



Infobox INAMI

La réglementation décryptée pour l'infirmier en soins à domicile

MARS 2016



.be

Cher lecteur,

Cet Infobox est destiné à faciliter votre vie professionnelle : nous avons rassemblé la réglementation importante pour votre profession et vous la présentons de façon compréhensible.

Il explique la Loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités (Loi ASSI) et se complète d'informations utiles concernant d'autres législations ou réglementations. Une bonne connaissance de celles-ci vous permettra de les appliquer correctement.

Il est divisé en quatre parties :


- la 1^{re}, « Cadre légal d'activité », traite des aspects administratifs de la profession (formation, agrément, responsabilisation, convention)
- la 2^e, « Attestation des prestations de soins infirmiers », explique comment attester les prestations (avec la nomenclature)
- la 3^e, « L'infirmier(e) et son patient », aborde l'assurance maladie du point de vue du patient (assurabilité, remboursements, MAF, droits du patient).
- la 4^e, « Communication », fournit des renseignements pratiques pour l'échange d'informations entre vous et d'autres partenaires du secteur des soins de santé et indemnités.

L'Infobox est une source d'informations. Afin de vous aider dans vos recherches, nous avons porté toute notre attention sur trois outils qui devraient vous aider à retrouver les réponses à vos questions :

- la table des matières, rédigée souvent sous forme de questions
- l'index
- les liens vers les pages web du site de l'INAMI et d'autres sites.

L'Infobox est basé sur et tente d'expliquer les textes officiels, mais il ne les remplace pas. Seuls ceux-ci ont force de loi. Les dates indiquées concernent la promulgation des lois. Les extraits de textes de loi sont mentionnés *en italique et en bleu*.

La réglementation évoluant en permanence, un recueil des « modifications récentes » est annexé à l'Infobox sur le site et permet de disposer des informations actualisées.

 Une version électronique de l'Infobox (et des éventuelles modifications récentes) est disponible sur : www.inami.be, Publications > Aperçu de nos publications > Sur le thème des soins de santé > Infirmier en soins à domicile.

Les législations auxquelles nous faisons référence sont à consulter sur :

- notre site : www.inami.be > Programmes web > Docleg : banque de données relative à la réglementation
- celui du SPF Justice : www.just.fgov.be > Législation belge.

Vos remarques et vos questions : infoteam.dgec.secm@inami.fgov.be.

Cette version est arrêtée au 31 mars 2016.

Nous vous en souhaitons un bon usage.

Docteur Bernard HEPP

Médecin-directeur-général

Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

Sommaire

1 ^{re} Partie - Cadre légal d'activité.....	7
I. Agrément.....	8
II. La Commission médicale provinciale (CMP).....	8
1. Compétences.....	8
2. Composition.....	9
3. Tâches principales.....	9
III. Obtenir un numéro INAMI.....	10
1. Demande du numéro.....	10
2. Le numéro INAMI.....	10
3. L'agrément d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière.....	11
4. Infirmiers relais.....	12
5. Enregistrement auprès de la Banque-Carrefour des entreprises.....	12
6. Affiliation à une caisse d'assurances sociales.....	12
IV. Les actes de l'Art infirmier.....	13
1. Quelles sont les actes que vous pouvez effectuer ?.....	13
2. Quelles sont les prestations techniques de l'Art infirmier ?.....	14
3. Quels sont les actes médicaux qu'un médecin peut vous confier ?.....	18
V. Responsabilité sociale, financière et juridique du dispensateur de soins.....	19
1. Des limitations sont-elles imposées à la liberté thérapeutique des médecins et des dentistes ?.....	19
2. Quelle est votre responsabilité vis-à-vis de l'assurance soins de santé en tant que dispensateur de soins ?.....	19
3. Qui est responsable financièrement pour des prestations remboursées à tort par l'assurance soins de santé ?.....	20
4. De quelle manière pouvez-vous être reconnu responsable de vos actes ?.....	20
5. Devez-vous assurer votre responsabilité civile professionnelle ?.....	21
6. Pouvez-vous interrompre un traitement avec un patient ?.....	21
7. Pouvez-vous refuser d'effectuer un acte ?.....	21
8. Pouvez-vous faire de la publicité pour votre activité ?.....	22
VI. Convention nationale entre les infirmiers et les Organismes assureurs.....	22
1. Contenu.....	22
2. Procédure.....	23
3. Refus d'adhésion.....	23
4. Adhésion.....	23
5. Dénonciation.....	23
6. Information des patients.....	24
7. Mesures en cas de non-respect de la convention.....	24

VII. Mesures de soutien	24
1. Prime à l'achat d'un logiciel.....	24
2. Intervention forfaitaire pour les services de soins à domicile dans leurs frais de gestion spécifiques.....	25
3. Formation continue	
4. Prime si vous possédez la qualification particulière en diabétologie	25
5. Le complément fonctionnel	25
VIII. Comment sont organisées les “maisons médicales” ?	26
IX. Dispensateur de soins et INAMI	27
1. L'INAMI	27
2. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).....	28
3. Quelles sont les compétences du personnel d'inspection du SECM ?	30

2^e Partie - Attestation des prestations..... 33

I. L'attestation de soins donnés	34
II. Quand devez-vous utiliser l'ASD ?	35
1. Devez-vous délivrer une ASD ?	36
2. Comment pouvez-vous commander des ASD ?	36
3. Pouvez-vous utiliser les ASD d'un confrère ?	36
4. Comment devez-vous compléter l'attestation ?	37
5. Qu'est-ce que la souche fiscale (ou reçu) ?	38
6. Quand devez-vous remettre l'attestation et le reçu ?	38
7. Qu'est-ce que le double fiscal ?	39
8. Quand devez-vous remettre au patient un document justificatif des prestations effectuées ?	39
9. Comment pouvez-vous attester pour le compte d'autrui ?	39
10. Attestation via un service de tarification.....	40
11. Attestation en tiers-payant	40
12. Attester et communiquer via MyCareNet	41
13. Combien de temps devez-vous conserver vos carnets d'ASD utilisés ?	41
III. Attester en fonction de la nomenclature	41
1. Attester et prescrire en fonction de votre qualification.....	41
2. Qu'est-ce que la nomenclature ?	42
3. Quand une prestation est-elle remboursable ?	43
4. Devez-vous respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature ?	43
5. Pouvez-vous attester des frais de déplacement ?	43
6. Où pouvez-vous trouver la nomenclature ?	44
7. Quelle est la base légale de la nomenclature ?	44
8. Qui établit la nomenclature ?	44
IV. La Nomenclature des prestations de soins infirmiers	45
1. Classification des prestations de soins infirmiers	45
2. Règles d'application	47
3. Mention des pseudocodes	48

