

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement Public institué par la loi du 9 août 1963

AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES

SERVICE DES SOINS DE SANTE

**CONVENTION DE REEDUCATION CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-
PSYCHO-SOCIAL**
EN CAS DE GROSSESSE NON DÉSIRÉE.

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 :

D'une part,

entre 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,

entre *#dénomination du pouvoir organisateur#* de *#dénomination du Centre d'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée#* sis *#adresse du Centre d'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée#*.

GÉNÉRALITÉS

Article 1^{er}. Le Centre d'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée *#dénomination du Centre#*, qui fonctionne comme établissement de rééducation fonctionnelle au sens de cette convention, est désigné ci-après par le terme «Centre».

Art. 2. La présente convention définit les bénéficiaires visés par cette convention, le but de cette convention, ce qu'il faut entendre par « Centre » au sens de cette convention, le contenu des prestations possibles au cours d'une intervention d'un Centre pour une bénéficiaire, ainsi que le montant et les modalités de paiement de ces prestations. Elle décrit également les relations financières et administratives entre le pouvoir organisateur du Centre, le Centre et les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, ainsi que les relations entre le pouvoir organisateur du Centre, le Centre, l'INAMI et les organismes assureurs.

Art. 3. La convention comprend notamment les points suivants :

généralités	1
I. LA BENEFICIAIRE VISEE PAR CETTE CONVENTION	2
II. BUT DE CETTE CONVENTION	2
III. LE CENTRE	3
IV. PRESTATIONS FAISANT PARTIE DE L'INTERVENTION DU CENTRE.....	5
V. PRIX ET HONORAIRES DES PRESTATIONS – MODALITES DE FACTURATION	8
VI. PROCEDURE DE DEMANDE ET D'ACCORD POUR UNE INTERVENTION.....	10
VII. DISPOSITIONS DIVERSES	12
VIII. DISPOSITIONS FINALES	14

I. LA BÉNÉFICIAIRE VISÉE PAR CETTE CONVENTION

Art. 4. Par « bénéficiaire » visée par cette convention, il y a lieu d'entendre la femme que son état place en situation de détresse et qui envisage d'interrompre sa grossesse, de sorte que, le cas échéant, l'interruption de la grossesse intervient

- soit avant la fin de la douzième semaine de la conception,
- soit au-delà de ce délai de douze semaines, lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la bénéficiaire ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité, qui est reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

II. BUT DE CETTE CONVENTION

Art. 5. Cette convention vise le remboursement :

- de l'accueil médical, psychologique et social de chaque bénéficiaire qui s'adresse au Centre,
- le cas échéant, de l'interruption de la grossesse pratiquée dans un cadre ambulatoire et dans de bonnes conditions médicales chez la bénéficiaire qui en a exprimé sa détermination,
- et, par la suite, de l'information en matière de contraception et de l'accompagnement médical, psychologique et social de cette bénéficiaire après l'interruption de la grossesse, tout ceci avec une garantie maximale de la vie privée de la bénéficiaire et en respectant les conditions prévues à l'article 350 du Code pénal, modifié par la loi du 3 avril 1990, modifiant les articles 348,350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code.

III. LE CENTRE

Art. 6. § 1^{er}. Le Centre n'est pas organisé dans le cadre d'un hôpital agréé.

§ 2. Le Centre est une unité fonctionnelle autonome caractérisée par une expérience spécifique

- en matière d'accueil de la bénéficiaire en situation de détresse et qui envisage une interruption de sa grossesse,
- et en la pratique de l'interruption de la grossesse,
- et en matière d'information au sujet de la contraception et de l'accompagnement après l'interruption de la grossesse.

§ 3. Il doit pouvoir assurer de façon autonome toutes les prestations décrites dans les art. 11 à 14 inclus.

