



BROCHURE À L'USAGE DU PRATICIEN DE L'ART INFIRMIER DÉBUTANT

<i>BROCHURE À L'USAGE DU PRATICIEN DE L'ART INFIRMIER DÉBUTANT</i>	1
1 INTRODUCTION	3
2 DE QUELS AGRÈMENTS LE PRATICIEN DE L'ART INFIRMIER A-T-IL BESOIN POUR POUVOIR EXERCER SA PROFESSION ?	4
2.1 Agrément délivré par le Service public fédéral (S.P.F.) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.....	4
2.2 Agrément délivré par l'INAMI.....	4
2.3 Comment demander un numéro d'agrément à l'INAMI ?	6
3 QUELS ACTES LE PRATICIEN DE L'ART INFIRMIER PEUT-IL EFFECTUER ? 7	
3.1 Quelles prestations sont concernées par l'agrément du praticien de l'art infirmier ?	7
3.2 Quelles sont les prestations techniques de l'art infirmier dont il est question au § 1 ^{er} , point b de l'art. 21quinquies (A.R. 78) ?	7
3.3 Quels sont les actes <i>médicaux</i> dont il est question au § 1 ^{er} , point c de l'art. 21quinquies de l'A.R. n° 78 et qu'un médecin peut confier à un infirmier ?	8
4 INTRODUCTION A LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SOINS INFIRMIERS	8
4.1 Qu'est-ce que la nomenclature ?	8
4.2 La nomenclature des soins infirmiers (article 8)	8
4.2.1 Énumération des prestations de soins infirmiers.....	8
4.2.2 Règles d'application	9
5 RÉPONSES À DES QUESTIONS D'ORDRE PRATIQUE	10
5.1 Une prescription est-elle nécessaire et quelles conditions doit-elle remplir ?.....	10
5.1.1 Nécessité de la prescription	10
5.1.2 Conditions auxquelles la prescription doit répondre	10
5.1.3 Conséquences d'une prescription non valable.....	11
5.1.4 Durée de validité d'une prescription	11
5.2 Quid si le traitement prescrit est superflu ou inutilement onéreux ?.....	11
5.3 Dans quelles circonstances des honoraires ne sont-ils pas dus ?	12
5.3.1 Circonstances prévues dans l'art. 8, § 3 de la nomenclature.....	12
5.3.2 Autres circonstances prévues en dehors de la nomenclature	13
5.4 Faut-il établir un dossier de patients ?.....	13
5.5 Quelles données administratives concernant mes activités faut-il conserver ?	14
5.6 Le nombre de séances qui peuvent être portées en compte par <i>jour</i> est-il limité ?	14
5.7 Le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte par <i>séance</i> est-il limité ?	15
5.8 Le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte par <i>jour</i> pour un bénéficiaire est-il limité ?	15



5.9	Procédure de demande et de notification (voir § 7)	16
5.9.1	Pour quelles prestations ?	16
5.9.2	Comment introduire la demande ?	17
5.9.3	L'accord du médecin-conseil est-il requis avant de pouvoir entamer le traitement ?	17
5.10	Des suppléments peuvent-ils être portés en compte ?	17
5.11	Comment dois-je attester ?	17
5.11.1	J'atteste sur des attestations de soins donnés (A.S.D.) individuelles.....	17
5.11.2	J'atteste sur des attestations globales de soins donnés	18
5.11.3	J'atteste par le biais du tiers payant.....	18
5.11.4	Comment obtenir mes attestations de soins donnés ?	19
5.12	Quand puis-je/dois-je appliquer le régime du tiers payant ?	19
5.13	Combien puis-je/dois-je porter en compte ?	19
5.13.1	Si j'ai adhéré à la Convention nationale.....	19
5.13.2	Si je n'ai pas adhéré à la Convention nationale.....	19
5.14	Quel est le montant du ticket modérateur ?	19
5.14.1	Dans le cadre du régime de l'assurance obligatoire	19
5.14.2	Pour les travailleurs indépendants (voir art. 1 ^{er} de l'A.R. du 29.12.1997.....	20
5.14.3	Suis-je obligé de demander le ticket modérateur ?	20
5.15	Qu'implique la Convention nationale pour les praticiens de l'art infirmier ?	20
5.15.1	Qu'est-ce qu'une convention ?	20
5.15.2	Que fixe-t-on dans une Convention ?	20
5.15.3	Comment une Convention est-elle conclue ?	21
5.15.4	Quelle est la durée de validité d'une Convention ?	21
6	Annexes	21
6.1	Qu'est ce que je peux trouver sur le site d'internet de l'INAMI ?	22
6.2	Adresses des commissions médicales provinciales	22



1 INTRODUCTION

La présente brochure a pour objectif d'apporter une réponse aux questions les plus essentielles que se pose le praticien de l'art infirmier débutant (agrément, nature et remboursement des prestations de soins infirmiers, attestation, etc.).

Elle n'a ***pas*** pour objectif d'apporter une réponse à toutes les questions ou situations qui peuvent être posées ou se présenter dans la pratique quotidienne de l'art infirmier.

Elle n'a pas ***non plus*** pour objectif de se substituer à la législation et à la réglementation existantes en la matière.

Seules la législation et la réglementation officielles font loi et peuvent être invoquées en cas de litiges entre le dispensateur de soins et les instances de contrôle.

C'est pourquoi nous avons choisi de faire le plus souvent possible référence aux textes officiels. Sauf mention contraire, les références citées dans cette brochure concernent l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé (arrêté royal du 14.9.1984). Les extraits de textes légaux sont quant à eux mentionnés en lettres italiques.

La présente brochure et des informations complémentaires sont disponibles sur l'Internet : <http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/educational-project/pdf/Soinsinfirmiers22.01.04.pdf>

Pour toutes questions éventuelles, une ligne téléphonique est disponible tous les jours ouvrables, de 9 heures à 12 heures, au numéro 02/739.74.79.