V.	Informations complémentaires relatives à l'application de la nomenclature.....	48
1.	Règles s'appliquant à la prescription	48
2.	Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations pour des soins infirmiers dispensés à l'hôpital ?	49
3.	Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations pour des soins dispensés dans les institutions de repos et de soins ?	50
4.	Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations pour des soins dispensés dans des résidences-services ?	50
5.	Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations pour des soins dispensés pendant une visite ou une consultation ou une prestation technique d'un médecin ?	50
6.	Pouvez-vous attester des prestations couvertes par une autre assurance ?	50
7.	Pouvez-vous attester des prestations effectuées à l'étranger ?	51
8.	Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations partiellement ou intégralement effectuées par des personnes non compétentes ?	51
9.	Pouvez-vous attester des actes effectués par des aides-soignants ?	51
VI.	Le dossier infirmier	52
1.	Devez-vous constituer un dossier infirmier pour chaque patient ?	52
2.	Quelles données le dossier infirmier doit-il contenir ?	52
3.	Combien de temps devez-vous conserver le dossier infirmier ?	52
4.	Qui est responsable du dossier infirmier ?	52
VII.	Explications concernant les prestations de soins infirmiers	53
1.	Le nombre de séances que vous pouvez attester par jour et par patient est-il limité ?	53
2.	Le nombre de prestations que vous pouvez attester par séance est-il limité ?	53
3.	Le nombre de prestations que vous pouvez attester par jour pour un bénéficiaire est-il limité ?	54
4.	A quelles conditions pouvez-vous attester une prestation de base ?	55
5.	A quelles conditions pouvez-vous attester un des forfaits de la rubrique II (patients lourdement dépendants) ou de la rubrique IV (patients palliatifs) ?	55
6.	A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations spécifiques pour patients palliatifs des rubriques IV et V ?	56
7.	A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations spécifiques pour patients diabétiques de la rubrique VI ?	56
8.	A quelles conditions pouvez-vous attester la prestation avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, suivi d'un accord du médecin-traitant (424896)?	59
9.	A quelles conditions pouvez-vous attester la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale (424874) ?	60
10.	A quelles conditions pouvez-vous attester des toilettes ?	60
11.	A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations de soins de plaies spécifiques ?	62
12.	A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers ?	63
13.	A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers 427534, 427556 et 427571 ?	64
14.	A quelles conditions pouvez-vous attester les codes 425375, 425773 et 426171 (nutrition parentérale) ?	64
15.	A quelles conditions pouvez-vous attester des prestations pendant un week-end ou des jours fériés ?	65
16.	A quelles conditions pouvez-vous attester la consultation infirmière ?	65
17.	Pour quelles prestations existe-t-il une procédure de notification ?	65

18. Comment devez-vous compléter l'échelle d'évaluation (échelle de Katz) ?	66
19. Le médecin-conseil peut-il modifier l'échelle d'évaluation que vous avez établie ?	67
20. Qui doit attester si, dans le cadre d'un forfait plusieurs prestataires de soins interviennent pour réaliser des soins chez un même patient au cours de la même journée ?	67
21. Des questions au sujet de l'interprétation correcte de la nomenclature ?	67

3^e Partie - L'infirmier(e) et son patient..... 69

I. Différents types d'assurances soins médicaux.....	70
1. L'assurance obligatoire "soins de santé" pour les assujettis à la sécurité sociale belge.....	70
2. L'assurance complémentaire des mutualités	70
3. Les assurances dans d'autres régimes	70
4. Les assurances privées et individuelles.....	71
5. L'assurance « soins » ou « dépendance » en Flandre.....	71
6. Des assurances particulières	71
II. L'assurabilité « soins de santé » du patient.....	72
1. Assujetti à la sécurité belge.....	72
2. Personne en séjour temporaire en Belgique.....	73
3. Demandeur d'asile.....	74
III. Intervention du patient pour les soins médicaux : le ticket modérateur	75
1. En quoi consiste le ticket modérateur ?	75
2. Le ticket modérateur est-il toujours le même ?	75
IV. Le maximum à facturer (MAF)	78
V. Soins dispensés par des services intégrés de soins à domicile	79
VI. Le tiers-payant	79
VII. Trajets de soins.....	80
VIII. Droits du patient	80
1. Définitions et champ d'application	80
2. De quels droits le patient bénéficie-t-il ?	80
3. Qui représente le patient si celui-ci est mineur ou incapable d'exercer ses droits lui-même ?	83
IX. Le patient en soins palliatifs à domicile.....	84
1. Qu'entend-on par "patient palliatif à domicile" ?	84
2. Démarches à accomplir pour la reconnaissance du statut "patient palliatif à domicile" ?	84
3. De quels avantages le patient palliatif à domicile bénéficie-t-il ?.....	84
4. Pouvez-vous faire appel à des services spécialisés ?.....	85
X. Euthanasie	85
XI. Le Fonds des accidents médicaux.....	86

