique ces accréditations au Département, qui en informe les organismes assureurs bruxellois par circulaire et publie les accréditations des fournisseurs de logiciels sur son site web ;

6° les institutions accréditées et les institutions qui utilisent un logiciel accrédité par le CIN recevront de la Direction une prime informatique unique de 800 euros après s'être engagées à fournir leurs données de facturation sur CD-rom de pair avec la facturation papier, au plus tôt à partir du trimestre indiqué par le CIN. La liste de ces institutions est transmise aux organismes assureurs bruxellois par circulaire.

La facturation doit être transmise aux organismes assureurs bruxellois avec les notes de frais, dans le délai visé au § 5.



Iriscare

Dans le futur, la facturation papier et la facturation sur CD-roms peuvent être remplacées par une facturation électronique via MyCareNet.

§ 5. Pour autant que les notes de frais trimestrielles soient introduites au plus tard le 20 du premier mois du trimestre civil suivant celui auquel elles se rapportent, l'organisme assureur bruxellois verse à l'institution, moyennant introduction par cette dernière, à la même date, d'une note provisoire servant de note d'échéance, une somme égale à la moitié du montant des notes trimestrielles susvisées. L'organisme assureur bruxellois en effectue le paiement au plus tard le 15 du deuxième mois du trimestre civil considéré. La somme ainsi versée est déduite du montant porté en compte sur les notes de frais immédiatement postérieures.

Cependant, pour le premier trimestre considéré à partir de l'adhésion de l'institution à la présente convention, si cette institution introduit au plus tard le 15 du deuxième mois de ce trimestre une note provisoire servant de note d'échéance, l'organisme assureur bruxellois verse à l'institution, au plus tard le 1er du troisième mois, une somme égale à la moitié du montant de cette note provisoire.

En ce qui concerne la régularisation financière de l'intervention qu'une nouvelle institution reçoit lors du trimestre de l'agrément et pour les deux trimestres suivants, pour autant que cette institution introduise la note de frais trimestrielle relative à cette régularisation financière au plus tard le dernier jour du premier mois du trimestre qui suit celui au cours duquel le montant de cette régularisation lui a été communiqué, l'organisme assureur bruxellois en effectue le paiement au plus tard à la fin du trimestre au cours duquel la note de frais trimestrielle a été introduite par l'institution.

En cas de non-paiement des notes de frais avant la fin du deuxième mois qui suit le mois de leur introduction, un intérêt moratoire est dû à partir du premier jour qui suit ce délai, sans mise en demeure ; le taux de cet intérêt correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne, majoré de 1,75 %, fixé à la date d'expiration du délai de paiement. Ces intérêts de retard ne sont cependant pas dus si le retard est imputable au transfert tardif des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi du 14 juillet 1994.

L'institution est tenue d'introduire ses notes de frais avant la fin du deuxième mois du trimestre civil qui suit celui auquel elles se rapportent pour que l'intérêt moratoire soit dû en cas de paiement tardif par les organismes assureurs bruxellois.

§ 6. En cas de manquements répétés dans l'institution et l'envoi des notes de frais ou des notifications d'entrée et de fin de séjour, l'organisme assureur bruxellois en avise l'institution par lettre recommandée. Si l'institution n'a pas pris de mesure endéans les 30 jours pour remédier aux



manquements constatés, l'organisme assureur bruxellois en informe la Commission, laquelle délibère sur les mesures à prendre.

#### **Article 7.**

L'institution s'engage à :

a) fournir aux organismes assureurs bruxellois les documents qui leur sont nécessaires au remboursement des frais facturés et au contrôle des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en la matière ;

b) permettre aux collèges locaux, aux personnes et groupes de personnes habilités par Iriscare à effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission ;

c) fournir à Iriscare les données statistiques déterminées par la Commission ;

d) permettre au personnel habilité par Iriscare, d'effectuer les visites et leur fournir les renseignements nécessaires afin qu'ils puissent contrôler les données qui, en exécution des arrêtés ministériels fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi du 14 juillet 1994, pour les prestations visées à l'article 34, 11° et 12°, de la même loi, doivent être transmises à Iriscare par l'institution.