Art. 7. § 1^{er}. Le Centre est hébergé dans un bâtiment ou partie d'un bâtiment équipé à cet effet. Lors de l'installation, une attention particulière est portée au respect maximal de la vie privée et à la discrétion pour la bénéficiaire, ainsi qu'à l'hygiène qui reste garantie par tout entretien nécessaire.

§ 2. Le Centre dispose d'un espace d'accueil, d'une salle d'attente et :

- d'au moins un local pour l'accueil psychosocial individuel et pour tout autre information et accompagnement nécessaires de la bénéficiaire;
- d'au moins un cabinet médical dûment équipé pour les consultations médicales nécessaires et pour l'interruption de la grossesse, avec au moins
 - une table gynécologique et le petit matériel gynécologique courant,
 - un appareil échographique,
 - une pompe à aspiration,
 - un stérilisateur régulièrement contrôlé,
 - la médication et l'équipement courants pour un premier traitement urgent de complications lors d'une interruption de grossesse ;
- de plusieurs espaces séparés des autres pièces du Centre, chacun étant installé pour le repos de la bénéficiaire. Chaque bénéficiaire qui le souhaite doit pouvoir disposer à cet effet de son local individuel ;
- d'un local distinct pour l'administration et la comptabilité ;
- d'au moins deux toilettes.

Art. 8. § 1^{er}. Quel que soit le statut (salarié ou indépendant) de chacun d'eux, le Centre a contractuellement en service le personnel suivant :

1. au moins un médecin ; en outre, chaque médecin en service dans le Centre a acquis une compétence spécifique en la pratique d'interruption de grossesse ;
2. au moins deux personnes, chacune avec le diplôme soit de licencié en psychologie ou en sexologie, **de conseiller conjugal et familial** [1^{er} avenant à la convention], d'assistant social ou d'infirmi(ier/ière) social(e).

En fonction des besoins, il peut encore avoir en service :

3. une personne ou des personnes, chacune avec le diplôme d'infirm(ier/ière) (minimum A2) ou d'accoucheuse ; pour les centres n'ayant en service qu'un médecin, il est cependant obligatoire d'avoir en service au moins une personne avec un de ces diplômes ;
4. un coordinateur d'un niveau de formation minimum A1, pour la direction générale du Centre ;
5. du personnel administratif ;
6. du personnel d'entretien pour assurer une hygiène optimale.

§ 2. Le personnel mentionné au § 1^{er}, 1., 2., et 3., de cet article est en service pour suffisamment d'heures pour qu'il puisse dûment effectuer les prestations mentionnées aux articles 11 à 14 inclus, dans les conditions y mentionnées.

§ 3. A titre d'exception, à la date d'entrée en vigueur de cette convention un membre du personnel mentionné au § 1^{er}, 2., peut être quelqu'un qui, quel que soit son diplôme, a acquis, après avoir été actif au préalable dans un Centre durant plusieurs années, une connaissance pratique et une expérience en matière d'interruption de grossesse et d'information en matière de contraception, qui, avant l'entrée en vigueur de cette convention, ont été reconnues par le Collège des médecins-directeurs comme étant amplement suffisantes.

§ 4. Le Centre assume la formation continue de son personnel en matière d'interruption de grossesse et d'information en matière de contraception, ainsi qu'en matière de prévention de maladies sexuellement transmissibles.

§ 5. Durant minimum 30 heures par semaine, réparties au moins sur tous les jours ouvrables, un membre du personnel assure une permanence dans le Centre. Le Centre est ouvert durant minimum 48 semaines par année civile. Une période de fermeture prend maximum 2 semaines consécutives, au cours desquelles une bénéficiaire doit être orientée vers un autre Centre ou service de gynécologie.

Art. 9. Le Centre a conclu à tout moment avec le service de gynécologie d'au moins un établissement hospitalier de son choix une convention de collaboration avec un protocole écrit où le contenu et la forme de la collaboration sont concrètement élaborés sur le plan de l'organisation.