4^e Partie - Communication..... 87

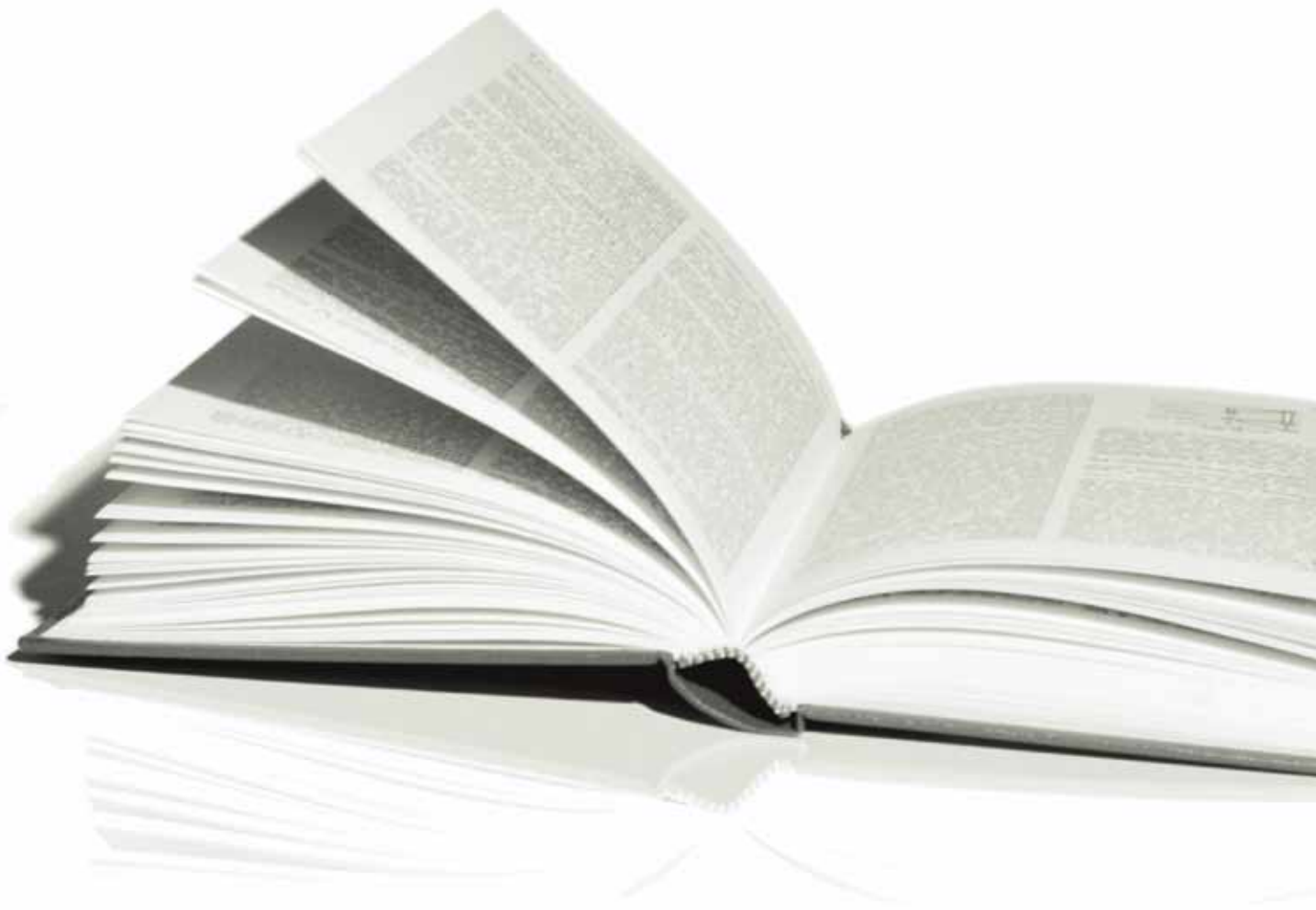
I.	Circulaires.....	88
II.	Le site de l'INAMI : www.inami.be.....	88
III.	e-HealthBox	89
IV.	Plus d'informations	90
V.	Changement d'adresse	90
VI.	Adresses des Commissions médicales provinciales.....	91
	1. Brabant d'expression française	91
	2. Hainaut.....	91
	3. Liège	91
	4. Luxembourg.....	91
	5. Namur	92
	6. Antwerpen.....	92
	7. Limburg.....	92
	8. Nederlandstalige Brabant	92
	9. Oost-Vlaanderen.....	92
	10. West-Vlaanderen.....	92

Annexes 93

Acronymes	94
Index.....	95

1^{re} Partie

Cadre légal d'activité





Cette 1^{re} partie aborde les aspects administratifs de la profession. Elle explique notamment les démarches que vous devrez entreprendre pour pouvoir pratiquer (agrément, numéro INAMI, compétences, etc.). Elle liste les prestations que vous pourrez ensuite effectuer, et présente vos responsabilités sociale, financière, juridique et déontologique. Quelles sont les missions de l'INAMI ? Que contient la convention entre les Organismes assureurs et les infirmier(e)s ?

I. Agrément

Pour obtenir votre agrément, vous devez :

- faire viser votre diplôme auprès du SPF Santé publique.



Vous devez suivre la procédure électronique prévue sur le site : www.health.belgium.be > Soins de santé > Professions de santé : Infirmiers > La procédure.

- obtenir l'agrément du SPF Santé publique si vous revendiquez un titre professionnel particulier¹.



Pour des informations complémentaires et les formulaires de demande d'agrément : www.health.belgium.be, Soins de santé > Professions de santé : Infirmiers > Accès à la profession > Titre professionnel particulier.

II. La Commission médicale provinciale (CMP)

La possession d'un visa signifie que le diplôme est valable et que votre état physique et psychique est conciliable avec l'exercice de l'Art ou de la profession².

1. Compétences

La CMP de la province où vous exercez est compétente pour juger de l'aptitude physique et psychique pour exercer l'Art ou la profession. Elle peut suspendre ou retirer le visa ou imposer des restrictions quant à son maintien, notamment lorsque votre comportement pourrait entraîner de graves conséquences pour vos patients ou la santé publique.



L'appel contre le retrait du visa n'est pas suspensif³, vous ne pouvez donc plus exercer votre profession tant que la procédure d'appel n'est pas terminée.

1. Arrêté Royal (A.R.) du 18-04-2013, art. 15 à 18.

2. Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé coordonnée le 10-05-2015 (nommée Loi professions de santé), art. 119.

3. Plus d'information sur la procédure : A.R. du 07-10-1976 relatif à l'organisation et au fonctionnement des commissions médicales.

2. Composition⁴

La Commission médicale provinciale est composée :

- d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire (qui est l'Inspecteur d'Hygiène Fédéral), médecins, et qui constituent le Bureau
- de 2 membres effectifs et 2 suppléants de chaque groupe suivant : médecins, pharmaciens, praticiens de l'Art dentaire, vétérinaires, sages-femmes, praticiens de l'Art infirmier, kinésithérapeutes
- d'un membre effectif et d'un suppléant de chaque groupe suivant : aide-soignant, audiologue et audicien, ergothérapeute, orthoptiste, logopède, technologue en imagerie médicale et technologue de laboratoire médical
- d'un membre effectif et d'un membre suppléant des pratiques non-conventionnelles (acupuncteur, homéopathe, ostéopathe, chiropracteur)
- d'un membre fonctionnaire de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

3. Tâches principales⁵

- proposer au gouvernement toute mesure pouvant contribuer à la santé publique (entre autres en cas de crises d'ordre sanitaire)
- veiller à la collaboration des dispensateurs de soins à l'exécution des mesures prises par le gouvernement en vue de prévenir ou de combattre des maladies transmissibles ou des maladies pour lesquelles existe une obligation de déclaration
- accorder (sous conditions ou non) ou retirer le visa
- détecter et signaler au parquet l'exercice illégal des professions des soins de santé et des pratiques non conventionnelles
- veiller à ce que les professions des soins de santé et les pratiques non conventionnelles soient exercées conformément aux lois et règlements
- d'informer les personnes intéressées des décisions prises envers un professionnel des professions des soins de santé et des pratiques non conventionnelles en matière d'exercice de son activité
- faire connaître aux Ordres intéressés les fautes professionnelles reprochées aux praticiens
- superviser les services de garde des professions de santé (médecins, pharmaciens, praticiens de l'Art dentaire et sages-femmes) et, en cas de manque, éventuellement imposer elle-même une organisation pour la garde
- surveiller les ventes publiques comprenant des médicaments.