Les bureaux de l'INAMI sont également accessibles tous les jours ouvrés, également de 9 heures à 12 heures, ou sur rendez-vous, à l'adresse suivante : Avenue de Tervueren 211 (4^e étage) à 1150 Bruxelles.

Quelques définitions :

Bénéficiaire : toute personne pouvant prétendre aux prestations prévues dans l'assurance maladie (= le patient en règle en matière d'assurance maladie).

Dispensateurs de soins : les personnes qui exercent l'art de la médecine (médecins, dentistes, accoucheuses), les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux, les établissements hospitaliers, les établissements de rééducation fonctionnelle et professionnelle et les autres services et établissements.



2 DE QUELS AGRÉMENTS LE PRATICIEN DE L'ART INFIRMIER A-T-IL BESOIN POUR POUVOIR EXERCER SA PROFESSION ?

2.1 Agrément délivré par le Service public fédéral (S.P.F.) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

- ✓ Il est interdit d'exercer l'art infirmier sans cet agrément.
- ✓ Pour obtenir cet agrément, il faut être porteur du titre professionnel de praticien infirmier ou du titre professionnel de praticien infirmier gradué (voir *art. 21 quater, §§ 1^{er}, 2 et 3 de l'A.R. n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé*).

De plus amples informations concernant la formation de praticien infirmier peuvent être obtenues sur le site Internet de la Communauté française :

http://www.enseignement.be/citoyens/annuaires/sup/sup_LO.asp

Pour obtenir l'agrément, plusieurs conditions doivent être remplies :

- ✓ Obtenir un diplôme ou une attestation provisoire délivrés par un établissement d'enseignement compétent.
- ✓ Le diplôme doit être visé par la commission médicale provinciale de la province où l'infirmier projette de s'installer (voir adresses en annexe).
- ✓ Pour obtenir l'agrément du titre professionnel particulier « Urgences » et « Soins intensifs », il faut s'adresser au :

S.P.F. Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Service Agrément des professions de la santé

Eurostade : Place Victor Horta 40, Bte 10, à 1060 – Bruxelles

Tél 02/524.97.44

https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512741&_dad=portal&_schema=PORTAL&_menu=menu_4

2.2 Agrément délivré par l'INAMI

- ✓ L'agrément délivré par l'INAMI est uniquement requis si vous effectuez des prestations de la nomenclature. Cet agrément n'est donc pas nécessaire si, par exemple, vous dispensez uniquement des soins dans un hôpital ou dans une maison de repos pour personnes âgées.
- ✓ Le Service des soins de santé de l'INAMI communique aux mutualités les listes des personnes agréées.
- ✓ Les attestations de soins donnés ne peuvent être rédigées qu'à partir de la date de l'agrément.
- ✓ Votre agrément délivré par l'INAMI comporte un numéro personnel : le numéro INAMI. Vous êtes prié(e) de toujours mentionner ce numéro dans votre correspondance avec l'INAMI. Ce numéro est composé de 11 chiffres dont les 3 derniers constituent le « code de qualification ». Les principaux codes de qualification pour les praticiens de l'art infirmier sont les suivants :



002	Accoucheuses, autorisées à effectuer des prestations obstétricales
401	Infirmières graduées et assimilées
402	Accoucheuses
407	Hospitalières et assimilées
408	Infirmières brevetées
404	Soigneuses agréées avant le 1 ^{er} janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément
405	Auxiliaires agréées temporairement avant le 1 ^{er} janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément
411	Infirmiers(ères) gradué(e)s (reconnaissance dans le cadre de la C.E.E.)
417	Hospitalier(ères) (reconnaissance dans le cadre de la C.E.E.)
418	Infirmiers(ères) (reconnaissance dans le cadre de la C.E.E.)
461	Infirmiers gradués et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
441	Infirmiers gradués et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète
421	Infirmiers gradués et assimilés + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
462	Accoucheuses + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
442	Accoucheuses + infirmiers relais en matière de diabète
422	Accoucheuses + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
468	Infirmiers brevetés et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
448	Infirmiers brevetés et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète
428	Infirmiers brevetés et assimilés + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
471	Infirmiers gradués, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
451	Infirmiers gradués, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de diabète
431	Infirmiers gradués, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
478	Infirmiers brevetés, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
458	Infirmiers brevetés, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de diabète
438	Infirmiers brevetés, reconnaissance dans le cadre de la C.E.E. + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)



2.3 **Comment demander un numéro d'agrément à l'INAMI ?**

La demande écrite doit être envoyée à l'adresse suivante :

INAMI (Service des soins de santé)

Section Praticiens de l'art infirmier

Avenue de Tervueren 211

1150 Bruxelles

Une copie légalisée (certifiée conforme) du diplôme visé par la commission médicale provinciale doit être jointe à cette demande.

De plus amples informations à ce sujet peuvent être obtenues à la même adresse ou par téléphone, tous les jours ouvrés, de 9 heures à 12 heures, au numéro 02/739.74.79.



3 QUELS ACTES LE PRATICIEN DE L'ART INFIRMIER PEUT-IL EFFECTUER ?

3.1 Quelles prestations sont concernées par l'agrément du praticien de l'art infirmier ?

Art. 21quinquies de l'A.R. n° 78.

§ 1^{er}. On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes :

- a) - observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;
- définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;
- collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;
- informer et conseiller le patient et sa famille ;
- assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;
- assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil ;

b) les prestations techniques de l'art infirmier qui ne requièrent pas de prescription médicale ainsi que celles pour lesquelles elle est nécessaire ;

ces prestations peuvent être liées à l'établissement du diagnostic par le médecin, à l'exécution d'un traitement prescrit par le médecin ou à des mesures relevant de la médecine préventive ;

c) les actes pouvant être confiés par un médecin conformément à l'article 5, § 1^{er}, alinéas 2 et 3.