Dans son ensemble la collaboration se rapporte au minimum :

- aux modalités pour la prise en charge par l'établissement hospitalier de chaque bénéficiaire qui présente des complications au cours ou tout de suite après l'interruption de la grossesse dans le Centre, qui ne peuvent être traitées sur place ;
- aux modalités pour l'accueil par l'établissement hospitalier de chaque bénéficiaire pour laquelle le Centre soupçonne que la poursuite de sa grossesse mettra en péril grave la santé de la bénéficiaire ou que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité, qui est reconnue comme incurable au moment du diagnostic éventuel ;
- aux modalités pour l'accueil par l'établissement hospitalier de chaque bénéficiaire qui souhaite une interruption de grossesse sous anesthésie totale ou chez laquelle une interruption de la grossesse ne peut être effectuée que sous la supervision d'un médecin spécialiste en anesthésiologie ;
- aux modalités pour l'accueil par le Centre de chaque bénéficiaire lui adressée par l'établissement hospitalier qui estime qu'elle a besoin de davantage d'accueil psychosocial et de guidance que l'établissement hospitalier ne peut lui donner.

La collaboration peut aussi se rapporter à la formation continue commune du personnel et à l'échange d'expériences en matière d'interruption de la grossesse et d'information en matière de contraception, ainsi qu'en matière de prévention de maladies sexuellement transmissibles.

Avant la conclusion de cette convention de rééducation, la convention de collaboration ou l'ensemble de ces conventions de collaboration est confronté par le Collège des médecins-directeurs aux critères mentionnés à l'alinéa 2 de cet article et il est constaté que la convention de collaboration ou l'ensemble de ces conventions de collaboration y satisfait.

Art. 10. § 1^{er}. Concernant le traitement des déchets médicaux, le Centre a conclu un contrat avec une organisation habilitée conformément à la législation en la matière. Ce contrat se rapporte aussi au produit d'avortement et au placenta.

§ 2. En principe, un produit d'avortement chez une bénéficiaire dans le Centre ainsi que le placenta ne sont jamais en tout ou en partie utilisés par le Centre, ni mis à la disposition par le Centre à l'utilisation scientifique ou commerciale par des tiers.

Toutefois, le cas échéant, une exception limitée peut être faite pour la mise à disposition à des tiers pour l'utilisation dans le cadre d'une étude scientifique universitaire. Dans ce cas, après approbation préalable par la commission éthique du ou des établissements hospitaliers concernés, le protocole complètement élaboré de l'étude est à soumettre préalablement au Collège.

Cette mise à disposition s'effectue toujours en respectant les dispositions légales applicables en la matière.

IV. PRESTATIONS FAISANT PARTIE DE L'INTERVENTION DU CENTRE

Art. 11. La phase 1 et la phase 2, décrites aux art. 12 et 14, constituent ensemble la "première prestation" au sens de cette convention et la phase 3 et la phase 4, décrites aux art. 13 et 14, constituent ensemble la "deuxième prestation" au sens de cette convention. L'intervention du Centre pour la bénéficiaire comporte au moins la "première prestation" et éventuellement aussi la "deuxième prestation".

Art. 12. § 1^{er}. La femme, éventuellement une tierce personne (un médecin, un assistant social, ...) agissant en son nom, prend contact avec le Centre. Durant les heures d'ouverture, un rendez-vous est fixé pour la phase 2. Hors des heures d'ouverture, la personne est renvoyée à ces heures.

§ 2. La phase 1 : à cette occasion, durant les heures d'ouverture, un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2., à ce moment non occupé par une activité dans une autre phase pour une autre bénéficiaire, répond aux éventuelles premières questions de la femme ou de la tierce personne. Un rendez-vous est fixé pour la phase 2.