4. Loi professions de santé, art. 118.

5. Loi professions de santé, art. 119.

III. Obtenir un numéro INAMI

1. Demande du numéro

Vous découvrirez les démarches que vous devez effectuer pour obtenir votre numéro INAMI en suivant le lien ci-dessous.

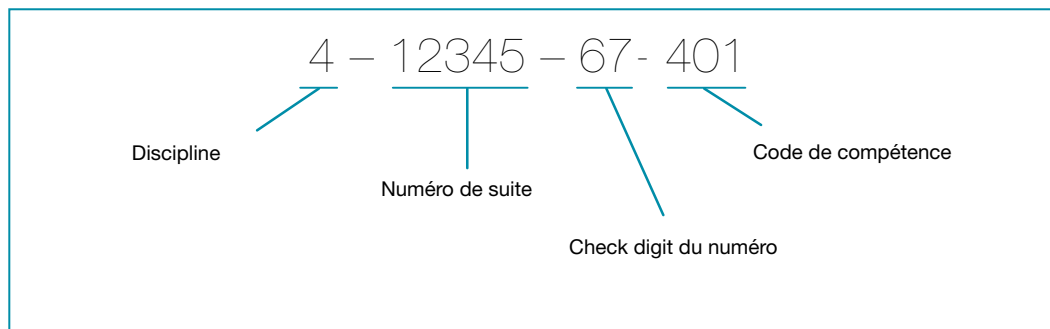


Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé > Infirmiers > Obtenir un numéro INAMI comme infirmier.

2. Le numéro INAMI

L'INAMI vous attribue un numéro d'identification unique, composé de onze chiffres. Vous devez le mentionner sur chaque document officiel (attestations, courrier, échelles d'évaluation,...).

Description d'un numéro :



Vous ne pouvez attester des prestations qu'à partir de la date de l'obtention de votre numéro INAMI.

Ce numéro est uniquement requis si vous effectuez et attestez des prestations de la nomenclature. Il n'est donc pas nécessaire si, par exemple, vous dispensez uniquement des soins dans un hôpital. Si vous travaillez dans une maison de repos pour personnes âgées, il est conseillé de disposer de ce numéro INAMI pour des raisons administratives.

Les principaux codes de compétence pour les praticiens de l'Art infirmier sont les suivants :

Tableau 1 - principaux codes de compétence pour les praticiens de l'Art infirmier	
Code	Compétence
002	Accoucheuses, autorisées à effectuer des prestations obstétricales
401	Infirmières graduées et assimilées
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
407	Hospitalières et assimilées
408	Infirmières brevetées
411	Infirmiers(ères) gradué(e)s (reconnaissance dans le cadre de la CEE)*
417	Hospitalier(ères) (reconnaissance dans le cadre de la CEE)*
418	Infirmiers(ères) (reconnaissance dans le cadre de la CEE)*
421	Infirmiers gradués et assimilés + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
422	Accoucheuses + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
428	Infirmiers brevetés et assimilés + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
431	Infirmiers gradués, reconnaissance dans le cadre de la CEE + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
438	Infirmiers brevetés, reconnaissance dans le cadre de la CEE + infirmiers relais en matière de soins de plaie(s)
441	Infirmiers gradués et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète
442	Accoucheuses + infirmiers relais en matière de diabète
448	Infirmiers brevetés et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète
458	Infirmiers brevetés, reconnaissance dans le cadre de la CEE + infirmiers relais en matière de diabète
461	Infirmiers gradués et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
462	Accoucheuses + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
468	Infirmiers brevetés et assimilés + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
471	Infirmiers gradués, reconnaissance dans le cadre de la CEE + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
478	Infirmiers brevetés, reconnaissance dans le cadre de la CEE + infirmiers relais en matière de diabète et soins de plaie(s)
Pas de numéro spécifique	Infirmiers gradués ou brevetés ayant une expertise particulière en soins palliatifs
541	Infirmiers gradués + éducation en diabétologie pour les trajets de soins
548	Infirmiers hospitaliers + éducation en diabétologie pour les trajets de soins
561	Infirmiers gradués + infirmiers relais en soins de plaies + infirmiers relais en diabétologie + infirmiers éducation en diabétologie pour les trajets de soins
568	Infirmiers hospitaliers + infirmiers relais en soins de plaies + infirmiers relais en diabétologie + infirmiers éducation en diabétologie pour les trajets de soins

* Communauté Economique Européenne.

3. L'agrément d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière⁶

Les titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières sont énumérés dans l'arrêté royal (A.R.) du 27 septembre 2006.



Plus d'information sur : www.health.belgium.be, Soins de santé > Professions de santé > Infirmiers > Accès à la profession > Titres professionnels particuliers.

4. Infirmiers relais

Les infirmiers relais peuvent attester certaines prestations spécifiques en matière de soins de plaies et de diabète.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Les infirmiers relais en soins de plaies et en diabétologie.

5. Enregistrement auprès de la Banque-Carrefour des entreprises

Tout dispensateur travaillant en tant qu'indépendant doit s'inscrire à la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE)⁷.

Si vous exercez en tant que personne :

- physique, vous devez effectuer les démarches auprès d'un guichet d'entreprise⁸
- morale (S.A., SPRL, etc.), le notaire procède à l'inscription dans la Banque-Carrefour des Entreprises, au dépôt de l'acte constitutif au greffe du SPF Justice et à l'envoi de celui-ci au Moniteur belge.

Tout dispensateur indépendant reçoit le statut « d'entreprise non-commerciale de droit privé ».

Votre numéro d'inscription doit être repris sur le reçu des attestations de soins donnés (voir 2^e Partie, II. 6.).



Plus d'informations sur le site du SPF Economie : www.economie.fgov.be, rubrique Banque-Carrefour des entreprises > Entreprises et indépendants > Inscription à la banque carrefour.

