

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

Établissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUEREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

CINQUIÈME AVENANT À LA CONVENTION ENTRÉE EN VIGUEUR AU 1 janvier 2009 RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DU SYNDROME DES APNÉES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL, CONCLUE ENTRE LE COMITÉ DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTÉ DE L'INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ ET LA CLINIQUE ST JOSEF À ST. VITH

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

et d'autre part,

LA CLINIQUE ST JOSEF à ST. VITH dont dépend l'établissement visé par la présente convention.

OBJET DU PRÉSENT AVENANT

Article 1^{er} Le présent avenant vise à :

- prolonger la convention jusqu'au 31 décembre 2017 inclus.
- adapter les prix et honoraires de la prestation « traitement à domicile du SAOS par nCPAP », afin de réaliser les économies inscrites dans les budgets de 2016 et de 2017. A cet effet, le présent avenant fixe d'une part, un prix pour la période allant du 1^{er} novembre 2016 au 31 décembre 2016 inclus et fixe d'autre part, un autre prix pour la période allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 inclus.
- adapter certaines dispositions de la convention actuelle à partir du 1^{er} janvier 2017.
- créer la possibilité de traiter le SAOS au moyen d'une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) dans le cadre de la convention et ce, à partir du 1^{er} janvier 2017.

DISPOSITIONS GENERALES DU PRÉSENT AVENANT

Article 2 Les dispositions de l'article 4 de la convention précitée sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes à partir du 1^{er} janvier 2017 :

« Le diagnostic de SAOS est posé chez un patient symptomatique au moyen d'une anamnèse, d'un examen clinique et d'une polysomnographie (PSG), comme décrit à l'article 5 de la présente convention.

Chez un tel bénéficiaire de 16 ans ou plus, la PSG diagnostique démontre un index d'apnée-hypopnée obstructive (IAHO) \geq à 15,00/heure, conformément à la description de l'IAHO donnée à l'article 6 de la présente convention.

Chez un tel bénéficiaire âgé de moins de 16 ans, la PSG diagnostique démontre un IAHO \geq à 5,00/heure ou un index d'apnée obstructive (IAO) \geq à 1,00/heure, conformément à la description de l'IAHO et de l'IAO donnée à l'article 6 de la présente convention. »

Article 3 Les dispositions de l'article 6 de la convention précitée sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes à partir du 1^{er} janvier 2017 :

« § 1. Méthodes de mesure à utiliser pour scorer les évènements respiratoires

Pour la détection des apnées lors d'études diagnostiques, une mesure de la température oro-nasale (thermisteur ou thermocouple) est utilisée. Dans le cas où ce signal n'est pas fiable, il peut être fait usage des signaux :

- du transducteur de pression nasale ;
- de la somme des ceintures respiratoires.

Pour la détection des hypopnées lors d'études diagnostiques, un transducteur nasal est utilisé. Dans le cas où ce signal n'est pas fiable, il peut être fait usage des signaux de :

- la mesure de température oro-nasale ;
- la somme des ceintures respiratoires ;
- les 2 ceintures respiratoires.

Pour la détection des apnées et hypopnées lors d'études de titration sous nCPAP, le signal de débit de l'appareil est utilisé.

Les efforts respiratoires sont mesurés par ceintures respiratoires autour du thorax et de l'abdomen.

§ 2. Définition des évènements respiratoires

Une apnée est un arrêt complet de la respiration, définie comme une réduction de l'amplitude d'une mesure valide de la respiration pendant le sommeil, jusqu'à \geq 90 % sous la *baseline*.

Une hypopnée est une diminution préalable de la respiration qui répond aux critères suivants :

- 1) Une réduction de l'amplitude d'une mesure valide de la respiration pendant le sommeil, jusqu'à \geq 30 % sous la *baseline*.
- 2) Cette réduction de l'amplitude s'accompagne
 - soit d'une baisse du SaO₂ de \geq 3 %,
 - soit d'un *arousal* comme décrit au § 3.

Une apnée est considérée comme obstructive s'il y a présence d'un effort respiratoire durant la période complète. Une apnée est considérée comme mixte (« mixed ») s'il y a présence d'effort respiratoire pendant la première partie de la période avec reprise de l'effort respiratoire pendant la deuxième partie.

Une hypopnée est scorée comme obstructive s'il y a présence d'un des critères suivants :

- Ronflements pendant l'évènement ;
- Aplatissement croissant du signal de pression nasale ou du signal de débit de l'appareil PAP, en comparaison avec la respiration *baseline*;
- Respiration paradoxale thoraco-abdominale pendant l'évènement qui n'est pas présente pendant la respiration *baseline*.

Chez les personnes qui présentent un profil de respiration stable pendant le sommeil, la *baseline* est définie comme l'amplitude moyenne pour une respiration et une oxygénation stables dans les 2 minutes qui précèdent l'évènement. Chez les personnes qui ne présentent pas de profil de respiration stable, la *baseline* est définie comme l'amplitude moyenne des trois mouvements de respiration les plus profonds dans les 2 minutes qui précèdent l'évènement.

Chez les patients à partir de 16 ans, une personne peut scorer une apnée ou hypopnée si pendant ≥ 10 secondes, il est question d'une réduction de l'amplitude décrite ci-dessus. Chez les patients < 16 ans, la durée minimum pour les apnées obstructives et mixtes et les hypopnées obstructives est équivalente à au moins 2 cycles respiratoires.