§ 2. Les prestations de soins infirmiers, tels que visées au § 1^{er}, a), b) et c), sont consignées dans un dossier infirmier.

3.2 Quelles sont les prestations techniques de l'art infirmier dont il est question au § 1^{er}, point b de l'art. 21quinquies (A.R. 78) ?

Ces prestations sont décrites dans l'A.R. du 18 juin 1990

Une distinction est faite entre les prestations pour lesquelles une prescription d'un médecin n'est pas nécessaire (B1) et celles pour lesquelles cette prescription est requise (B2).

Attention : la condition de prescription porte sur la compétence en matière de prestation et pas sur le remboursement conforme à la nomenclature (voir aussi point 5.1.1) .



3.3 **Quels sont les actes médicaux dont il est question au § 1^{er}, point c de l'art. 21quinquies de l'A.R. n° 78 et qu'un médecin peut confier à un infirmier ?**

Ces prestations sont décrites dans l'A.R. du 18 juin 1990 (liste établie sur avis de la Commission technique de l'art infirmier ~~des professions paramédicales~~).

4 **INTRODUCTION A LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SOINS INFIRMIERS**

4.1 **Qu'est-ce que la nomenclature ?**

- ✓ L'art. 35, § 1^{er} de la loi du 14.7.1994 stipule ce qui suit à ce propos : *La nomenclature énumère les prestations qui entrent en considération pour le remboursement, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles.*
- ✓ La nomenclature est établie par arrêté royal (A.R. du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).
- ✓ Pour chaque prestation, la nomenclature prévoit un numéro, un libellé et une valeur relative qui détermine le montant du remboursement (cette valeur est exprimée par une lettre – W pour l'art infirmier – et un nombre).
- ✓ La nomenclature prévoit par ailleurs des règles d'application précisant davantage le remboursement d'une prestation particulière ou d'un groupe de prestations.

4.2 **La nomenclature des soins infirmiers (article 8)**

4.2.1 **Énumération des prestations de soins infirmiers**

Le § 1^{er} de l'article 8 énumère les prestations de soins infirmiers. Celles-ci sont libellées, dans l'ordre décroissant, en fonction des paramètres suivants.

4.2.1.1 **Le lieu / moment où ces prestations sont effectuées :**

4 groupes répartis en quatre catégories numérotées de 1° à 4°

1° Prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire au cours de jours ouvrés.

2° Prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire durant le week-end ou un jour férié.

3° Prestations effectuées soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit au domicile ou à la

Vérification de la documentation jusqu'au 22.11.2006

Les textes du présent syllabus ont une valeur indicative et ne peuvent servir d'interprétation aux dispositions légales ou réglementaires



résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées, soit dans une maison de convalescence.

4° Prestations effectuées dans un centre de jour pour personnes âgées.

4.2.1.2 La nature de la prestation

Six rubriques numérotées en chiffres romains de **I** à **VI**.

- ✓ I : Séance de soins infirmiers : rubrique subdivisée en deux parties : A) **Prestation de base** et B) **Prestations techniques de soins infirmiers** (catégories 1° à 4°).
- ✓ II : Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants (catégories 1° à 3°).
- ✓ III : Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (catégories 1° à 3°).
- ✓ IV : Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs (catégories 1° et 2°).
- ✓ V : Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs (catégorie 1° et 2°).
- ✓ VI : Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques (catégories 1° et 2°).

4.2.2 Règles d'application

Les paragraphes 2 à 11 présentent les règles d'application dont certaines concernent toutes les prestations et d'autres certaines rubriques ou d'autres encore uniquement quelques prestations.

4.2.2.1 Règles d'application pour toutes les prestations

- ✓ Le §2 donne des précisions relatives à la prescription.
- ✓ Le §3 énumère les circonstances dans lesquelles les honoraires ne sont pas dus.
- ✓ Le §7 traite de la procédure de demande et de notification.
- ✓ Le §11 traite du remboursement des prestations qui n'ont pas été effectuées ou qui n'ont été que partiellement effectuées par une personne non habilitée.

4.2.2.2 Règles d'application par rubrique (= en fonction de la nature de la prestation) ou par catégorie

- ✓ Le § 4 donne des précisions relatives à la rubrique I du § 1^{er}, 1°-4° = la **séance de soins infirmiers (+ dossier infirmier)**.
- ✓ Le § 5 donne des précisions relatives à la rubrique II du § 1^{er}, 1°-3° = **honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants**.
- ✓ Le § 5bis donne des précisions relative aux rubriques IV et V du § 1^{er}, 1°-2° = **honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs**.

Vérification de la documentation jusqu'au **22.11.2006**

Les textes du présent syllabus ont une valeur indicative et ne peuvent servir d'interprétation aux dispositions légales ou réglementaires



- ✓ Le § 5ter donne des précisions relatives à la rubrique VI du § 1^{er}. 1° = **honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.**
- ✓ Le § 9 donne des précisions relatives à la rubrique III du § 1^{er}. 1°-3° = **prestations techniques spécifiques.**
- ✓ Le § 10 donne des précisions relatives aux prestations qui sont effectuées durant les week-ends et jours fériés au domicile ou à la résidence du bénéficiaire (catégorie 2°).

4.2.2.3 Règles d'application pour une prestation bien déterminée

- ✓ Le § 6 donne des précisions relatives aux toilettes.
- ✓ Le § 8 donne des précisions relatives aux soins de plaie(s).

5 RÉPONSES À DES QUESTIONS D'ORDRE PRATIQUE

5.1 Une prescription est-elle nécessaire et quelles conditions doit-elle remplir ?

5.1.1 Nécessité de la prescription

Du point de vue de la compétence technique, toutes les prestations de la liste B1 figurant à l'annexe I de l'A.R. du 18 juin 1990 peuvent être effectuées sans prescription médicale. Si ces prestations sont effectuées dans le cadre du prix de la journée d'entretien (= dans des hôpitaux), une prescription n'est donc pas nécessaire.