§ 3. La phase 2 comporte pour chaque bénéficiaire :

- a) un ou plusieurs entretiens entre d'une part la bénéficiaire et éventuellement son partenaire, et d'autre part un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2., qui ont lieu sans dérangement dans un local tel que visé à l'art. 7, § 2., premier boulet, au cours duquel la bénéficiaire est accueillie et reçoit des informations circonstanciées, notamment sur :
 - les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non et à leurs enfants,
 - les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître,
 - la guidance psychosociale qui est possible au cours et après l'interruption de la grossesse
 et au cours desquels une assistance et des conseils sont accordés sur les moyens auxquels elle pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation ;
- b) un briefing entre le membre du personnel mentionné ci-dessus en a) et un médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1., qui assurera l'entretien préliminaire et l'examen médical ;
- c) l'entretien préliminaire et l'examen médical qui se déroulent dans un cabinet médical tel que visé à l'art. 7, § 2., deuxième boulet, au cours duquel le médecin :
 - renseigne la bénéficiaire sur les possibilités d'interruption de la grossesse et leur déroulement, les risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt et le soutien médical possible ;
 - rappelle les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et fait appel, le cas échéant, à un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2. ;
 - s'assure de la détermination de la bénéficiaire à faire pratiquer une interruption de sa grossesse ;
 - effectue un examen gynécologique de la bénéficiaire au cours duquel il est vérifié notamment si une interruption éventuelle de la grossesse peut se pratiquer dans les conditions prévues à l'article 350 du Code pénal, modifié par la Loi du 3 avril 1990, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code.
- d) si la bénéficiaire n'opte pas pour une interruption de sa grossesse, à sa demande : soutien et accompagnement dans cette décision.

Art. 13. § 1^{er}. La phase 3, qui ne peut suivre au plus tôt que 6 jours après la première consultation, comporte :

- a) la déclaration préliminaire écrite de la bénéficiaire, versée à son dossier médical, qu'elle est déterminée à faire procéder à l'interruption de grossesse ;
- b) interruption de la grossesse,
 - soit par voie de médication remise à la bénéficiaire par un médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1, ou, sur l'ordre de ce médecin, par un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2 ou 3.
 - soit par aspiration ou par dilatation et curetage, effectués par un médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1, assisté toujours durant toute l'intervention par une deuxième personne, soit un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2 ou 3, soit par un deuxième médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1.
- c) En cas d'interruption de la grossesse
 - par voie de médication, entre 36 et 48 heures après la prise de la médication mentionnée en b), premier tiret, a lieu la prise de la médication favorisant l'expulsion ; ensuite la bénéficiaire reste le temps qu'il lui faut dans un espace tel que décrit à l'art. 7, § 2, troisième boulet sous contrôle d'un médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1, et un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2 ou 3, reste à sa disposition.

- par aspiration ou par dilatation et curetage, la bénéficiaire peut se reposer le temps qu'il lui faut dans un espace tel que décrit à l'art. 7, § 2., troisième boulet. Durant au moins 1 heure après l'interruption de la grossesse, elle peut encore faire appel médecin qui reste présent dans le Centre aussi longtemps et durant toute la période de repos un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2 ou 3, reste à sa disposition.

§ 2. La phase 4 comprend nécessairement la fourniture de l'information nécessaire en matière de contraception à la bénéficiaire par un médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1, ou par un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2.

Le cas échéant, ceci peut se faire le jour de l'intervention.

Jusqu'à 28 jours après l'interruption de la grossesse (phase 3), la phase 4 peut aussi comprendre tout soin médical et psychosocial pour lequel la bénéficiaire peut encore faire appel au Centr. Ce suivi est effectué par un médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1, pour ce qui est de l'aspect médical, ou par un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2, pour ce qui est de l'aspect psychosocial.

Si la bénéficiaire a été adressée au Centre par un médecin, le médecin du Centre lui adresse un rapport de l'intervention du Centre, à condition que la bénéficiaire lui ait marqué son accord pour cela.