§ 3. Les stades du sommeil et les *arousals* sont scorés conformément à la réglementation AASM 2016 (AASM = American Academy of Sleep Medicine). Conformément à cette réglementation, un *arousal* est défini comme suit :

- Une modification abrupte de minimum 3 secondes dans la fréquence de l'EEG qui contient des ondes Alfa, Theta et/ou des fréquences plus grandes que 16 Hz (à l'exclusion des broches) précédée d'un minimum de 10 secondes de sommeil.
- Le changement doit être visible aussi bien dans les dérivations occipitales, centrales que frontales.
- Au moins 10 secondes de sommeil avant l'*arousal* ; donc également minimum 10 secondes de sommeil entre 2 *arousals* successifs. Les 10 secondes avant l'*arousal* peuvent commencer dans une époque précédente, même s'il s'agit d'une époque W.
- *Arousals* qui précèdent une époque W doivent aussi être scorés. Donc tant l'*arousal* que la transition vers la phase W doivent être scorés.
- *Arousals* qui répondent aux critères mais qui sont survenus lors d'une époque W doivent aussi être scorés.
- Des *arousals* pendant le sommeil REM doivent être accompagnés d'une augmentation du tonus musculaire de l'EMG mentonnier de minimum une seconde.
- Pour scorer les *arousals*, les informations d'autres signaux (respiratoires, mouvements, ...) peuvent être utilisées mais des *arousals* ne peuvent pas être scorés sur base de ces signaux.
- Les dispositions suivantes des règles originales ASDA (American Sleep Disorders Association) restent d'application :
 - Des différentes modifications courtes de l'EEG et de l'EMG (< 3 secondes) qui ensemble durent plus longtemps que 3 secondes, ne peuvent pas être scorées comme un *arousal*
 - Des artefacts, complexes K ou ondes Delta ne sont pas scorées comme *arousal* sauf s'ils s'accompagnent d'une modification soudaine de la fréquence de l'EEG comme définie au § 1^{er} du présent article, dans au moins 1 dérivation, sur base

des règles suivantes :

- Si ces activités et la modification dans la fréquence de l'EEG constituent le début de l'*arousal*, elles ne sont pas comptées dans la règle des 3 secondes.
 - Si ces activités se présentent au cours de la modification de la fréquence de l'EEG, elles sont comptées dans la règle des 3 secondes.
- Intrusion Alfa :
- Période < 3 secondes → pas *arousal*
 - Période > 3 secondes → *arousal* si l'intrusion Alfa est précédée de 10 secondes de sommeil sans signe Alfa

§ 4. L'IAHO est le nombre moyen d'apnées obstructives et mixtes + hypopnées obstructives par 60 minutes de sommeil enregistré sous EEG. Pour déterminer cette moyenne, il est tenu compte de la somme du nombre total d'apnées obstructives et mixtes et du nombre total d'hypopnées obstructives (= a) pendant le nombre total de minutes de sommeil enregistré sous EEG (= b) tel que ces éléments ressortent de la PSG visée à l'article 5 de la convention précitée.

$$\text{L'IAHO} = (a / b) \times 60.$$

§ 5. L'IAO est le nombre moyen d'apnées obstructives et mixtes par 60 minutes de sommeil enregistré par EEG. Pour déterminer cette moyenne, il est tenu compte du nombre total d'apnées obstructives et mixtes (= a) pendant le nombre total de minutes de sommeil enregistré par EEG (= b) tel que ces éléments ressortent de la PSG visée à l'article 5 de la convention précitée.

$$\text{L'IAO} = (a/b) \times 60. \text{ »}$$

Article 4 Les dispositions de l'article 7 de la convention précitée sont supprimées à partir du 1^{er} janvier 2017.

Article 5 Les dispositions de l'article 9, dernier alinéa, de la convention précitée sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes à partir du 1^{er} janvier 2017 :

« Pour toute prolongation éventuelle du traitement à domicile par nCPAP, l'observance du bénéficiaire doit toujours faire l'objet d'une attention particulière ».

Article 6 Les dispositions de l'article 13 de la convention précitée sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les prix et honoraires de la prestation « traitement à domicile du SAOS par nCPAP » décrite à l'article 12 sont fixés forfaitairement, pour les prestations réalisées durant la période allant du 1^{er} novembre 2016 au 31 décembre 2016 inclus, à 1,41 € par 24 heures.

Les prix et honoraires de la prestation « traitement à domicile du SAOS par nCPAP » décrite à l'article 12 sont fixés forfaitairement, pour les prestations réalisées durant la période allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 inclus, à 1,89 € par 24 heures. »

Article 7 Les dispositions de l'article 18 de la convention précitée sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes à partir du 1^{er} janvier 2017 :

« Un premier accord d'intervention pour la prestation mentionnée à l'article 12 vaut pour une période d'au maximum 6 mois à partir de la date de début de cette période accordée.

Aussi longtemps que le bénéficiaire utilise son appareil nCPAP minimum 4 heures en moyenne par nuit et qu'il satisfait à toutes les autres conditions, chaque prochain accord vaut pour une période de maximum 12 mois.

Si un bénéficiaire, au cours de la période précédente de prise en charge, a utilisé son appareil nCPAP moins de 4 heures en moyenne par nuit (= compliance thérapeutique défailante) ou si l'appareil nCPAP n'a pas enregistré l'utilisation effective en raison d'un problème technique, un nouvel accord pour la prise en charge des prestations nCPAP ne peut être donné que pour une période de 3 mois uniquement:

- Si dans cette période supplémentaire de 3 mois, sur la base d'une période d'évaluation de minimum 2 mois, le bénéficiaire utilise son appareil nCPAP moins de 4 heures par nuit en moyenne, le traitement par nCPAP ne peut plus être poursuivi et le bénéficiaire n'entre plus en ligne de compte pendant un an pour un traitement par nCPAP dans le cadre de la présente convention.
- Si dans cette période supplémentaire de 3 mois, le bénéficiaire utilise son appareil nCPAP minimum 4 heures par nuit en moyenne, un accord de prise en charge peut ensuite à nouveau être donné pour une période de 12 mois. Si le bénéficiaire, dans cette période de 12 mois ou dans la période suivante de 12 mois, utilise son appareil nCPAP moins de 4 heures en moyenne par nuit, le bénéficiaire n'entre plus en ligne de compte pendant un an pour un traitement par nCPAP dans le cadre de la présente convention. »

Article 8 Les dispositions de l'article 4 de l'avenant à la convention précitée entré en vigueur le 1^{er} septembre 2014, sont supprimées. L'annexe au dit avenant est également supprimée.

Article 9 Les demandes d'un bénéficiaire pour la prise en charge d'un nouveau traitement nCPAP qui commence avant le 1^{er} janvier 2017 sont évaluées en fonction des dispositions des articles 4, 6 et 7 de la convention précitée d'application jusqu'au 31 décembre 2016 inclus.

Les demandes de prolongation du traitement nCPAP qui concernent une période qui commence avant le 1^{er} janvier 2017 sont également évaluées en fonction des dispositions de la convention précitée d'application jusqu'au 31 décembre 2016 inclus (notamment en ce qui concerne la compliance thérapeutique).