Pour la plupart des prestations qui sont remboursées conformément à l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé, une prescription d'un médecin est néanmoins nécessaire. Seules exceptions : la toilette, la visite d'un infirmier relais pour des soins de plaie(s) spécifiques et les soins de plaie(s) plaie au moyen d'un pansement bioactif si ces soins ont été prescrits.

5.1.2 Conditions auxquelles la prescription doit répondre

Conditions prévues dans la nomenclature

- ✓ La prescription mentionne la nature, le nombre et la fréquence des soins à dispenser. Elle doit comporter les données requises pour pouvoir identifier les soins attestés (la seule mention du numéro de nomenclature ne suffit donc pas).
- ✓ Les prescriptions relatives à l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses doivent en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer.



- ✓ Les prescriptions relatives à l'administration d'alimentation entérale et parentérale ou relatives à l'administration de perfusions doivent en outre mentionner le débit et la quantité par périodes de 24 heures.
- ✓ Les prescriptions relatives aux soins de plaie(s) doivent mentionner les informations suivantes :
 - ✓ une description de la plaie ;
 - ✓ la fréquence maximale des soins ;
 - ✓ la posologie des médicaments à administrer ;
 - ✓ la période au cours de laquelle la plaie doit être soignée.

Autres conditions que celles fixées dans la nomenclature

- ✓ La prescription doit contenir les données suivantes :
 - ✓ l'identification du patient : nom, prénom, adresse, qualité, numéro d'inscription ;
 - ✓ l'identification du prescripteur : nom, adresse, numéro INAMI.
- ✓ Elle doit être signée par le prescripteur (signature manuscrite).
- ✓ Elle doit être datée.

NB : l'infirmier ne peut jamais apporter des modifications à la prescription !

5.1.3 Conséquences d'une prescription non valable

Tant le prescripteur que l'exécutant (l'infirmier) peuvent être appelés à se justifier si la prescription ne satisfait pas aux conditions précitées. Une prescription **valable** est une condition de remboursement pour le praticien de l'art infirmier. Pour le prescripteur, les dispositions suivantes sont applicables : « *lorsque, à plusieurs reprises, et après avertissement, le dispensateur n'a pas rédigé les documents administratifs ou médicaux conformément aux règles de la présente loi ou de ses arrêtés d'exécution, l'amende peut être de 10 EUR à 125 EUR par document incorrect.* » (art. 141, § 5, c, de la loi du 14.7.1994).

5.1.4 Durée de validité d'une prescription

Aucune limitation de la durée de validité d'une prescription de soins infirmiers n'est prévue.

5.2 Quid si le traitement prescrit est superflu ou inutilement onéreux ?

L'art. 73, § 1^{er}, alinéa 3 de la loi du 14.7.1994 stipule ce qui suit : « *Les dispensateurs de soins autres que ceux visés à l'alinéa 1^{er} (= médecins et dentistes) s'abstiennent également d'exécuter ou de faire exécuter des prestations inutilement onéreuses ou*



superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnité ».

L'art. 73 de la loi du 14.7.1994 précise également de quelle manière s'évalue le caractère inutilement onéreux ou superflu tandis que l'art. 141 définit la méthodologie que doit suivre le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (S.E.C.M.) pour évaluer ces dispositions légales et sanctionner d'éventuelles infractions.

Un praticien de l'art infirmier doit donc s'abstenir de dispenser des soins si, manifestement, ceux-ci s'avèrent inutilement onéreux ou superflus.

5.3 **Dans quelles circonstances des honoraires ne sont-ils pas dus ?**

5.3.1 **Circonstances prévues dans l'art. 8, § 3 de la nomenclature**

1. Lorsque les prestations sont effectuées pour des bénéficiaires hospitalisés ou soignés ambulatoirement dans des conditions qui autorisent de porter en compte un (mini, maxi ou super) forfait en application de l'article 4 de la Convention nationale conclue entre les hôpitaux et les organismes assureurs.
2. Lorsqu'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée au bénéficiaire dans le cadre des dispositions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 :

« 11° les prestations qui sont fournies par des maisons de repos et de soins (M.R.S.), des maisons de soins psychiatriques (MSP) et des centres de soins de jour (CSJ), agréés par l'autorité compétente, ainsi que les prestations qui sont fournies par des services ou des institutions agréés en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins ;

12° les prestations qui sont fournies par des maisons de repos pour personnes âgées (M.R.P.A.), agréées par l'autorité compétente et les prestations qui sont dispensées par des institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi ;”
3. Lorsque les soins sont dispensés au domicile ou résidence communautaires, momentanés ou définitifs, qui sans être agréés comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, au sens de l'article 34, 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (voir A.R. du 19 décembre 1997).

N.B. :



- ✓ Les soins dispensés aux personnes âgées séjournant dans des complexes proposant des services de soins (résidences-services) agréés par la Communauté flamande, la Région de Bruxelles-capitale ou la Région wallonne ou la Communauté germanophone, peuvent effectivement être portés en compte conformément aux conditions de la nomenclature.
 - ✓ Les prestations effectuées pour des personnes âgées qui ne séjournent pas dans une résidence-services agréées ne peuvent pas être portées en compte.
 - ✓ Les personnes handicapées séjournant dans un établissement pour personnes handicapées maintiennent leur droit aux soins infirmiers tels qu'ils sont prévus dans l'art. 8, 3° de la nomenclature lorsqu'elles ont atteint l'âge de la pension..
4. Lorsque les soins fournis font partie intégrante d'une consultation, d'une visite ou d'une prestation technique effectuée par un médecin.
 5. Lorsque la tenue du dossier infirmier est incomplète.
 6. Lorsque les prestations n'ont pas été effectuées conformément aux dispositions de la nomenclature (par exemple lorsque les soins ont été effectués intégralement ou partiellement par une personne non habilitée comme stipulé au § 11).