6. Affiliation à une caisse d'assurances sociales

Lorsque vous avez une activité de travailleur indépendant, vous êtes tenu de vous affilier à une caisse d'assurances sociales.

a. Délai d'affiliation

Vous devez être affilié à une caisse d'assurances sociales de votre choix dès le jour où débute votre activité. Si vous ne vous êtes pas affilié au plus tard le jour où vous débutez votre activité :

- vous courez le risque de devoir payer une amende administrative de 500 à 2.000 EUR
- vous recevrez une mise en demeure vous donnant encore un délai de 30 jours. Passé ce délai de 30 jours, si votre affiliation n'a toujours pas eu lieu, vous serez automatiquement affilié à la Caisse nationale auxiliaire.

b. Cotisations sociales

Tous les trois mois, votre caisse d'assurances sociales vous réclame des cotisations sociales.

7. Loi concernant l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (dite Loi ASSI), art. 73quater § 1.

8. A.R. du 22-06-2009 portant sur les modalités d'inscription des entreprises non-commerciales de droit privé dans la Banque-Carrefour des Entreprises, art. 6.

c. Droits

Vos cotisations vous donnent droit à :

- des allocations familiales
- une pension
- l'assurance maladie
- l'assurance continuée
- l'assurance en cas de faillite.



Plus d'informations sur le site : www.rsvz-inasti.fgov.be, rubrique Indépendants.

IV. Les actes de l'Art infirmier

1. Quelles sont les actes que vous pouvez effectuer ?

La réglementation entend par exercice de l'Art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes⁹ :

- "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 aux articles 5 § 1^{er} alinéas 2 et 3 et 21 quinquies § 1^{er} c)."

2. Quelles sont les prestations techniques de l'Art infirmier ?

Une liste¹⁰ énumère 2 types de prestations, celles qui :

- ne nécessitent pas une prescription (B1)
- requièrent une prescription (B2).

 La condition de prescription mentionnée ci-dessus doit être considérée par rapport à la compétence qu'a le praticien pour pouvoir effectuer l'acte de soins et non par rapport au remboursement de cet acte suivant la nomenclature (voir 2^e Partie, III.).


 Une version tenue à jour de cette liste est disponible sur le site du SPF Santé publique : www.health.belgium.be, Soins de santé > Professions de santé : Infirmiers > Législation > A.R. du 18 juin 1990 Prestations techniques infirmiers (nouvelle version).

Tableau 2 : Liste des prestations techniques de l'Art infirmier	
B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
1. Traitements	
Système respiratoire	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aspiration et drainage des voies aériennes ○ Soins infirmiers et surveillance auprès des patients ayant une voie respiratoire artificielle ○ Manipulation et surveillance d'appareils de respiration contrôlée ○ Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens non-invasifs ○ Administration d'oxygène 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manipulation et surveillance d'un système de drainage thoracique ○ Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens invasifs
Système circulatoire	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place d'un cathéter intraveineux dans une veine périphérique, prélèvement de sang et perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique, éventuellement avec l'usage d'un régulateur de débit ○ Mise en place d'une perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique via un système porte sous cutané connecté à une veine, prélèvement de sang et utilisation d'un régulateur de débit 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enlèvement d'un cathéter artériel ou veineux profond ○ Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses ○ Préparation, administration et surveillance de perfusions et de transfusions intraveineuses éventuellement moyennant l'emploi d'appareils particuliers ○ Surveillance et manipulation d'appareils de circulation extracorporelle et de contre pulsion ○ Prélèvement et traitement de sang transfusionnel et de ses dérivés ○ La saignée

10. A.R. du 18-06-1990, en application de la Loi professions de santé, art. 46 § 3 annexe I.

B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
1. Traitements	
Système digestif	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enlèvement manuel de fécalome 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, réalisation et surveillance d'un : <ul style="list-style-type: none"> ○ lavage gastrique ○ lavage intestinal ○ lavement ○ tubage et drainage gastro-intestinal ○ Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde de gastrostomie à ballonnet.
Système urogénital et obstétrique	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Irrigation vaginale ○ Soins vulvaires aseptiques 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, administration et surveillance : <ul style="list-style-type: none"> ○ d'un sondage vésical ○ d'une instillation urétrale ○ d'un drainage de l'appareil urinaire ○ Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet
Peau et organes des sens	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, réalisation et surveillance de : <ul style="list-style-type: none"> ○ soins de plaies cutanées ○ soins aux stomies, plaies avec mèches et drains ○ enlèvement de corps étrangers non incrustés dans les yeux 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, réalisation et surveillance : <ul style="list-style-type: none"> ○ pour l'enlèvement de matériels de suture ○ pour l'enlèvement de mèches, de drains et de cathéters cutanés ○ du lavage du nez, des oreilles et des yeux ○ de thérapies utilisant la chaleur et le froid ○ de bains thérapeutiques ○ enlèvement d'un cathéter épidural ○ Application thérapeutique d'une source de lumière ○ Application de ventouses, sangsues et larves
Métabolisme	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, réalisation et surveillance d'une : <ul style="list-style-type: none"> ○ hémodialyse ○ hémoperfusion ○ plasmaphérèse ○ dialyse péritonéale ○ Maintien du bilan hydrique

B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
1. Traitements	
Administration de médicaments	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation et administration de médicaments par les voies suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ orale (y compris par inhalation) ○ rectale ○ vaginale ○ sous-cutanée ○ intramusculaire ○ intraveineuse ○ respiratoire ○ par hypodermoclyse ○ par cathéter gastro-intestinal ○ par drains ○ application de collyre ○ gouttes auriculaires ○ percutanée ○ Préparation et administration d'une dose d'entretien médicamenteuse par le biais d'un cathéter épidural, intrathécal, intraventriculaire, dans le plexus, placé par le médecin, dans le but de réaliser une analgésie chez le patient ○ Préparation et administration de vaccins
Techniques particulières	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Soins infirmiers aux prématurés avec utilisation d'un incubateur ○ Surveillance de la préparation du matériel à stériliser et de la procédure de stérilisation ○ Manipulation des produits radioactifs 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enlèvement de bandes plâtrées ○ Drainage de liquide cérébral via une dérivation ventriculaire sous contrôle permanent de la pression intracrânienne ○ Application de traitement d'immobilisation de toutes blessures, après manipulation éventuelle par un médecin, ainsi que la mise en place de bandes plâtrées ou de dérivés et l'utilisation d'autres techniques d'immobilisation
2. Alimentation et hydratation	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Alimentation et hydratation entérales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alimentation parentérale
3. Mobilisations	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Installation et surveillance d'un patient dans une position fonctionnelle avec support technique 	
4. Hygiène	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Soins d'hygiène spécifiques préparatoires à un examen ou à un traitement ○ Soins d'hygiène chez les patients souffrant de dysfonction de l'A.V.Q. (activités de la vie quotidienne) 	