Dans le cas où la première PSG (diagnostique) exigée est réalisée avant le 1^{er} janvier 2017, les dispositions des articles 4, 6 et 7 de la convention précitée d'application jusqu'au 31 décembre 2016 inclus peuvent encore être appliquées dans leur intégralité si le médecin de l'établissement dont question à l'article 10, 2), a) de la convention précitée le demande explicitement et si une 2^{ème} PSG est réalisée au plus tard au 30 avril 2017. Dans ce cas, les anciennes dispositions peuvent également être encore appliquées sur la 2^{ème} PSG. Il est toutefois impossible pour un bénéficiaire de faire appel aux critères modifiés concernant l'IAHO et le IAO comme le prévoit l'article 2 du présent avenant et de déterminer, l'IAH(O) ou l'IA(O) sur base des dispositions des articles 6 et 7 de la convention précitée telles que ces dispositions étaient d'application jusqu'au 31 décembre 2016 inclus. Il est cependant permis d'appliquer pour la première PSG, qui est réalisée avant le 1^{er} janvier 2017, les dispositions des articles 4, 6 et 7 de la convention précitée qui étaient d'application jusqu'au 31 décembre 2016 inclus et d'appliquer pour la 2^{ème} PSG qui n'est pas réalisée avant le 1^{er} janvier 2017, les dispositions adaptées par le présent avenant.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES RELATIVES AU REMBOURSEMENT DES OAM

Article 10 L'établissement peut également traiter les patients qui répondent aux critères de l'article 4 de la convention précitée (tels qu'ils sont modifiés par l'article 2 du présent avenant), à partir du 1^{er} janvier 2017, au moyen d'une orthèse d'avancée mandibulaire (OAM), dans le cadre de la convention précitée, et porter en compte, pour ce faire, un forfait journalier à

l'assurance pour ce traitement, moyennant le respect de toutes les conditions fixées par la convention et le présent avenant.

Le traitement du SAOS par OAM ne peut être proposé qu'à un bénéficiaire ≥ 18 ans.

Dans le cas où un bénéficiaire passe d'un traitement nCPAP à un traitement par OAM, une nouvelle PSG diagnostique n'est pas nécessaire si la période entre la date de fin du traitement nCPAP et la date de début du traitement par OAM ne dépasse pas un an.

Article 11

§ 1. Pour pouvoir porter en compte les forfaits visés à l'article 14 relatifs à un traitement par OAM, l'établissement doit non seulement répondre aux conditions de l'article 10 de la convention précitée mais également aux conditions supplémentaires mentionnées ci-après relatives à l'équipe multidisciplinaire médicale de l'établissement :

A. L'établissement doit disposer d'un médecin spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie (médecin ORL) (410 ou 414)

Ce médecin ORL a suivi une formation complémentaire en matière de diagnostic et de traitement des troubles respiratoires liés au sommeil, et est un médecin accrédité conformément à la réglementation de l'INAMI à cet effet.

À partir de l'année civile 2017, afin d'obtenir ou de maintenir son accréditation, ce médecin assistera chaque année civile à des activités concernant le diagnostic et le traitement des troubles respiratoires liés au sommeil. Ces activités représenteront au moins 20 % du nombre total d'activités auxquelles il a assisté. Afin d'évaluer quelles sont les activités qui concernent le diagnostic et le traitement des troubles respiratoires liés au sommeil, l'avis de la Belgian Association for Sleep Research and Sleep Medicine (BASS), de la Société Royale Belge d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale et de la « Interdisciplinary Belgian Dental Sleep Medicine Academy » (ci-après dans le texte dénommée par l'abréviation iBeDSMA), peut être demandé.

Dans le cas où l'établissement ne dispose pas d'un médecin ORL qui satisfasse aux conditions susmentionnées, l'établissement fera appel à cet effet à un médecin ORL qui est actif dans un autre hôpital ayant conclu la convention relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil avec le Comité de l'assurance. Ce médecin externe ne sera pris en considération comme médecin ORL de l'établissement que s'il ressort d'un accord de coopération écrit qui est conclu entre les 2 hôpitaux concernés et les médecins concernés que :

- ce médecin ORL agira en qualité de médecin ORL spécialisé pour l'établissement avec lequel la présente convention a été conclue,
- l'établissement renverra ses patients vers ce médecin ORL dans le cas où cela est indiqué ou prévu dans la présente convention,
- le médecin ORL et l'hôpital externe s'engagent à respecter les dispositions de la présente convention (et les avenants à cette convention) relatives au diagnostic et au traitement des patients SAOS.

B. Un dentiste général et/ou orthodontiste et/ou stomatologue et/ou chirurgien maxillo-facial

Ce dispensateur de soins satisfait aux conditions suivantes :

- avant de rejoindre l'équipe, il peut justifier qu'il s'est formé dans le traitement du SAOS au moyen d'une OAM et/ou qu'il a placé, en 2016, une OAM chez un minimum de 15 patients dans le cadre de la réglementation relative à l'intervention de l'assurance dans le coût d'une OAM. Ces patients peuvent tout aussi bien être

des patients chez qui une OAM a été placée pour la première fois en 2016 que des patients chez qui l'OAM a été remplacée au cours de 2016. Ces bénéficiaires peuvent aussi être comptabilisés s'ils ont arrêté le traitement par OAM dans le courant de 2016.

- il place une OAM, à partir de 2017, chez un minimum de 20 bénéficiaires par année civile qui répondent aux critères de l'article 4 de la présente convention (comme modifié par l'article 2 du présent avenant). Ces bénéficiaires peuvent tout aussi bien être des patients chez qui une OAM a été placée pour la première fois au cours de l'année civile visée que des patients chez qui l'OAM a été remplacée au cours de l'année civile visée. Ces bénéficiaires peuvent également être comptabilisés s'ils ont arrêté un traitement par OAM dans le courant de l'année civile visée. Un nouveau dispensateur de soins qui commence avec des traitements par OAM doit seulement répondre aux conditions relatives au nombre minimum de patients sous OAM par année civile à partir de la 3^{ème} année civile complète pour laquelle il fait partie de l'équipe de l'établissement.
- il s'agit d'un dentiste général accrédité, orthodontiste accrédité, stomatologue accrédité ou chirurgien maxillo-facial accrédité conformément à la réglementation de l'INAMI à cet effet. Dans le cadre des activités auxquelles il/elle assiste en vue d'obtenir et de maintenir son accréditation, il/elle assiste chaque année à partir de l'année civile 2017 à des activités concernant le diagnostic et le traitement des troubles respiratoires liés au sommeil d'une valeur de 10 points d'accréditation pour un dentiste général et un orthodontiste et d'une valeur de 2 points d'accréditation pour un stomatologue ou chirurgien maxillo-facial. Afin d'évaluer quelles sont les activités qui concernent le diagnostic et le traitement des troubles respiratoires liés au sommeil, l'avis de la BASS et de l'iBeDSMA peut être demandé.