5.3.2 Autres circonstances prévues en dehors de la nomenclature

1. Les prestations qui sont remboursables en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun ne sont pas indemnisées par l'assurance maladie (art. 136, § 2 de la loi du 14.7.1994).
Toutefois, lorsque les sommes accordées en vertu de cette législation ou du droit commun sont inférieures aux prestations de l'assurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de l'assurance.
2. Les prestations qui sont effectuées dans le cadre d'un accident survenu lors de la pratique d'une activité sportive sont uniquement remboursables chez les sportifs non professionnels.
3. Les prestations effectuées chez un bénéficiaire qui ne séjourne pas réellement sur le territoire belge ou effectuées en dehors du territoire belge ne sont pas remboursables, sauf mention contraire (art. 136, § 2 de la loi du 14.07.1994).

5.4 Faut-il établir un dossier de patients ?

- ✓ La tenue d'un dossier infirmier complet par bénéficiaire est une condition de remboursement par l'assurance (art. 8, § 3, 5° de la nomenclature). *Aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles la tenue du dossier est incomplète*
- ✓ Les conditions auxquelles ce dossier doit satisfaire sont mentionnées à l'art. 8, § 4, 2°.
- ✓ Le dossier doit au moins contenir (pour chaque bénéficiaire) :

Vérification de la documentation jusqu'au **22.11.2006**

Les textes du présent syllabus ont une valeur indicative et ne peuvent servir d'interprétation aux dispositions légales ou réglementaires



- les données d'identification du bénéficiaire ;
 - l'échelle d'évaluation du degré de dépendance mentionnée au § 5, pour autant que la nomenclature l'impose ;
 - le contenu de la prescription ou une copie ;
 - les données d'identification du prescripteur ;
 - le calendrier et l'évaluation des soins ;
 - tous les soins infirmiers dispensés chaque journée de soins. Aussi pour les forfaits, toutes les données relatives aux soins dispensés qui sont nécessaires pour compléter les pseudo-codes sur l'attestation globale de soins donnés doivent être mentionnées dans le dossier infirmier.
 - l'identification des infirmiers qui ont dispensé ces soins.
- ✓ Pour les patients **palliatifs** (rubriques IV et V), le dossier doit être complété par les données suivantes : enregistrement des symptômes, échelle de douleur, contacts avec la famille du patient, résultats des réunions de coordination (§ 5bis, 5°, c).
- ✓ Selon le cas, ce dossier infirmier (général) est complété par un dossier infirmier spécifique pour le patient diabétique (voir art. 8, § 5ter, 4° et 5°) ou par un dossier de soins de plaie(s) spécifique (voir art. 8, § 8, 5°).
- ✓ La constitution du dossier infirmier n'est pas subordonnée à des exigences formelles (il peut éventuellement s'agir d'un fichier informatique).
- ✓ Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans.
- ✓ Si le dossier infirmier du même bénéficiaire est conjointement géré par différents praticiens de l'art infirmier, chacun de ceux-ci est responsable des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés.

5.5 **Quelles données administratives concernant mes activités faut-il conserver ?**

A partir du 01-01-2007¹ les données suivantes doivent être conservées :

- date de la prestation
- nom et prénom du bénéficiaire
- nature de la prestation dispensée (numéro de la nomenclature)

Ces données sont conservées sur un support digital à écriture unique ou gérées par un logiciel homologué.

5.6 **Le nombre de séances qui peuvent être portées en compte par *JOUR* est-il limité ?**

Le praticien de l'art infirmier ne peut répartir les soins sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales mentionnées sur la prescription.

¹ AR du 10-11-2006 (MB 22-11-2006)

Vérification de la documentation jusqu'au 22.11.2006

Les textes du présent syllabus ont une valeur indicative et ne peuvent servir d'interprétation aux dispositions légales ou réglementaires



5.7 **Le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte par *Séance* est-il limité ?**

- ✓ Les prestations techniques de soins infirmiers (rubrique IB de 1°-4°) ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par séance de soins (§ 4, 4°).
- ✓ Si plusieurs prestations de "soins de plaie(s)" sont effectuées lors d'une séance, seule la prestation ayant le tarif le plus élevé peut être portée en compte (§ 8, 8°).
- ✓ Les prestations « surveillance de plaie avec un pansement bioactif », « application de pommades et/ou d'un produit médicamenteux », « application de collyre et/ou de pommade ophtalmique » et « application de bandages ... » ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une autre prestation de cet article, à l'exception d'une prestation de base (§ 8, 8°).

5.8 **Le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte par *JOUR* pour un bénéficiaire est-il limité ?**

- ✓ Remboursements forfaitaires pour patients lourdement dépendants (palliatifs ou non = forfaits A, B, C, PA, PB, PC) :
 - Ces forfaits ne peuvent être portés en compte qu'une seule fois par jour et doivent comporter au moins une toilette.
 - Ils remboursent la prestation de base (IA), les prestations techniques de soins infirmiers de la rubrique IB (hormis la visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques) ainsi que toutes les autres prestations techniques, à l'exception cependant des prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (rubrique III).
 - Ces forfaits peuvent être cumulés avec :
 - les prestations techniques spécifiques (rubrique III),
 - la visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques ;
 - tous les honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques (rubrique VI) non palliatifs ; uniquement les honoraires forfaitaires pour le suivi des patients diabétiques (423216,423231,423334) palliatifs.
- ✓ Patients non lourdement dépendants
 - Pour les prestations techniques de soins infirmiers (rubriques I A + B van 1°-4°), il existe un montant maximum (plafond journalier) qui, pour un même bénéficiaire et par jour, ne peut être dépassé (§ 4, 6°). Il n'est pas tenu compte ici de la visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques.