Art. 14. La durée moyenne par bénéficiaire (phase 1 = par personne) des phases décrites aux art. 12 et 13, calculée sur toutes les bénéficiaires (phase 1 = personnes) au cours d'une année civile est :

- a) pour la phase 1, en moyenne 10 minutes avec la personne ;
- b) pour la phase 2, minimum 1h et en moyenne 1h40 minutes face à la bénéficiaire, dont en moyenne 30 minutes face à la bénéficiaire par un médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1 ;
- c) pour la phase 3, en moyenne 45 minutes face à la bénéficiaire en cas d'interruption de la grossesse par aspiration ou par dilatation et curetage et en moyenne 3 h. par bénéficiaire en cas d'interruption de la grossesse par voie médicamenteuse ; dans ce dernier cas un médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1, et un membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 2 ou 3, restent disponibles pour la bénéficiaire ;
- d) pour la phase 4, minimum 45 minutes et en moyenne 1h. face à la bénéficiaire, dont en moyenne 30 minutes face à la bénéficiaire par un médecin tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1.

V. PRIX ET HONORAIRES DES PRESTATIONS – MODALITES DE FACTURATION

Art. 15. § 1^{er}. Sous réserve de leur exécution selon les modalités fixées aux art. 11 à 14 inclus, les prix et honoraires de la “première prestation” au sens de cette convention sont fixés forfaitairement à 5.717 BEF ou 141,72 EUR – dont 95%, soit 5.431 BEF ou 134,63 EUR, indexables et 5%, soit 286 BEF ou 7,09 EUR, non indexables - et les prix et honoraires de la “deuxième prestation” au sens de cette convention sont fixés forfaitairement à 8.493 BEF ou 210,54 EUR – dont 95%, soit 8.068 BEF ou 200,01 EUR, indexables et 5%, soit 425 BEF ou 10,53 EUR, non indexables.

Ci-après dans cette convention, ces prix et honoraires sont dénommés respectivement “premier forfait” et “deuxième forfait”.

§ 2. La partie indexable du “premier forfait” et du “deuxième forfait” mentionnés au § 1^{er} sont liés à l'indice pivot 107,30 du 1^{er} juin 2001 (base 1996) des prix à la consommation. Elles sont adaptées selon les dispositions de la loi du 1^{er} mars 1977 portant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.

Art. 16. Le “premier forfait” couvre intégralement tous les frais de personnel et autres frais du Centre, liés directement ou indirectement à la phase 1 et tous les frais de personnel et autres frais liés directement ou indirectement à la phase 2. Le “deuxième forfait” couvre intégralement tous les frais de personnel et autres frais du Centre, liés directement ou indirectement à la phase 3 et tous les frais de personnel et autres frais liés directement ou indirectement à la phase 4.

Art. 17. § 1^{er}. Sans préjudice du § 2. de cet article et sous réserve du respect de toutes les autres conditions réglementaires et conventionnelles en matière de possibilité de facturation et de remboursement définies dans cette convention, le Centre s'engage à facturer aux organismes assureurs le « premier forfait » et le « deuxième forfait » au moyen d'une facture dont le modèle est approuvé par le Comité de l'assurance des soins de santé.

§ 2. En respect des dispositions de l'arrêté royal du 29 avril 1996, modifié par les arrêtés royaux du 11 décembre 1996 et du 12 février 1999, portant fixation de la réduction de l'intervention de l'assurance 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, chaque « premier forfait » et « deuxième forfait » mentionné à l'art. 15, § 1^{er}., qui est facturé aux organismes assureurs, doit être diminué du montant prévu à l'arrêté royal susmentionné.

Art. 18. § 1^{er}. Par bénéficiaire et par grossesse il ne peut être facturé et remboursé qu'un seul "premier forfait" et, le cas échéant, il ne peut être facturé et remboursé qu'un seul "deuxième forfait". Le Centre s'engage à en avertir la bénéficiaire.