Dans le cas où l'établissement ne dispose pas d'un dispensateur de soins qui satisfasse aux conditions susmentionnées, l'établissement fera appel à cet effet à un dispensateur de soins externe qui satisfait à ces conditions. Ce dispensateur de soins externe ne sera seulement pris en considération comme collaborateur de l'établissement que s'il ressort d'un accord de coopération écrit qui est conclu entre le dispensateur de soins externe et l'établissement, que la personne concernée agira en qualité de dispensateur de soins visé pour l'établissement avec lequel la présente convention a été conclue, et que l'établissement renverra ses patients pour qui un traitement par OAM est envisagé vers ce dispensateur de soins externe. Si ce dispensateur de soins externe exerce ses activités dans le cadre d'un autre hôpital que celui dont fait partie l'établissement, l'hôpital dans lequel le dispensateur de soins externe est actif, doit également signer la convention de coopération. Dans l'accord de coopération :

- le dispensateur de soins externe et l'hôpital externe s'engagent à se conformer aux dispositions de la présente convention relatives au traitement par OAM ;
- des accords concrets doivent être pris sur, entre autres:
 - la manière dont la collaboration aura lieu ainsi que la manière d'échanger les informations relatives à tous les éléments du traitement ;
 - les indemnités dues par l'établissement au dispensateur externe pour l'exercice de son travail.

§ 2. Dans le cas où l'établissement souhaite porter en compte aux organismes assureurs, dans le cadre de la présente convention, des traitements par OAM, l'établissement doit communiquer au Service des soins de santé de l'INAMI, pour le 30 avril 2017, au moyen du formulaire d'informations joint en annexe au présent avenant, les noms des médecins et des dentistes visés au § 1 qui sont actifs dans l'établissement ou avec lesquels l'établissement collabore sur la base d'un accord de coopération écrit et qui satisfont à ce moment-là aux conditions mentionnées. L'établissement s'engage également à communiquer immédiatement au Service des soins de santé de l'INAMI toute modification en la matière et le cas

échéant, à signaler aussi immédiatement au dit Service INAMI qu'un médecin ne satisfait pas à l'une des conditions mentionnées. Dans le cas où l'établissement ne souhaite porter en compte aux organismes assureurs, dans le cadre de la présente convention, des traitements par OAM qu'après le 30 avril 2017, il transmettra le formulaire d'informations au Service des soins de santé de l'INAMI avant qu'il ne démarre avec les traitements par OAM.

Le Service des soins de santé de l'INAMI communiquera, pour chaque établissement, dans une circulaire destinée aux organismes assureurs les noms des dispensateurs de soins visés au § 1 actifs dans l'établissement.

Pour des raisons pratiques, le formulaire d'informations peut toujours être adapté par le Collège des médecins-directeurs.

Article 12 Dans le cas du traitement du SAOS par OAM, le médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée, prescrit ce traitement du SAOS et est responsable du suivi médical et de la prolongation et, si nécessaire, de l'adaptation du traitement (par exemple, passer d'une OAM à un nCPAP). Les dispensateurs de soins visés à l'article 11, § 1, A et B du présent avenant sont concernés à ce sujet.

Avant de choisir, dans le cas d'un bénéficiaire ≥ 18 ans, pour un traitement du SAOS par OAM :

- le médecin ORL qui satisfait aux conditions de l'article 11 § 1, A du présent avenant, doit confirmer, sur la base d'un examen clinique du bénéficiaire et d'éventuels examens complémentaires au niveau des voies respiratoires supérieures, que le traitement du SAOS au moyen d'une OAM est indiqué pour ce bénéficiaire.
- et le dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant doit confirmer, après contrôle clinique avec imagerie, si nécessaire, qu'il est possible de placer une OAM individuelle titrable chez le bénéficiaire et qu'il n'y a pas de contre-indications dentaires ou orthodontiques à ce sujet.

Article 13

§ 1er. Pour chaque bénéficiaire, le traitement du SAOS par OAM comprend les éléments suivants:

- 1) la fabrication individuelle et sur mesure d'une OAM qui:
 - déplace et fixe la mâchoire inférieure vers l'avant afin d'élargir la voie aérienne supérieure et d'éviter le collapsus de celle-ci;
 - est inclinable selon au moins 1 axe dans l'espace;
 - se compose d'un arc dentaire supérieur et d'un arc dentaire inférieur distinct;
 - ne contient pas de base thermoplastique;
 - peut être équipée de dispositifs permettant d'accroître la rétention autour des dents;
 - peut être équipée d'un capteur micro-thermométrique afin de mesurer l'utilisation effective de l'OAM. Un tel capteur micro-thermométrique ne sera placé qu'à la demande ou avec l'accord du médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée. Il est parti du principe selon lequel il est utile de mesurer l'utilisation effective de l'OAM chaque année, pendant un an, chez 20% des patients porteur d'une OAM.

L'OAM sera fabriquée par un laboratoire technico-dentaire qui a signalé ses activités relatives à la fabrication de dispositifs sur mesure (entre autres des OAM), conformément à la procédure prévue à cet effet, à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) – et qui fabrique les dispositifs sur mesure et les OAM conformément à la réglementation Belge et Européenne et à la norme ISO pour la fabrication de tels

produits. Le laboratoire technico-dentaire fabriquera l'OAM sur ordre du dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant, qui réalisera au préalable des empreintes de précision des arcs dentaires du bénéficiaire.

L'OAM est la propriété du bénéficiaire.