En aucun cas, la fourniture de ces renseignements ne peut comporter le déplacement de pièces nécessaires à l'exercice de cette mission de contrôle.

e) dans les trois jours ouvrables, informer le technologue orthopédique en aides à la mobilité qui loue une voiturette à un bénéficiaire de la date du décès de ce dernier, et informer le kinésithérapeute qui mentionne ses prestations dans le dossier de soins du bénéficiaire tenu dans l'institution, du transfert d'un bénéficiaire d'un lit MRPA vers un lit MRS. Si un différend concernant le respect de cet engagement est soumis à la Commission, la charge de la preuve incombe à l'institution ;

f) communiquer et tenir à jour, dans l'application RaaS, le nom et le numéro NISS du directeur, qui est la personne chargée de la gestion journalière de l'institution. Son nom sera repris dans les sources authentiques en tant que personne habilitée à avoir accès à l'application « *questionnaire électronique de Iriscare* » et aux applications via e-Health. Via e-Health, il sera habilité à déléguer éventuellement certaines missions.

#### **Article 8.**

L'institution s'engage à ne réclamer, ni au bénéficiaire, ni à l'organisme assureur bruxellois pour les prestations couvertes par l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière,



aucun autre montant que celui visé à l'article 3 ou à l'article 4 de la présente convention. Il ne peut davantage être compris dans le prix de la journée d'hébergement de l'institution.

Dans le prix de la journée d'hébergement sont compris au minimum et ne peuvent dès lors pas faire l'objet d'une facturation distincte :

1. les frais de logement et/ou d'hôtellerie ;
2. les alèses et l'entretien de la literie ;

L'éventuelle mise à la disposition, à l'intention des personnes qui ont des difficultés à se déplacer de manière autonome, de chaises roulantes (voitures manuelles standard), de béquilles ou de tribunes (cadres de marche adultes avec 4 appuis fixes ou avec 2 appuis fixes et 2 roues sans siège), ne peut pas être portée en compte séparément au bénéficiaire.

Dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins où le coût du matériel d'incontinence est désormais compris solidairement dans le prix de la journée d'hébergement, une ristourne de 0,30 euro pour chaque journée d'hébergement, comme visé à l'article 3, § 2, est introduite par l'institution dans la facture de chaque bénéficiaire. Cette intervention est mise à charge de l'organisme assureur bruxellois du bénéficiaire sur la note de frais sous le pseudocode 763593. Sur la facture destinée au bénéficiaire, ce montant est expressément porté en déduction de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans le prix d'hébergement.

Ce montant est lié à l'indice pivot 112,72 dans la base 2004 = 100 et est adapté conformément aux dispositions de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume dans le secteur public.

Lors de l'admission dans l'institution, ainsi que lors de chaque modification de prix, le bénéficiaire ou sa famille doivent être informés de façon précise du prix de la journée d'hébergement et de tous les suppléments éventuels, dont le détail figure dans la note de frais individuelle visée à l'article 6, § 2, conformément à l'arrêté du Collège réuni du 3 décembre 2009 fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Toute adaptation du prix de journée d'hébergement dans l'institution doit être déclarée préalablement à Iriscare (la Direction), conformément à la réglementation en matière de prix, qui est précisée dans l'arrêté ministériel du 12 août 2005.





#### **Article 9.**

La Commission intervient pour prévenir tout litige pouvant naître de l'application de la présente convention.

En cas d'infraction aux dispositions de la présente convention, l'institution ou l'organisme assureur bruxellois est tenu de verser à Iriscare, à titre de clause pénale, une indemnité forfaitaire de 125 euros par infraction.

Le Conseil décide de l'application des clauses pénales.

#### **Article 10.**

L'institution est tenue de reproduire sur tous les documents destinés aux bénéficiaires et aux organismes assureurs bruxellois le numéro d'immatriculation ou numéro d'enregistrement qui lui a été attribué par le Service des soins de santé de l'INAMI ou par le Département à la suite de son agrément ou de son enregistrement.

#### **Article 11.**

L'objectif budgétaire pour les interventions couvrant le paquet de soins visés à l'article 34, 12°, de la loi du 14 juillet 1994, est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2, de la loi du 14 juillet 1994, les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé sont les suivants :

- les parties contractantes proposent, après analyse du dépassement ou du risque de dépassement, des mesures de corrections spécifiques qui tiennent compte des causes de ce dépassement ;
- en l'absence de propositions de mesures sélectives ou en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction linéaire immédiate et automatique du montant de l'intervention visée à l'article 3 ou 4 est appliquée. La somme des pourcentages de réduction appliqués au cours d'une même année civile ne peut dépasser 5 % du montant susmentionné.