§ 2. Par bénéficiaire et par grossesse la facturation d'un "premier forfait", sous le numéro de pseudocode de la nomenclature 775132, ne peut s'effectuer que quand la "première prestation" peut être considérée comme achevée, c.à.d. après l'exécution éventuelle de la phase 3 ou quand la bénéficiaire n'a plus pris durant minimum 28 jours aucun contact avec le Centre après l'exécution de la phase 2.

Par bénéficiaire et par grossesse la facturation d'un "deuxième forfait", sous le numéro de pseudocode de la nomenclature 775154, ne peut s'effectuer que quand la "deuxième prestation" peut être considérée comme achevée.

§ 3. La facturation d'un "premier forfait" signifie que le Centre s'engage à ne porter en compte à la bénéficiaire aucun supplément pour la phase 1 ou la phase 2 et la facturation d'un "deuxième forfait" signifie que le Centre s'engage à ne porter en compte à la bénéficiaire aucun supplément pour la phase 3 ou pour la phase 4.

§ 4. Chaque membre du personnel du Centre s'engage aussi à ne porter en compte ni à la bénéficiaire ni à son organisme assureur aucun contact avec la bénéficiaire ni aucune prestation, mentionnée à l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance soins de santé et indemnités, pour la bénéficiaire, même s'ils ont trouvé lieu hors du Centre, et ce, à partir du jour du premier contact de la bénéficiaire avec le Centre jusqu'au moins 28 jours **après achèvement de la phase 3, ou si aucune 2^e prestation n'est réalisée en faveur de cette bénéficiaire dans le centre, après achèvement de la phase 2** [1^{er} avenant à la convention].

Cependant, cet engagement n'est pas d'application pour un médecin du Centre en cas d'un contact hors du Centre

- dans le cadre d'un service de garde ;
- dans un établissement hospitalier concerné par une convention de collaboration telle que mentionnée à l'art. 9, où un médecin du Centre travaille également et où il intervient dans le traitement d'une complication de l'interruption de grossesse ou dans l'interruption de grossesse sous anesthésie générale ;
- dans le cadre d'une plainte autre d'une bénéficiaire qui était déjà patiente du médecin avant la demande d'interruption de grossesse.

VI. PROCEDURE DE DEMANDE ET D'ACCORD POUR UNE INTERVENTION

Art. 19. § 1^{er}. La demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de l'intervention du Centre est introduite par la bénéficiaire auprès du médecin-conseil de son organisme assureur en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Afin de garantir au maximum le respect de la vie privée de la bénéficiaire, ce qui est essentiel dans le cas des prestations visées par cette convention :

- a) le Centre s'engage :
- à introduire lui-même, par moyen du formulaire approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé et après sa signature par la bénéficiaire, la demande auprès du médecin-conseil de son organisme assureur ;
 - à régler lui-même l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé directement avec l'organisme assureur et, le cas échéant, à régler l'intervention personnelle de la bénéficiaire directement avec elle-même et exclusivement au comptant.
- b) l'organisme assureur de la bénéficiaire s'engage :
- à adresser toute correspondance relative à (la demande et l'accord de) l'intervention au Centre, sauf si la bénéficiaire a souhaité explicitement qu'elle le soit ailleurs ;
 - à adresser toute éventuelle autre correspondance relative aux prestations visées par cette convention et effectuées pour la bénéficiaire à l'adresse qu'elle a renseignée, qui peut être celle du Centre.

§ 2. Le Centre s'engage également à ne pas porter en compte à la bénéficiaire les frais qui ne peuvent être remboursés par l'organisme assureur à cause de la transmission tardive de la demande.

§ 3. Que les deux prestations soient ensuite effectivement exécutées ou non, d'office, l'introduction de la demande d'intervention est considérée comme une demande d'intervention dans les frais d'un "premier forfait" pour une "première prestation" et dans les frais d'un "deuxième forfait" pour une "deuxième prestation". Sans préjudice des conditions réglementaires, notamment celles reprises dans cette convention, pour leur exécution et facturation, d'office un accord a également trait aux deux forfaits et prestations. Toute décision de refus est motivée.