- 2) missions diverses du dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant :
- a) les tests de l'OAM chez le bénéficiaire;
 - b) la formation du bénéficiaire en matière d'utilisation de l'OAM et l'entretien de base requis;
 - c) la titration de l'OAM, c'est-à-dire l'avancement graduel de la position de la mâchoire inférieure dans les limites de tolérance physique du bénéficiaire pour parvenir à un traitement effectif maximal;
 - d) la formation du bénéficiaire sur la façon dont il peut encore éventuellement continuer la titration de l'OAM;
 - e) le contrôle régulier de l'état de l'OAM;
 - f) l'entretien de l'OAM;
 - g) le contrôle d'éventuels effets secondaires sur la condition dentaire et parodontale;
 - h) si nécessaire, la réparation et/ou le rebasage de l'OAM pour lesquels il peut être fait appel au laboratoire technico-dentaire agréé susmentionné;
 - i) avec le médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée:
 - la sensibilisation du bénéficiaire et de son entourage au traitement ;
 - et le suivi de la compliance thérapeutique par rapport à laquelle, en interrogeant le bénéficiaire ou éventuellement via le capteur micro-thermométrique intégré, il convient de vérifier si le bénéficiaire utilise son OAM en moyenne minimum 4 heures par nuit;
 - j) dans le cas d'un capteur micro-thermométrique intégré: la lecture de la mémoire du capteur;
 - k) la discussion avec le bénéficiaire des données de lecture du capteur concernant l'utilisation effective de l'OAM et la communication de ces données au médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée;
 - l) la tenue à jour d'un registre détaillé concernant le type d'OAM et – si d'application - le type de capteur qui est mis à disposition de chaque bénéficiaire afin d'en assurer la traçabilité.

Le dispensateur de soins dont question à l'article 11, § 1, B du présent avenant peut éventuellement déléguer les missions mentionnées sous b, f et j à un assistant compétent qui peut les assurer sous la supervision du dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant.

- 3) la réalisation, par le médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée, ou sous sa supervision, d'au moins une PG ou PGD dans les 5 premiers mois pendant lesquels le bénéficiaire utilise l'OAM afin de démontrer que le traitement permet une amélioration quantifiée de la respiration. La PG ou PGD peut éventuellement être remplacée par une 2^{ième} PSG comme décrite à l'article 5 de la convention précitée, par le médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée.

La PG ou PGD (ou éventuellement la 2^{ième} PSG) est effectuée après que le bénéficiaire ait déjà utilisé l'OAM pendant une période et que l'OAM, sous la supervision du dispensateur de soins dont question à l'article 11, § 1, B du présent avenant soit suffisamment titrée. Le dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant informera le médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée, du moment où l'OAM est suffisamment titrée.

Une deuxième PG ou PGD est effectuée après une titration supplémentaire de l'OAM si, sur la base de la première PG ou PGD, aucune amélioration satisfaisante de la respiration n'a pu être démontrée. Cette deuxième PG ou PGD est réalisée dans les 6 premiers mois pendant lesquels le bénéficiaire utilise l'OAM.

La PG ou PGD doit répondre aux conditions du § 2 du présent article.

Le médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée, informe sans délai le médecin visé à l'article 11, § 1, A du présent avenant et le dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant, du résultat de chaque PG ou PGD et se consulte avec eux au sujet de la poursuite du traitement et de son adaptation éventuelle.

§ 2. Dans le cadre de la présente convention, une PG ou PGD sera toujours effectuée au moyen d'un polygraphe. Cet appareil mesure au moins les canaux suivants :

- 1 canal de débit d'air (où il convient d'incorporer le flux de pression provenant de l'appareil CPAP ou un pneumotachographe qui est connecté au masque),
- 2 canaux de mouvements respiratoires
- l'ECG à 1 dérivation
- la saturation d'oxygène.

La PG ou PGD ne peut jamais être réalisée la même nuit (ou le même jour) que la PSG diagnostique pour un bénéficiaire.

S'il est opté pour une PGD, un collaborateur compétent de l'établissement qui est légalement habilité en la matière et qui est spécifiquement formé pour prendre une PGD, expliquera l'utilisation de la PGD au bénéficiaire et éventuellement à son entourage. Le médecin responsable de l'établissement se porte garant de la compétence de ce collaborateur.

L'enregistrement de la PG et de la PGD dure minimum 8 heures. La PG et la PGD sont scodées manuellement par un collaborateur compétent de l'établissement.

Le protocole de chaque PG ou PGD effectuée mentionne la durée initiale et finale de la PG ou PGD et comporte une description statistique des résultats et des courbes graphiques couvrant la nuit entière, avec au moins la reproduction du trend SaO₂ ; l'index de désaturation d'oxygène (IDO) $\geq 3\%$ est également mentionné. Le protocole mentionne également le nombre et le type d'apnées et hypopnées comme décrit à l'article 7, sauf en ce qui concerne le critère *arousal* qui tombe. Sur la base des données d'enregistrement, le rapport calcule également l'IAHO ou l'IAO; à ce sujet, il est parti de la durée initiale et finale de la PG ou PGD étant donné que le temps de sommeil réel n'est pas connu.

§ 3. Le médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée, informera le médecin généraliste du bénéficiaire, au début du traitement par OAM, du diagnostic du SAOS chez le bénéficiaire et du traitement du bénéficiaire par OAM. Le médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée, informera également le médecin généraliste de l'arrêt éventuel du traitement par OAM.

Article 14

§ 1. Deux sortes de forfaits journaliers peuvent être attestés pour le traitement du SAOS par OAM visé à l'article 13 du présent avenant :

- le forfait de départ OAM

- le forfait de base OAM

§ 2. Le forfait de base OAM rembourse surtout le suivi d'un bénéficiaire qui utilise déjà une OAM depuis 6 mois minimum. Il s'agit plus précisément des activités mentionnées à l'article 13, § 1^{er}, 2) du présent avenant, bien que les activités mentionnées aux points a, b, c et d ont surtout lieu dans les premiers mois d'utilisation de l'OAM.