B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
5. Sécurité physique	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Transport des patients, nécessitant une surveillance constante ○ Mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance ○ Mesures de prévention des infections ○ Mesures de prévention d'escarres 	
6. Activités de soins infirmiers liées à l'établissement du diagnostic et du traitement	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques ○ Mesure de la glycémie par prise de sang capillaire 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation et assistance* lors d'interventions invasives de diagnostic ○ Manipulation d'appareils d'investigation et de traitement des divers systèmes fonctionnels ○ Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ○ Prélèvement de sang : <ul style="list-style-type: none"> ○ par ponction veineuse ou capillaire ○ par cathéter artériel en place ○ Administration et interprétation de tests intradermiques et cutanés
7. Assistance* lors de prestations médicales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie ○ Préparation du patient à l'anesthésie et à une intervention chirurgicale 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participation à l'assistance et à la surveillance du patient durant l'anesthésie ○ Préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ou médicale ○ Préparation et assistance lors d'un accouchement
8. Prestations réservées aux prestataires infirmiers spécialisés en soins intensifs et d'urgences	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Réanimation cardio-respiratoire avec utilisation de techniques invasives ○ Surveillance des paramètres des systèmes cardiovasculaire, respiratoire et neurologique ○ Utilisation de matériel de surveillance des systèmes cardiovasculaire, respiratoire et neurologique ○ Accueil, évaluation, triage et orientation des patients 	
<p>* Le terme "assistance" utilisé dans la liste ci-dessus implique que le médecin et l'infirmier réalisent conjointement les actes chez un patient et qu'il existe entre eux un contact visuel et verbal direct¹¹.</p>	

3. Quels sont les actes médicaux qu'un médecin peut vous confier ?

La liste suivante (liste **C**¹²) énumère les actes **médicaux** qu'un médecin peut vous confier. Le médecin doit toujours prescrire ces actes qui doivent être exécutés sous des conditions bien déterminées.

1. Préparation et administration d'isotopes et de traitement de chimiothérapie.
2. Préparation et administration de thérapie au moyen de matériel radioactif ou d'appareil d'irradiation.
3. Surveillance des paramètres relevant des différentes fonctions biologiques.
4. Manipulation d'appareils d'imagerie médicale.
5. Analyses, relevant du domaine de la biologie clinique, de liquides corporels, excréments, urines et sang complet, au moyen de techniques simples à proximité du patient, sous la responsabilité d'un laboratoire de biologie clinique agréé à l'exception de la glycémie par prise de sang capillaire.
6. Remplacement d'une canule trachéale.
7. Débridement des plaies de décubitus.
8. Préparation, assistance, instrumentation et soins postopératoires lors d'une césarienne.
9. L'exécution de toutes les prestations de la liste B1 et B2 et les actes médicaux délégués pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum dans la mesure où ils portent sur les pathologies ou les anomalies résultant ou non de la grossesse et dans le cadre de la collaboration pluridisciplinaire au sein des services spécialisés dans la pathologie concernée.
10. Prélèvement sanguin par ponction artérielle.
11. Mise en place d'un cathéter intra-osseuse (uniquement si spécialisé en soins intensifs et d'urgence).

Vous ne pouvez effectuer les prestations techniques de l'Art infirmier et les actes pouvant vous être confiés par un médecin que si vous disposez de la compétence, de la formation et/ou de l'expérience nécessaires pour les exécuter correctement et en toute sécurité¹³.

12. A.R. du 18-06-1990, art. 5 en application de la Loi professions de santé, art. 23 § 1 al. 2 et 3 et art. 46 § 3 annexe II.

13. A.R. du 18-06-1990, art. 4bis.

V. Responsabilité sociale, financière et juridique du dispensateur de soins

1. Des limitations sont-elles imposées à la liberté thérapeutique des médecins et des dentistes ?

La liberté thérapeutique dont jouissent les médecins et les dentistes n'est pas illimitée. Ils doivent s'abstenir de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge de l'assurance soins de santé et indemnités¹⁴.

Il est également interdit d'inciter les dispensateurs de soins à la prescription ou à l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses.

2. Quelle est votre responsabilité vis-à-vis de l'assurance soins de santé en tant que dispensateur de soins ?

Votre responsabilité comprend une limitation de votre liberté thérapeutique :

“Les dispensateurs de soins...s'abstiennent...d'exécuter ou de faire exécuter des prestations inutilement onéreuses ou superflues à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités”¹⁵.

Par conséquent, vous ne pouvez pas dispenser des soins qui seraient inutilement onéreux ou superflus même si ceux-ci ont été prescrits. Vous êtes donc toujours responsable des prestations que vous atteste.

Des mesures (remboursement et/ou amendes) existent si vous attestez des prestations superflues ou inutilement onéreuses. Il en est de même pour **toute personne**, physique ou morale, qui **incite**¹⁶ à la prescription ou à l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses.

Sont légalement assimilées aux dispensateurs de soins, les personnes physiques ou morales qui :

- emploient des dispensateurs de soins
- organisent la dispensation des soins
- organisent la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé¹⁷.

Toutefois, vous êtes tenu d'exécuter rigoureusement la prescription sur le plan médical¹⁸.

14. Loi ASSI, art. 73 § 1.

15. Loi ASSI, art. 73 § 1.

16. Loi ASSI art. 73bis.

17. Loi ASSI, art. 2n.

18. A.R. du 03-07-1996, art. 105.

3. Qui est responsable financièrement pour des prestations remboursées à tort par l'assurance soins de santé ?

Lorsque l'assurance soins de santé a remboursé des prestations, à tort parce que vous n'avez pas la qualification requise ou que vous n'avez pas respecté les dispositions légales ou réglementaires, vous devez rembourser¹⁹ le montant des prestations si :

- vous ayez perçu directement les honoraires
- les prestations ont été payées par le système du tiers-payant.

Toutefois si :

- vous n'avez pas reçu les honoraires pour ces prestations, le patient est solidairement responsable avec vous pour le remboursement dans sa totalité
- une personne physique ou juridique a perçu ces prestations pour son propre compte, cette personne est responsable solidairement avec vous pour le remboursement dans sa totalité.

4. De quelle manière pouvez-vous être reconnu responsable de vos actes ?

Votre responsabilité peut être établie selon différentes réglementations :

- **administrative :**

- selon la loi relative à l'assurance soins de santé indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (dite Loi ASSI²⁰), avec comme organe de contrôle le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)



Plus d'informations : www.inami.be, Publications > aperçu de nos publications > Sur le thème du contrôle > Brochure « le Service d'évaluation et de contrôle médicaux : missions et procédures »

- selon les autres réglementations : la Commission médicale provinciale veille à ce que les professions des soins de santé et les pratiques non conventionnelles soient exercés conformément aux lois et règlements

- **pénale :** selon le droit pénal et le code pénal social²¹. Par exemple en cas :

- d'infractions, au secret professionnel²²
- de fraude sociale²³
- de faux
- de faux en écriture²⁴
- d'usage de faux
- de déclarations inexactes et d'escroquerie en droit pénal social²⁵.