En cas de non application, constatée par le Comité dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées à l'article 40, § 1er, de la loi du 14 juillet 1994 ou de celles visées à l'article 18 de la même loi, une réduction automatique et immédiatement applicable du montant de l'intervention visée à l'article 3 ou 4 sera appliquée d'office, via une circulaire aux institutions et aux



organismes assureurs bruxellois, le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

La diminution éventuelle des interventions devra en tout cas s'accompagner de l'adaptation des normes de personnel requises auxquelles il convient de satisfaire pour pouvoir prétendre aux différentes interventions.

L'application des mesures de correction visées aux alinéas 2 et 3 ne peut être invoquée, ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par l'institution qui y adhère, pour dénoncer cette convention.

#### **Article 12.**

La présente convention produit ses effets le 1er janvier 2019.

#### **Article 13.**

§1<sup>er</sup>. Par dérogation à l'article 12, cette convention peut être dénoncée, à tout moment, par lettre recommandée adressée au Département, moyennant approbation par le Conseil ; cette dénonciation doit être faite aux deux-tiers des voix d'un des deux bancs représentés à la Commission et habilités à prendre part aux décisions qui concernent le secteur "personnes âgées" et dans ce cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1<sup>er</sup> mois qui suit la dénonciation.

§2. Les modalités énoncées à l'article 49, §§3 et 6, de la loi du 14 juillet 1994 s'appliquent aux adhésions individuelles à la présente convention.

§3. La présente convention prend fin automatiquement et de plein droit dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention conclue au sein de la Commission.

#### **Article 14.**

Par dérogation à l'article 12, l'adhésion à la présente convention par une institution nouvellement agréée ou par une institution ayant fait l'objet d'une reprise ou d'une fusion, produit ses effets à partir du premier jour du mois suivant celui de la notification au Département de l'adhésion, par ladite institution, à la présente convention, sauf si cette adhésion a lieu dans les 30 jours suivant la réception, par l'institution, de la présente convention. Dans ce cas, l'adhésion produit ses effets à partir de la date de l'agrément, de la reprise ou de la fusion.

Fait à Bruxelles, le 28/03/2019.

<p><b>POUR LES ORGANISMES ASSUREURS BRUXELLOIS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la SMR des Mutualités chrétiennes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, chaussée de Haecht 579, 1031 Bruxelles, numéro d'entreprise 0713.670.669 ;</li> <li>• la SMR de l'Union nationale des mutualités neutres pour la Région bruxelloise, Chaussée de Charleroi 145, 1060 Bruxelles, numéro d'entreprise 0713.674.926 ;</li> <li>• la SMR des Mutualités socialistes pour la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, 111 rue du Midi, 1000 Bruxelles, numéro d'entreprise 0713.671.659 ;</li> <li>• la SMR des Mutualités libérales pour la Région de Bruxelles-Capitale, Rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles, numéro d'entreprise 0713.873.874 ;</li> <li>• la SMR des Mutualités libres pour la Région de Bruxelles-Capitale, 788A route de Lennik, 1070 Bruxelles, numéro d'entreprise 0713.671.263 ;</li> <li>• la CAAMI, 30 rue du Trône, 1000 Bruxelles, numéro d'entreprise 0206.732.437.</li> </ul>	<p><b>POUR LES ORGANISATIONS REPRÉSENTATIVES DES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS, DES MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES ÂGÉES ET DES CENTRES DE SOINS DE JOUR :</b></p>
---	--



**Bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag**

Openbare instelling opgericht bij de ordonnantie van 23 maart 2017

Belliardstraat 71 - 1040 Brussel

Departement Beleid Zorginstellingen

**BICOMMUNAUTAIRE OVEREENKOMST TUSSEN DE RUSTOORDEN VOOR  
BEJAARDEN, DE RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN, DE CENTRA VOOR  
DAGVERZORGING EN DE BRUSSELSE VERZEKERINGSINSTELLINGEN**

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met name artikel 34, 11° en 12°;

Gelet op de ordonnantie van 23 maart 2017 houdende de oprichting van de bicommunautaire Dienst voor Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag (Iriscare), met name artikelen 4, § 1, 1° en 4°, en 22;

Gelet op de ordonnantie houdende diverse bepalingen betreffende Gezondheid, Bijstand aan Personen en Gezinsbijslag;

Gelet op de ordonnantie van 21 december 2018 betreffende de Brusselse verzekeringsinstellingen in het domein van de gezondheidszorg en de hulp aan personen;