Le forfait de départ OAM rembourse pendant 6 mois toutes les activités qui sont mentionnées à l'article 13, § 1^{er} du présent avenant, bien que les activités qui sont mentionnées à l'article 13, § 1^{er}, 2), e à k inclus, auront surtout souvent lieu après qu'un bénéficiaire ait utilisé une OAM pendant 6 mois déjà.

§ 3. Le forfait de départ OAM peut être attesté pour un bénéficiaire pendant une période ininterrompue de 6 mois qui commence à courir le jour où le dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant fournit l'OAM visée à l'article 13, § 1^{er}, 1), au bénéficiaire pour utilisation et où les activités visées à l'article 13 § 1^{er}, 2), a, b, c et d, ont été effectuées ou ont été initiées.

Au terme de la période ininterrompue de 6 mois pendant laquelle un forfait de départ peut être attesté, seul le forfait de base OAM peut être attesté pour le bénéficiaire.

Si un bénéficiaire change d'établissement pendant la période ininterrompue de 6 mois, plus aucun forfait de départ ne peut être attesté pour ce bénéficiaire à partir de la date de prise en charge du traitement par OAM dans l'autre hôpital.

§ 4. Si l'OAM d'un bénéficiaire doit absolument être remplacée par une nouvelle OAM parce qu'elle est usée ou parce qu'elle n'est plus adaptée au bénéficiaire, un forfait de départ OAM peut à nouveau être attesté pour ce bénéficiaire pendant 6 mois, à condition que la nouvelle OAM soit utilisée au plus tôt 5 ans après la date de remise de l'OAM précédente.

§ 5. Si un bénéficiaire, au cours de la période de 5 ans qui suit la date de remise de l'OAM, arrête son traitement au moyen d'un OAM et passe éventuellement à un traitement par nCPAP, mais passe quand même à nouveau à un traitement au moyen d'une OAM au cours de cette même période de 5 ans, plus aucun forfait de départ OAM ne peut être attesté mais bien un forfait de base OAM. Si ce bénéficiaire ne reprend le traitement au moyen d'une OAM qu'après la période de 5 ans qui suit la date de remise de l'OAM, le dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant, doit vérifier si l'OAM existante peut encore être utilisée ou si elle doit être remplacée. Le forfait de départ OAM ne peut à nouveau être attesté que si l'ancienne OAM doit être remplacée par une nouvelle OAM et ce, minimum 5 ans après la date de remise de l'ancienne OAM.

Un bénéficiaire qui a déjà arrêté deux fois son traitement au moyen d'une OAM pour passer à un traitement par nCPAP n'entre plus en ligne de compte pour le remboursement du forfait de départ OAM ou du forfait de base OAM.

§ 6. Le forfait de départ OAM s'élève à 5,64 €. Il est attesté au moyen du:

- pseudo-code 779870 (patients ambulatoires) et pseudocode 779881 (patients hospitalisés) pour un bénéficiaire qui utilise pour la première fois une OAM
- pseudo-code 779892 (patients ambulatoires) et pseudocode 779903 (patients hospitalisés) pour un bénéficiaire dont l'OAM doit être renouvelée après que l'assurance soit déjà intervenue précédemment dans le coût d'une OAM, éventuellement sur la base de l'ancienne réglementation

Le forfait de base OAM (pseudo-code 779914 pour les patients ambulatoires et pseudocode

779925 pour les patients hospitalisés) s'élève à 0,43 €.

Article 15

Par jour et par bénéficiaire un seul forfait journalier peut être attesté:

- soit le forfait dû pour la prestation « traitement à domicile du SAOS par nCPAP »
- soit le forfait de départ OAM
- soit le forfait de base OAM

Chaque jour remboursable de prestation effective ne peut être porté en compte à l'organisme assureur concerné qu'à partir de la fin de ce jour.

Article 16

§ 1. Les dispositions des articles 15, 16 et 17 de la convention précitée sont également d'application dans le cas où un bénéficiaire est traité au moyen d'une OAM dans le cadre de la présente convention.

Le médecin-conseil est compétent pour se prononcer sur les demandes de prise en charge, compte tenu du fait que l'article 138, 2°, g), de l'AR du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, s'applique à la convention précitée, pour tous les hôpitaux qui y adhèrent.

§ 2. Une demande de prise en charge d'un traitement d'un bénéficiaire dans le cadre de la présente convention concerne soit le traitement de ce bénéficiaire par nCPAP soit le traitement de ce bénéficiaire par OAM. Une demande ne peut jamais concerner simultanément les deux traitements pour un même bénéficiaire.

Pour chaque bénéficiaire qui souhaite passer d'un traitement par nCPAP à un traitement par OAM ou inversement, une demande de modification du traitement pris en charge doit être introduite. Même dans le cas où l'OAM est remplacée par une nouvelle OAM, une demande de modification et de prolongation du traitement doit être introduite.

§ 3. Dans le cas d'une demande de prise en charge du traitement OAM pour un nouveau bénéficiaire, à savoir un bénéficiaire qui n'a jamais été traité ni par nCPAP ni par OAM ou pour lequel l'assurance n'a plus pris en charge de traitement par nCPAP ou par OAM depuis plus d'un an (indépendamment du fait que le traitement ait été poursuivi ou non au cours de cette période), les documents suivants doivent être joints en annexe au rapport médical:

- le protocole de la PSG diagnostique;
- le rapport du médecin ORL visé à l'article 11, § 1, A du présent avenant et le rapport du dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant qui indique que le bénéficiaire est un bon candidat pour le traitement du SAOS au moyen d'une OAM.

La demande ne peut être introduite qu'après que le dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant ait délivré l'OAM au bénéficiaire.

§ 4. Pour les demandes de prolongation de la prise en charge d'un traitement par OAM, une nouvelle PSG, PG ou PGD ne peut seulement être effectuée que si le médecin visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée l'estime nécessaire.

Pour le traitement au moyen d'une OAM, un rapport rédigé par le dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant, est joint à chaque demande de prolongation dans

lequel celui-ci, sur la base des questions posées au bénéficiaire ou sur la base de données relatives à l'utilisation effective, confirme que le bénéficiaire utilise son OAM en moyenne 4 heures minimum par nuit et qu'il n'y a pas de contre-indications à la poursuite du traitement par OAM. À la fin de la période de 6 mois pendant laquelle le forfait de départ OAM peut être attesté, le rapport de la PG ou PGD visée à l'article 13, § 2 du présent avenant, est joint à la demande de prolongation du traitement par OAM ainsi qu'un rapport relatif à l'évolution médicale du patient et rédigé par le médecin visé à l'article 10, 2), a) de la convention précitée.