La qualification (juridique) de l'infraction déterminera le tribunal compétent : le tribunal correctionnel ou le tribunal du travail.

19. Loi ASSI, art. 164.

20. Loi ASSI, art. 73bis et 142.

21. Loi du 06-06-2010 introduisant le Code pénal social (CPS).

22. Code pénal, art. 458.

23. CPS, art. 1 § 1.

24. Code pénal, art. 193.

25. CPS, art. 230.

- **civile** : selon le droit civil. Par exemple en cas de dommages résultant d'une erreur médicale ou de soins de santé²⁶.



Plus d'information sur le site du Fonds des accidents médicaux : www.fam.fgov.be. (voir 3^e Partie, XI.).



Il est généralement reconnu que le dispensateur de soins a une obligation de moyens et pas une obligation de résultat vis-à-vis du patient²⁷. Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour obtenir de bons résultats sans garantie quant au succès du traitement.

5. Devez-vous assurer votre responsabilité civile professionnelle ?

La victime d'une faute médicale a droit à la réparation du dommage causé par cette faute²⁸. Cette réparation peut survenir jusqu'à vingt ans après les faits. Votre responsabilité civile reste donc engagée même après l'arrêt de votre activité professionnelle et, éventuellement, votre décès. Vos héritiers pourraient être impliqués. Vous devez donc être assuré à cette fin.

Vous devez d'ailleurs informer vos patients de ce que vous disposez de cette assurance²⁹.

6. Pouvez-vous interrompre un traitement avec un patient ?

Pour un motif légitime, et si vous avez pris au préalable toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins par un autre praticien ayant la même qualification légale, vous pouvez interrompre un traitement³⁰.

7. Pouvez-vous refuser d'effectuer un acte ?

Vous pouvez refuser d'effectuer certains actes pour lesquels vous êtes pourtant compétent mais pas suffisamment qualifié. *«Les prestations techniques et les actes confiés prescrits doivent relever des connaissances et aptitudes normales du praticien de l'Art infirmier³¹.»*

Vous êtes néanmoins supposé pouvoir effectuer les prestations et les actes courants de manière correcte et sûre.

Vous pouvez aussi refuser de participer à ou d'effectuer un acte pour des raisons personnelle ou éthique³².

26. Loi du 31-03-2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

27. Code civil, art. 1137.

28. Code civil, art.1382.

29. Loi du 22-08-2002 sur les droits des patients, art.8/1.

30. Loi professions de santé, art. 26.

31. A.R. du 18-06-1990, art. 7^{quater} § 1.

32. Loi sur l'euthanasie du 28-05-2002, art. 14.

8. Pouvez-vous faire de la publicité pour votre activité ?

Toute publicité vous est interdite (quelque soit le moyen utilisé : journaux, web-site, etc.)³³.

De même, vous ne pouvez pas faire de publicité au sujet de la gratuité des prestations de la NPS, ni faire référence à l'intervention de l'ASSI dans ces prestations³⁴.

Mais vous pouvez porter vos activités à la connaissance du public via par exemple un journal local, un toute-boîte etc.

L'information donnée doit être conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire. Elle ne peut être comparative. Les résultats d'examens et de traitements ne peuvent pas être utilisés.

Elle ne peut inciter à pratiquer des examens et traitements superflus.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Info pour tous > La publicité par des dispensateurs de soins.

VI. Convention nationale entre les infirmiers et les Organismes assureurs³⁵

Une convention est établie entre les infirmiers gradués ou assimilés, les accoucheuses, les infirmiers brevetés, les hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés et les Organismes assureurs selon la procédure ci-après.

1. Contenu

La convention régit les rapports financiers et administratifs entre les patients et les Organismes assureurs, d'une part, et les praticiens de l'Art infirmier, d'autre part³⁶. Cette convention fixe les éléments suivants :

- les prix et les honoraires (art. 3). Certaines catégories de patients peuvent également bénéficier d'une intervention majorée
- l'indemnisation de certains frais de transport (art. 4)
- les modalités d'attestation des prestations, d'application du régime du tiers-payant (art. 6-7) et de perception du ticket modérateur (art. 8)
- les conséquences éventuelles en cas de non-respect de la convention nationale (voir point 7.)
- des mesures de correction en cas de dépassement des objectifs budgétaires (art. 10)
- les soins infirmiers à domicile et le trajet de soins du patient diabétique (art. 10*bis*).

33. Loi professions de santé, art. 122 § 2 2°.

34. Loi ASSI, art. 127 § 2.

35. Convention nationale entre les infirmiers et les organismes assureurs, adaptée le 01-01-2013, dite convention nationale.

36. Loi ASSI, art. 42.

2. Procédure et durée

Normalement, la convention est conclue pour une période de 2 ans minimum. Toutefois, dans des circonstances exceptionnelles, cette période peut être plus courte.

L'adhésion est individuelle³⁷ et la convention est reconduite tacitement d'année en année³⁸.

Le Comité de l'assurance³⁹ du Service des soins de santé (principal organe exécutif), le Conseil général du service des soins de santé de l'INAMI et le ministre des Affaires sociales approuvent ces conventions.

Les conventions sont transmises aux dispensateurs de soins. Elles entrent en vigueur si un certain pourcentage de ceux-ci (variable selon les dispensateurs) ne la dénonce pas dans un délai déterminé.

La convention peut être conclue au niveau national et/ou au niveau régional⁴⁰.

3. Refus d'adhésion

Si vous refusez l'adhésion, vous devez le notifier, par lettre recommandée, dans un délai de trente jours suivant l'envoi par le Service des soins de santé de l'INAMI à l'adresse suivante :



INAMI
Service des soins de santé
Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles.

4. Adhésion

Si vous avez adhéré à la convention précédente et que vous **ne refusez pas l'adhésion dans les délais** mentionnés au point 3 ci-avant, **vous êtes conventionné d'office** pour l'ensemble de votre activité professionnelle.

5. Dénonciation

Vous avez la possibilité de dénoncer la convention en cours par lettre recommandée⁴¹ envoyée avant le 1^{er} octobre. Dans ce cas, vous serez déconventionné à partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'année pendant laquelle vous avez envoyé la dénonciation.