Art. 20. A partir de la date à laquelle un arrêté d'exécution en vertu de l'art. 23, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le rend possible, la procédure de demande et d'accord mentionnée à l'art. 19 est annulée.

Art. 20 bis. Si après réalisation de la première prestation, le centre est contraint de réorienter la bénéficiaire vers un second centre en vue de la réalisation de la seconde prestation, il peut demander une intervention de l'assurance dans la seconde prestation si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1. le centre doit réorienter la bénéficiaire pour raisons de force majeure, parce qu'il lui est matériellement impossible de réaliser l'interruption de grossesse avant l'expiration du délai légal de 12 semaines,
2. le second centre a lui-même conclu la convention concernant l'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée,
3. et le second centre a réalisé la seconde prestation conformément aux dispositions prévues par cette convention.

Le centre s'engage à rétrocéder au second centre l'intégralité de l'intervention de l'assurance correspondant à la seconde prestation, aussitôt après avoir perçu cette intervention. [1^{er} avenant à la convention]

VII. DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 21. § 1^{er}. Dès l'entrée en vigueur de cette convention, chaque membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8, § 1^{er}, 1., 2. et 3., tient en permanence un registre dans lequel journalièrement sont notés pour toutes les phases tous les contacts entre chaque bénéficiaire (phase 1, chaque femme ou tierce personne) et lui-même, avec mention de

- l'identité de la bénéficiaire (phase 1, chaque femme ou tierce personne) ;
- le type de contact (T = téléphonique ou D = direct) ;
- la durée de chaque contact ;
- le type de prestation (PP = "première prestation" ou DP = "deuxième prestation") de laquelle le contact fait partie ;
- la phase (p1 = phase 1, p2 = phase 2, p3 = phase 3 ou p4 = phase 4) de laquelle le contact fait partie, avec pour la phase 3 également mention du moyen utilisé pour l'interruption de la grossesse (M = médicamenteux, A = aspiration ou D&C = dilatation et curetage).

Chaque registre reste durant minimum 5 ans au Centre à la disposition des médecins-inspecteurs de l'INAMI, ainsi que du Collège des médecins-directeurs et des médecins-conseil des organismes assureurs.

Le Service des soins de santé peut imposer des modèles pour la registration des données mentionnées au § 1^{er}.

§ 2. Annuellement, le Centre transmet un rapport annuel d'activités au Service des soins de santé à l'attention du Collège des médecins-directeurs, au plus tard pour la fin du sixième mois qui suit l'année civile à laquelle le rapport a trait.

Ce rapport reprend des données telles que : le nombre de premières prestations non-suivies d'une deuxième prestation, la méthode d'interruption de grossesse, le nombre de complications consécutives à la phase 3, la composition du personnel, les heures de permanence... Ces données sont transmises à l'aide des grilles systématisées approuvées par le Collège des médecins-directeurs. [1^{er} avenant à la convention]

§ 3. Le pouvoir organisateur du Centre, ainsi que le Centre lui-même s'engagent à transmettre avant la fin du sixième mois de l'année civile suivante, une liste de tous les membres du personnel tels que mentionnés à l'art. 8., dont le Centre disposait effectivement au cours de l'année comptable précédente, avec la mention du nom, du diplôme, de la fonction exercée, de la période et du nombre d'heures prestées par le membre du personnel au cours de cette année comptable dans le cadre de Centre. L'exactitude de ces données sera attestée au nom du pouvoir organisateur par le président du pouvoir organisateur du Centre. Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer un certain modèle pour cette liste.

Art. 22. Les données mentionnées à l'art. 21, §§ 2 et 3 peuvent être utilisées par le Collège des médecins-directeurs pour une évaluation du fonctionnement du Centre dans le contexte du fonctionnement de l'ensemble des Centres d'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée et pour l'évaluation de cette convention en général.