Dans le cas où un bénéficiaire passe d'un traitement par nCPAP à un traitement par OAM, le rapport du médecin ORL visé à l'article 11, § 1, A du présent avenant et le rapport du dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B doivent être joints à la demande de modification afin de démontrer que le bénéficiaire est un bon candidat pour le traitement du SAOS au moyen d'une OAM. Dans le cas d'une demande de remplacement d'une OAM par une nouvelle OAM, un rapport récent du dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant doit être joint à la demande afin de démontrer la compliance thérapeutique et de démontrer que le bénéficiaire est un bon candidat pour le traitement du SAOS au moyen d'une OAM.

Article 17

§ 1. Si toutes les conditions sont remplies, un premier accord de prise en charge des prestations OAM est donné pour une période de 6 mois à partir de la date de remise de l'OAM à un bénéficiaire qui n'a encore jamais été traité au moyen d'une OAM ou pour lequel l'ancienne OAM a été remplacée par une nouvelle OAM. Pour un bénéficiaire qui a déjà été traité au moyen d'une OAM mais pour lequel l'assurance n'a plus pris en charge de traitement par OAM durant plus de 3 mois (indépendamment du fait que le traitement ait été poursuivi ou non durant cette période), l'accord pour la reprise du traitement est donné pour 3 mois.

Chaque prochain accord vaut pour une période de 12 mois maximum à condition que :

- à la fin de la période de 6 mois pendant laquelle le forfait de départ OAM peut être attesté, sur la base de la PG ou PGD visée à l'article 13, § 2 ou sur la base d'une 2^{ème} PSG (sous traitement par OAM) qui répond aux conditions de l'article 5 de la convention précitée, l'efficacité du traitement OAM peut être démontrée.
- lors de chaque demande de prolongation, le dispensateur de soins visé à l'article 11, § 1, B confirme, dans un rapport, sur la base des questions posées au bénéficiaire ou sur la base de données relatives à l'utilisation effective, que le bénéficiaire utilise son OAM 4 heures minimum par nuit en moyenne et qu'il n'y a pas de contre-indications à la poursuite du traitement par OAM. Si le bénéficiaire utilise son OAM moins de 4 heures par nuit en moyenne, un accord ne peut seulement être donné que pour 3 mois et les mêmes règles que pour le nCPAP s'appliquent comme mentionnées à l'article 7 du présent avenant.

§ 2. La période d'intervention de l'assurance pour le traitement d'un bénéficiaire au moyen d'une OAM prend fin dès que l'établissement arrête le traitement. Si le bénéficiaire arrête lui-même ce traitement, la période d'intervention de l'assurance prend fin dès qu'un des dispensateurs de soins ou autres collaborateurs de l'établissement (voir l'article 10 de la convention précitée et l'article 11 du présent avenant), en sont informés.

Le médecin de l'établissement visé à l'article 10, 2) a) de la convention précitée, informera sans délai le médecin-conseil de la date de fin du traitement.

Article 18 L'établissement s'engage à ne réclamer de supplément à qui que ce soit pour le traitement par OAM défini dans le présent avenant.

Les dispensateurs de soins visés à l'article 10 de la convention précitée et à l'article 11 du présent avenant, peuvent toutefois attester les prestations de la nomenclature des prestations de santé tant qu'il est satisfait aux conditions de cette nomenclature. Etant donné que toutes les interventions qui sont nécessaires pour le traitement par OAM sont remboursées via le forfait de départ OAM et ce, depuis la préparation de la fabrication d'une OAM jusqu'à 6 mois après la remise de l'OAM, aucune prestation de la nomenclature des prestations de santé qui est liée au traitement par OAM ne peut cependant être portée en compte durant cette période.

Les réparations ou le remplacement de l'OAM qui font suite à une mauvaise utilisation ou à une perte du matériel ou à un mauvais entretien par le bénéficiaire peuvent éventuellement être attestées au bénéficiaire.

Le pouvoir organisateur de l'établissement assume toute la responsabilité en matière de conformité à toutes les dispositions de la convention, des prestations OAM qui, sur la base de cette convention, sont facturées aux organismes assureurs. Cela vaut également pour les traitements par OAM qui sont réalisés en collaboration avec un dispensateur de soins externe visé à l'article 11, § 1, B du présent avenant. Si le remboursement de certaines prestations est récupéré en raison du fait qu'elles n'ont pas été effectuées conformément aux dispositions de la présente convention, cela se fera exclusivement au niveau de l'établissement.

Article 19

Les dispositions de la convention précitée s'appliquent également aux traitements par OAM, sauf dans les cas où le présent avenant déroge explicitement aux dispositions de la convention précitée. Les dispositions des articles 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 et 30 s'appliquent notamment également aux traitements par OAM.

Article 20

Les demandes des bénéficiaires pour la prise en charge d'un traitement par OAM qui a débuté avant le 1^{er} janvier 2017, doivent être évaluées dans le cadre de la réglementation des prestations 317295 et 317306 de la nomenclature qui reste d'application jusqu'au 31 décembre 2016 inclus.

Un bénéficiaire pour lequel l'assurance est intervenue dans la période 2012-2016 dans le coût d'une OAM dans le cadre de la réglementation des prestations 317295 et 317306 de la nomenclature, n'entre pas en ligne de compte pour les prestations OAM prévues par le présent avenant pendant 5 ans à partir de la date de la prestation 317295 ou 317306 dont il a bénéficié. Au terme de cette période de 5 ans, il peut entrer en ligne de compte pour le remplacement de son OAM par une nouvelle OAM qui peut être remboursée sur la base des dispositions du présent avenant à condition qu'il remplisse tous les critères que le présent avenant fixe. Si ce bénéficiaire, dans la période visée de 5 ans, sur la base des questions posées au bénéficiaire ou sur la base des données concernant l'utilisation effective, a utilisé son OAM minimum 4 heures par nuit en moyenne, une nouvelle PSG diagnostique n'est pas nécessaire. Le forfait de départ OAM et le forfait de base OAM peuvent uniquement être remboursés pour un bénéficiaire pour lequel l'OAM est remplacée par une nouvelle OAM au plus tôt 5 ans après la date de la prestation 317295 ou 317306 dont il a bénéficié.