- Pour le patient palliatif, les honoraires supplémentaires PN par journée de soins peuvent être portés en compte. Ces honoraires rémunèrent toutes les prestations techniques qui ne figurent pas dans les rubriques I B et III.
 - Lorsque le plafond journalier précité est atteint pour le patient palliatif, ce plafond journalier et le forfait PN sont remplacés par les honoraires forfaitaires PP.
 - La séance de soins infirmiers peut être cumulée avec :
 - les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (rubrique III), à l'exception de la prestation « administration de médicaments par voie intraveineuse » de la rubrique IB qui ne peut être cumulée avec la prestation « remplacement de l'héparjet » de la rubrique III ;
 - la visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques, à l'exception des prestations « soins de plaie(s) simples et complexes » qui ne peuvent être cumulées durant la même séance avec la visite de l'infirmier relais ;
 - tous les honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques (rubrique VI) non palliatifs ;
 - les honoraires forfaitaires pour suivi des patients diabétiques (423216,423231,423334) palliatifs.
- ✓ Le remboursement des *prestations techniques spécifiques de soins infirmiers* (rubrique III) est forfaitaire. Il ne peut donc être porté en compte qu'une seule fois par jour. Ces remboursements peuvent cependant être cumulés avec les autres prestations de l'art. 8 de la nomenclature, à l'exception de la prestation « administration de médicaments par voie intraveineuse » qui ne peut pas être cumulée le même jour avec la prestation « remplacement de l'héparjet pour les cathéters à demeure ».
- ✓ La visite de l'infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques peut être cumulée avec toutes les prestations, à l'exception des prestations « soins de plaie(s) simples » et « soins de plaie(s) complexes » qui ne peuvent être portés en compte au cours de la même séance.

5.9 **Procédure de demande et de notification (voir § 7)**

5.9.1 **Pour quelles prestations ?**

Le praticien de l'art infirmier doit informer le médecin-conseil dans un délai de 10 jours dans les cas suivants :

- ✓ demande d'honoraires forfaitaires par journée de soins (forfaits A, B, C, PA, PB, PC, PP, PN) ;
- ✓ toilettes ;
- ✓ prestations techniques spécifiques de soins infirmiers prévues dans la rubrique III.

Vérification de la documentation jusqu'au **22.11.2006**

Les textes du présent syllabus ont une valeur indicative et ne peuvent servir d'interprétation aux dispositions légales ou réglementaires



5.9.2 Comment introduire la demande ?

- ✓ Au moyen de l'annexe 3 du règlement du 28 juillet 2003 : tant pour la demande des honoraires forfaitaires que pour les toilettes (avec échelle d'évaluation). Pour la demande de toilettes chez les personnes désorientées dans le temps et l'espace, l'annexe 2 du règlement mentionné ci-dessus doit également être jointe.
- ✓ S'il s'agit de soins palliatifs, il y a lieu de joindre également une notification de soins infirmiers pour patient palliatif (annexe 6 du règlement du 28 juillet 2003).
- ✓ Pour les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, la demande doit être accompagnée d'un plan de soins et d'un rapport médical détaillé du médecin traitant (§ 9).

5.9.3 L'accord du médecin-conseil est-il requis avant de pouvoir entamer le traitement ?

Non. Le médecin-conseil peut cependant marquer son opposition, ce qui implique que l'intervention de l'assurance cessera à partir de la date de notification de cette opposition au bénéficiaire (patient). La confirmation que le médecin-conseil envoie constitue uniquement une « approbation » administrative et ne marque nullement son accord concernant les scores demandés qui sont dans la plupart des cas communiqués sur des documents.

5.10 Des suppléments peuvent-ils être portés en compte ?

La nomenclature ne prévoit pas de suppléments, à l'exception des frais de déplacement dans certains cantons (voir point 5.18 : la Convention Nationale).

5.11 Comment dois-je attester ?

Pour de plus amples informations, veuillez consulter le module intitulé « *L'attestation de prestations ambulatoires* ».

5.11.1 J'atteste sur des attestations de soins donnés (A.S.D.) individuelles.

- ✓ Le dispensateur de soins doit obligatoirement délivrer une attestation de soins donnés (A.S.D.) au bénéficiaire dans le délai fixé (art. 53 de la loi du 14.7.1994) :
 - dans le mois qui suit la fin du mois au cours duquel les prestations ont été effectuées.
- ✓ Il existe une A.S.D. pour compte individuel et une pour compte de tiers (respectivement annexes 1 et 7 du règlement du 28.7.2003).
- ✓ L'A.S.D. doit toujours mentionner le numéro INAMI et les données d'identification du prescripteur.
- ✓ L'A.S.D. doit toujours être accompagnée de la prescription ou doit mentionner la date de l'A.S.D. à laquelle la prescription a été jointe (au cas où une prescription justifierait plusieurs A.S.D.).



- ✓ Dans un cabinet collectif, chaque dispensateur de soins doit porter en compte les prestations qu'il a lui-même effectuées.
- ✓ Lors de remplacements provisoires, il est toléré que le dispensateur qui effectue les prestations appose son cachet, mentionne son numéro INAMI et appose sa signature sur les attestations du dispensateur qu'il remplace.
- ✓ La loi interdit aux dispensateurs de détacher la souche fiscale (loi du 9.12.1997).
- ✓ Si la mention de pseudo-codes est requise pour certaines prestations (par exemple en cas de forfaits), ces pseudo-codes doivent être mentionnés, lors du paiement direct par le patient lui-même, sur un support papier conforme au modèle (voir le site web de l'INAMI <http://inami.fgov.be/care/fr/other/infirmiers/index.htm>)
Ce support papier doit accompagner l'attestation de soins donnés.
- ✓ En l'espèce également, possibilité de tiers payant.