Art. 23. Le Centre s'engage à autoriser aux représentants du Service des soins de santé de l'INAMI et des organismes assureurs d'effectuer toute visite au Centre qu'ils estiment utiles à l'accomplissement de leur tâche et de leur donner accès à tout document utile à cet égard.

Le Centre s'engage aussi à fournir au Collège des médecins-directeurs, au Service des soins de santé de l'INAMI et aux organismes assureurs toute information concernant d'une part le contrôle du respect de la présente convention au niveau thérapeutique ou financier et d'autre part celui du fonctionnement de cette convention dans le cadre de la politique générale des conventions prévues dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé (avec respect du secret médical).

Art. 24. Le pouvoir organisateur du Centre s'engage à tenir une comptabilité de toutes les recettes et dépenses liées aux activités du Centre dans le cadre de cette convention. La tenue de cette comptabilité s'effectue autant que possible en conformité avec les instructions comptables pour les établissements de rééducation approuvées par le Comité de l'assurance, notamment en ce qui concerne le plan comptable minimum normalisé et les délais d'amortissement utilisés pour les investissements.

La comptabilité permet de distinguer les recettes et les dépenses dans le cadre de cette convention de celles d'éventuelles autres activités du pouvoir organisateur. A cet effet, les activités dans le cadre de cette convention constituent une rubrique de frais séparée.

Le compte de résultats à établir annuellement sur base des modèles prescrits est adressé au Service des soins de santé de l'INAMI dans les six mois qui suivent la clôture de l'année comptable qui s'étend toujours du 1er janvier au 31 décembre inclus. Un compte d'exploitation y est joint qui se rapporte exclusivement aux activités du Centre dans le cadre de cette convention. Le Service des soins de santé peut à tout moment imposer un modèle uniforme pour ce compte d'exploitation.

Les pièces démontrant les recettes et dépenses sont conservées durant minimum 10 ans au Centre.

Le Service des soins de santé de l'INAMI a à tout moment accès à la comptabilité.

Art. 25. Le Centre s'engage à prendre toutes les mesures utiles en matière de protection contre l'incendie ; il est à ce propos en contact permanent avec un service compétent de sapeurs pompiers et exécutera sans délai les mesures et travaux imposés par ce dernier.

Art. 26. Afin de contribuer à garantir à tout moment la qualité des soins et le respect de cette convention, le pouvoir organisateur du Centre s'engage à informer tout membre du personnel tel que mentionné à l'art. 8 de toutes les dispositions de cette convention qui lui sont importantes pour l'exécution de ses tâches dans le Centre, en conformité avec cette convention.

A cet effet, le pouvoir organisateur du Centre s'engage à remettre à chacun de ces membres du personnel au moins copie des articles 7 à 14 inclus et 18 à 21 inclus. Le Centre garde à tout moment copie d'un accusé de réception signé par chacun de ces membres du personnel à la disposition du Service des soins de santé et des membres du Collège des médecins-directeurs.

Art. 27. Envers l'INAMI, le pouvoir organisateur du Centre prend toute responsabilité en ce qui concerne :

- l'observation correcte envers chaque bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé des dispositions de cette convention ;

- la facturation correcte selon les dispositions de cette convention de chaque « premier forfait » et de chaque « deuxième forfait » ;
- le contrôle du respect de l'interdiction de cumul prévue à l'art. 18, § 4.

VIII. DISPOSITIONS FINALES

Art. 28. § 1^{er}. Cette convention, rédigée en deux exemplaires et dûment signée par les deux parties, entre en vigueur le200..

§ 2. Elle est d'application pour une durée indéterminée ; toutefois, chaque partie peut, à tout moment, la dénoncer par une lettre recommandée adressée à l'autre partie. Dans ce cas, la convention vient à échéance après un délai de préavis de trois mois ; ce préavis prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi de la lettre recommandée.