PERIODE DE VALIDITE DE LA CONVENTION ET DU PRESENT AVENANT

Article 21 La date du « 31 octobre 2016 » est remplacée par la date du « 31 décembre 2017 » à l'article 32 de la convention précitée.

Article 22 Le présent avenant, établi en 2 exemplaires et dûment signé par les deux parties, fait partie intégrante de la convention signée le 13 janvier 2009 et entre en vigueur le 1^{er} novembre 2016.

Pour le pouvoir organisateur de l'établissement,

Le Mandataire au nom du pouvoir organisateur,

Pour l'établissement :
Le Médecin responsable,
Dr ETIENNE

Pour le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité,

Bruxelles, le

Le Fonctionnaire Dirigeant

H. De Ridder,
Directeur général

**AVENANT A LA CONVENTION RELATIVE AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT
DU SYNDROME DES APNEES OBSTRUCTIVES DU SOMMEIL (SAOS)**

ANNEXE: FORMULAIRE D'INFORMATIONS DANS LE CAS OU L'HOPITAL OFFRE DES TRAITEMENTS PAR OAM DANS LE CADRE DE LA CONVENTION (au plus tôt à partir du 1^{er} janvier 2017)

A TRANSMETTRE ENTIEREMENT COMPLETE AVEC TOUS LES JUSTIFICATIFS DEMANDES A L'INAMI POUR LE 30 AVRIL 2017 AU PLUS TARD DANS LE CAS OU L'HOPITAL OFFRE DES TRAITEMENTS PAR OAM DANS LE CADRE DE LA CONVENTION.

SI L'HOPITAL DECIDE DE NE PAS OFFRIR DE TRAITEMENTS PAR OAM DANS LE CADRE DE LA CONVENTION, IL NE FAUT PAS TRANSMETTRE CE FORMULAIRE A L'INAMI. SI L'HOPITAL NE SOUHAITE OFFRIR DES TRAITEMENTS PAR OAM DANS LE CADRE DE LA CONVENTION QU'APRES LE 30 AVRIL 2017, L'HOPITAL DOIT TRANSMETTRE CE FORMULAIRE D'INFORMATIONS A L'INAMI AVANT DE COMMENCER DES TRAITEMENTS PAR OAM DANS LE CADRE DE LA CONVENTION.

Si nécessaire, vous pouvez ajouter des lignes dans ce document.

<u>Nom et adresse (du campus) de l'hôpital:</u>	
<u>Numéro de téléphone:</u>	
<u>Adresse e-mail:</u>	

MEDECIN(S) ORL (cf. article 11, § 1, A de l'avenant)		
Nom, prénom et numéro INAMI (éventuellement cachet)	Est un médecin externe	Signature

Dans la colonne **“Est un médecin externe”**, il est mentionné si le membre de l'équipe concerné est un médecin externe, c'est-à-dire un médecin qui est actif dans un autre hôpital ayant conclu la convention relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil avec le Comité de l'assurance et auquel votre établissement fait appel. En annexe, est joint l'accord de collaboration requis. Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

Veillez démontrer dans une annexe (avec les pièces justificatives nécessaires) pour chaque médecin ORL mentionné que ce médecin ORL s'est formé dans le domaine du diagnostic et du traitement de troubles respiratoires liés au sommeil.

DENTISTE(S) GENER(AL)(AUX), ORTHODONTISTE(S), STOMATOLOGUE(S) OU CHIRURGIEN(S) MAXILLOFACIAL(AUX) (cf. article 11, § 1, B de l'avenant)				
Nom, prénom et numéro INAMI (éventuellement cachet)	S'est formé dans le traitement du SAOS par OAM	Nombre d'OAM remis en 2016	Est un dentiste général ou médecin externe	Signature

Dans la colonne **« S'est formé dans le traitement du SAOS par OAM »**, il est mentionné si le membre de l'équipe concerné sait justifier qu'il s'est formé dans le traitement du SAOS au moyen d'une OAM avant son adhésion à l'équipe. En annexe, sont jointes les pièces justificatives nécessaires. Si le membre de l'équipe concerné n'a pas remis en 2016 pour au minimum 15 patients une OAM pour laquelle l'assurance est intervenue dans le cadre de la réglementation de l'époque (nouveaux patients OAM ou patients dont l'OAM devait être remplacée par une nouvelle OAM), il faut toujours la compléter.

Dans la colonne **“Nombre d'OAM remis en 2016”** est mentionné le nombre d'OAM que le membre de l'équipe concerné a remis en 2016 à de nouveaux patients OAM et à des patients dont l'OAM devait être remplacée par une nouvelle OAM. Il ne peut être tenu compte que des OAM pour lesquelles l'assurance est intervenue dans le cadre de la réglementation de l'époque. En annexe, est jointe une liste de ces patients qui mentionne le nom, le prénom, la date de naissance et la date d'octroi de l'intervention de l'assurance (si l'intervention de l'assurance n'a pas encore été octroyée : date d'introduction de la demande d'octroi de l'intervention de l'assurance). Si le membre de l'équipe concerné ne sait pas justifier qu'il s'est formé dans le traitement du SAOS au moyen d'une OAM avant son adhésion à l'équipe, il faut toujours la compléter.

Dans la colonne **“Est un dentiste général ou un médecin externe”**, il est mentionné si le membre de l'équipe concerné est un collaborateur externe, c'est-à-dire un collaborateur qui est actif dans un autre hôpital que celui dont votre établissement fait partie ou dans sa

propre pratique. En annexe, est joint l'accord de collaboration requis. Elle est uniquement cochée si cela s'applique au membre de l'équipe concerné.

Par la présente, le(s) signataire(s) déclare(nt) que les données mentionnées dans ce formulaire d'informations sont correctes. Si des modifications devaient être apportées à l'avenir en ce qui concerne les noms des membres de l'équipe ou si certains membres de l'équipe ne devaient plus répondre à certains critères, ces modifications doivent être communiquées immédiatement par écrit à l'Inami.

(nom, prénom, fonction et signature des signataires de la convention)