5.11.2 J'atteste sur des attestations globales de soins donnés

- ✓ Les **attestations globales de soins donnés** sont utilisées pour porter en compte collectivement les prestations effectuées par plusieurs dispensateurs de soins chez un même assuré. Pour utiliser les attestations globales de soins donnés, il faut respecter les conditions suivantes :
 - La présence de **documents internes** : il faut entendre par document interne chaque document mentionnant la prestation effectuée (= numéro de nomenclature) et le nom de celui qui l'a réellement effectuée, et signé par ce dernier. Il peut s'agir d'un formulaire de tarification, d'un dossier médical ou encore d'un registre.
Les documents internes doivent être conservés pendant 3 ans.
 - Un **mandat écrit** par lequel le dispensateur autorise le signataire de l'attestation globale à porter en compte ses propres prestations.
 - Le signataire de l'attestation globale de soins donnés doit être médecin ou, à défaut, exercer la profession à laquelle les prestations attestées se rapportent, en l'occurrence un praticien de l'art infirmier.

Attention : si des documents internes existent, le dispensateur demeure responsable de l'exactitude (réalité et conformité) des prestations attestées.

5.11.3 J'atteste par le biais du tiers payant

- ✓ Pour pouvoir appliquer le régime du tiers payant, il faut remplir les conditions suivantes :
 - En informer le Service des soins de santé (par lettre recommandée ou lors de l'adhésion à la Convention nationale).
 - Appliquer le régime du tiers payant à tous les bénéficiaires et pour toutes les prestations.

Vérification de la documentation jusqu'au **22.11.2006**

Les textes du présent syllabus ont une valeur indicative et ne peuvent servir d'interprétation aux dispositions légales ou réglementaires



- Facturer sur un support magnétique avant la fin du mois qui suit celui au cours duquel la prestation a été effectuée. De plus amples informations concernant la facturation sur support magnétique sont disponibles dans la Convention nationale ou sur le site Internet de l'INAMI : <http://inami.fgov.be/care/fr/infos/bill/index.htm>

5.11.4 Comment obtenir mes attestations de soins donnés ?

Nouvelle procédure à partir du 1er juillet 2006. Voir :

<http://www.inami.be/care/fr/attest.htm>

Où commander ? : Vous commandez à La Poste, et non plus au SPF Finances.

Comment commander ?

- Par internet sur www.medattest.be (vous avez reçu par courrier votre identifiant et votre code d'activation)

- Par courrier postal : via un [bon de commande](#) (PDF-43Kb) préimprimé, à envoyer sous enveloppe préaffranchie à « INAMI - attestations, boîte postale 10011, 1740 Ternat »

- Par fax : faxer le bon de commande préimprimé complété au 02 568 18 81

Des questions ?

- Centre de contact : 02/274.09.34, chaque jour ouvrable de 8h à 19 h et le samedi de 8h30 à 12h00

5.12 Quand puis-je/dois-je appliquer le régime du tiers payant ?

Dans le régime du tiers-payant, ce n'est pas le bénéficiaire mais le dispensateur qui recouvre le quote-part remboursable de la prestation directement auprès de la mutualité du bénéficiaire. A cet effet il envoie l'ASD à la mutualité en question.

Si l'on opte pour le régime du tiers-payant, il faut appliquer ce régime pour tous les bénéficiaires.

5.13 Combien puis-je/dois-je porter en compte ?

5.13.1 Si j'ai adhéré à la Convention nationale

Vous devez respecter les montants maximums tels qu'ils sont fixés dans la Convention nationale et il n'est pas autorisé de réclamer des frais de déplacement vers le domicile du bénéficiaire, sauf dans les cas mentionnés dans l'art. 4, § 2 de la Convention nationale.

5.13.2 Si je n'ai pas adhéré à la Convention nationale

- ✓ Je fixe librement mes honoraires, sauf pour les bénéficiaires du régime préférentiel (VIPO), les **patients palliatifs** et les **patients diabétiques**.

5.14 Quel est le montant du ticket modérateur ?

5.14.1 Dans le cadre du régime de l'assurance obligatoire



Le montant du remboursement des prestations de soins infirmiers dans le cadre de l'assurance obligatoire dépend :

- ✓ 1) de la catégorie des assurés : avec ou sans régime préférentiel (VIPO) ;
- ✓ 2) de la nature des prestations (par exemple : pas de quote-part personnelle pour les forfaits palliatifs) ;
- ✓ 3) du fait que le dispensateur de soins est conventionné ou non : pour l'infirmier qui n'est pas conventionné, le remboursement est réduit de 25 % **sauf pour les bénéficiaires avec régime préférentiel qui bénéficient du même tarif de remboursement** (art 49, § 5 de la loi du 14.7.1994).

5.14.2 Pour les travailleurs indépendants (voir art. 1^{er} de l'A.R. du 29.12.1997

- ✓ Les prestations de soins infirmiers ne font pas partie de l'assurance obligatoire pour travailleurs indépendants, sauf dans le cadre des soins aux personnes hospitalisées.
Le remboursement des soins infirmiers ambulatoires dispensés aux travailleurs indépendants est uniquement possible dans le cadre de l'assurance libre.

5.14.3 Suis-je obligé de demander le ticket modérateur ?

Jusqu'à présent il n'y a aucune obligation de demander le ticket modérateur pour des soins infirmiers.

5.15 Qu'implique la Convention nationale pour les praticiens de l'art infirmier ?

5.15.1 Qu'est-ce qu'une convention ?

Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs, d'une part, et entre autres les praticiens de l'art infirmier, d'autre part, sont normalement régis par Convention (art. 42 de la loi du 14.7.1994).

5.15.2 Que fixe-t-on dans une Convention ?

- ✓ Les prix et les honoraires : ceux-ci sont calculés en déterminant des facteurs au moyen desquels il faut multiplier les valeurs relatives « **W** ».
Des montants d'honoraires préférentiels peuvent également être prévus, notamment pour les VIPO.
- ✓ L'indemnisation de certains frais de transport.
- ✓ Les modalités d'application du régime du tiers payant et de perception du ticket modérateur.
- ✓ Les sanctions éventuelles en cas de non-respect de la Convention nationale.



5.15.3 Comment une Convention est-elle conclue ?

- ✓ La Convention peut être conclue au niveau national et/ou au niveau régional (art. 43 de la loi du 14.7.1994).
- ✓ L'adhésion est individuelle (art. 45 de la loi du 14.7.1994).
- ✓ Si une Convention n'a pu être établie, le Service des soins de santé propose, pour l'ensemble des organismes assureurs, à l'adhésion de chaque praticien de l'art infirmier, tout autre texte de convention établi par le Comité de l'assurance (art. 49, §§ 1^{er} et 5 de la loi du 14.7.1994).
- ✓ Si plus de 60 % des praticiens de l'art infirmier adhèrent à la Convention, celle-ci est applicable. Si ce pourcentage de 60 % n'est pas atteint, le Roi peut fixer lui-même les tarifs maximums des honoraires et des prix. Si le quorum n'est pas atteint au niveau national mais bien au niveau régional, la Convention peut s'appliquer dans la région.

5.15.4 Quelle est la durée de validité d'une Convention ?

- ✓ Normalement, la Convention est conclue pour une période de deux ans minimum. Toutefois, dans des circonstances exceptionnelles, cette période peut être plus courte.
- ✓ Sauf stipulations contraires, la Convention est reconduite tacitement d'année en année, sauf préavis donné au plus tard trois mois avant la date d'expiration prévue (art. 49, § 4, de la loi du 14.7.1994).
- ✓ Les personnes qui ont adhéré à une Convention sont, sauf manifestation contraire de leur volonté, censées maintenir leur adhésion à cette Convention si elle est reconduite tacitement ou à toute Convention nouvelle qui se substitue à celle qui est venue à expiration (art. 49, § 3, alinéa 1^{er} de la loi du 14.7.1994).
- ✓ Des conditions particulières sont prévues pour un dispensateur qui quitte l'entreprise pour laquelle il travaillait lorsqu'il a adhéré à la Convention (art. 49, § 3, alinéa 2 de la loi du 14.7.1994).
- ✓ La Commission de conventions peut, en cas d'abus, résilier la Convention unilatéralement pour une durée déterminée ou indéterminée.
En aucun cas, la diminution de l'intervention de l'assurance obligatoire résultant de cette résiliation ne peut être récupérée par le dispensateur concerné à charge des bénéficiaires (art. 49, § 3bis de la loi du 14.7.1994).

6 Annexes

Un hyperlien vers les documents en question est prévu pour la version électronique.

Pour la version papier, le texte des documents est joint ci-après.



6.1 Qu'est ce que je peux trouver sur le site d'internet de l'INAMI ?

Les autres documents utiles suivants sont consultables sur le site de l'INAMI :

<http://inami.fgov.be/care/fr/other/infirmiers/index.htm>

- Article 8 de la nomenclature des prestations de santé
- La Convention Nationale
- Les circulaires
- Les tarifs
- Autres dispositions légales (entre autres la tenue d'un registre de prestations)

6.2 Adresses des commissions médicales provinciales

Nederlandstalige Geneeskundige Commissie van Brabant

Philipssite 3B bus 1 3001 Leuven (Heverlee)

Heures d'ouverture : les mardi et jeudi de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 15 heures 30

tél. 016/31.89.22 fax. 016/31.89.17

martine.roelants@health.fgov.be

Provinciale Geneeskundige Commissie van Antwerpen

Theaterbuilding 13e verd Italiëlei 124/70 2000 Antwerpen

Heures d'ouverture : les mardi et jeudi de 9 heures 30 à 12 heures et de 14 heures à 16 heures

tél. 03/213.80.20

pgc.antwerpen@skynet.be

Commission Médicale du Brabant d'expression française

DG2 – bur. 2 E 26 – place Victor Horta 40/10 1060 Bruxelles

Heures d'ouverture : les mardi et jeudi de 14 heures à 16 heures

tél. 02/524.97.72 fax 02/524.99.20

veronique.souvel@health.fgov.be

Provinciale Geneeskundige Commissie van West-Vlaanderen

Hoogstraat 9 8000 Brugge

Heures d'ouverture : tous les matins de 9 heures à 11 heures (sauf le vendredi)

tél. 050/44.33.80 fax 050/44.33.85

pgc.gibrugge@skynet.be

Provinciale Geneeskundige Commissie van Oost-Vlaanderen

St Lievenslaan 23 9000 Gent

Heures d'ouverture : les lundi, mercredi, jeudi et vendredi de 9 heures à 12 heures

tél. 09/268.64.50 fax 09/225.62.31

pgc.gigent@skynet.be

Commission Médicale Provinciale du Hainaut

Grand'rue 67-69 7000 Mons

Vérification de la documentation jusqu'au **22.11.2006**

Les textes du présent syllabus ont une valeur indicative et ne peuvent servir d'interprétation aux dispositions légales ou réglementaires



tél. 065/39.48.80
ihmons@skynet.be

Commission Médicale Provinciale de Liège
Bd Frère Orban 25 4000 Liège
tél 04/229.76.01
ihliege@skynet.be

Provinciale Geneeskundige Commissie van Limburg
TT Center – TT 14 5de verd – St Jozefstraat 10/5 3500 Hasselt
Heures d'ouverture : les mardi et jeudi de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 16 heures
tél. 02/524.78.02
gilimburg@skynet.be

Commission Médicale Provinciale du Luxembourg
rue du Docteur Lomry 3 6800 Libramont
tél. 061/23.00.73 - fax 061/23.43.79
ihlibramont@skynet.be

Commission Médicale Provinciale de Namur
Résidence les Célestines
Place des Célestines 25 4^e étage 5000 Namur
tél. 081/30.19.21 ext. 36 fax 081/30.76.26
ihnamur@skynet.be