Les trois quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de convention peuvent aussi dénoncer la convention, ce qui a pour effet de l'annuler à partir du 1^{er} janvier qui suit la dénonciation.

37. Convention nationale, art. 12 et loi ASSI, art. 45 al. 1.

38. Convention nationale, art. 12 et loi ASSI, art. 49 § 4.

39. Loi ASSI, art. 22.

40. Loi ASSI, art. 43.

41. Convention nationale, art. 12 et loi ASSI, art. 49 § 3 al. 1.

6. Information des patients

Vous devez informer vos patients clairement⁴² :

- de votre refus d'adhésion à l'accord
- de votre adhésion.

Si vous effectuez vos prestations dans un lieu rassemblant plusieurs dispensateurs de soins, l'obligation d'information peut être organisée de manière commune et centralisée plutôt que par chaque dispensateur de soins individuellement.

Pour plus d'informations, voir aussi 2^e Partie, III. 4. "Devez-vous respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature ?"



Si vous n'adhérez pas à la Convention, l'intervention de l'assurance soins de santé est réduite de 25 % ce qui entraîne une augmentation du ticket modérateur (part à charge du patient).

7. Mesures en cas de non-respect de la convention⁴³

En cas de non-respect des tarifs convenus, la commission de convention peut infliger des amendes (une amende équivalant au triple du montant de l'infraction avec un minimum de 123,95 EUR) à verser à l'INAMI.

Dans certaines circonstances, elle prévoit notamment :

- le retrait unilatéral de la convention pour une durée déterminée ou indéterminée
- l'exclusion du tiers-payant (voir 3^e Partie, VI. « Le tiers-payant »)
- des indemnités à verser à l'INAMI.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Plus d'informations > Convention.

VII. Mesures de soutien

1. Prime à l'achat d'un logiciel⁴⁴

Si vous êtes inscrit auprès de l'INAMI, vous avez droit à une prime lors de l'achat d'un logiciel homologué par la Commission de convention praticiens de l'Art infirmier - Organismes assureurs.



Plus d'info et le formulaire de demande sur : www.inami.be, Professionnel > Professionnels de la santé : Infirmiers > Prime télématique soins infirmiers.

42. Loi ASSI, art. 73 § 1 alinéas 4, 5 et 6.

43. Convention nationale, art. 9.

44. A.R. du 21-04-2007, fixant les conditions et dispositions ... pour l'usage de la télématique et la gestion électronique des dossiers.

2. Intervention forfaitaire pour les services de soins à domicile dans leurs frais de gestion spécifiques⁴⁵

Un service de soins à domicile peut obtenir 2 fois par an une intervention forfaitaire dans les frais liés aux normes de gestions imposées s'il est composé de minimum 7 équivalents temps plein (ETP) praticiens de l'Art infirmier dirigés par un praticien de l'Art infirmier responsable.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Intervention forfaitaire pour les services de soins infirmiers à domicile.

3. Formation continue

Si vous êtes inscrit auprès de l'INAMI, vous pouvez bénéficier d'une intervention annuelle de l'INAMI dans les frais des formations continues suivies à partir de l'année 2011⁴⁶.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Intervention financière pour la formation continue des infirmiers.

4. Prime si vous possédez la qualification particulière en diabétologie

Vous pouvez recevoir une prime annuelle si vous avez une qualification professionnelle particulière en diabétologie.



Vous trouverez le formulaire sur : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Votre prime comme infirmier à domicile ayant une qualification particulière en diabétologie.

5. Le complément fonctionnel

Un complément fonctionnel est versé aux membres du personnel des établissements et services de soins qui suivent une formation agréée.



Vous trouverez le formulaire sur : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Percevoir le complément fonctionnel.

45. A.R. du 07-06-2004, fixant l'intervention forfaitaire ... pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile...

46. A.R. du 14-01-2013 fixant les conditions.....accorde une intervention financière.....

VIII. Comment sont organisées les “maisons médicales”⁴⁷ ?



Une **maison médicale** est composée de plusieurs dispensateurs de soins (médecins et/ou praticiens de l'Art infirmier et/ou kinésithérapeutes) qui choisissent un paiement forfaitaire pour certaines prestations plutôt qu'un paiement à l'acte⁴⁸.

La maison médicale conclut un accord avec les O.A. (au sein de la commission compétente du Service des soins de santé de l'INAMI) et reçoit un montant forfaitaire mensuel par patient inscrit.

Ce montant dépend du nombre de patients et de leur statut (bénéficiaire de l'intervention majorée ou non).

Le forfait concerne uniquement les consultations et les visites de médecine générale, mais pas les prestations techniques. Il peut, selon l'option prise par la maison médicale, inclure également la kinésithérapie et/ou les soins infirmiers à domicile.

Le patient s'inscrit dans la maison médicale de son choix qui dispense des soins dans une zone déterminée. Dans la plupart des cas, le patient ne paie pas de ticket modérateur pour les consultations et les visites.

Lorsque le patient consulte un autre dispensateur de la même qualification (médecin généraliste, infirmier ou kinésithérapeute) ne faisant pas partie de la maison médicale, il n'a pas droit au remboursement des prestations sauf dans les cas suivants :

- consultation d'un autre médecin généraliste dans le cadre d'un service de garde organisé
- séjour temporaire du patient dans une zone où la maison médicale ne délivre pas de soins, par exemple en période de vacances.

Dans ces 2 cas, la maison médicale (et non la mutualité) remboursera le patient à hauteur des tarifs en vigueur.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Établissements et services de soins > Maisons médicales.

47. Règles relatives à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations, approuvées par le Comité de gestion du SSdS le 26-07-1982, modifiées le ... et par le Comité de l'assurance le 24-07-1995 et le 05-01-1998.

48. Loi ASSI, art. 50.

IX. Dispensateur de soins et INAMI

1. L'INAMI

a. Missions

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est une institution publique de sécurité sociale.

L'INAMI veut gérer au mieux les moyens que la société met à la disposition de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI), dans le cadre légal et en concertation avec les acteurs concernés (les partenaires sociaux, les mutualités, les dispensateurs de soins, etc.), de sorte que :

- la population ait accès aux soins de santé nécessaires, que ces soins soient de bonne qualité et efficaces et qu'ils soient dispensés aux tarifs convenus
- les assurés sociaux - travailleurs salariés et travailleurs indépendants - bénéficient d'un revenu de remplacement adéquat en cas d'incapacité de travail avec une possibilité de réinsertion sociale, de maternité, de faillite (indépendants)
- les activités des dispensateurs de soins et des mutualités soient financées de manière correcte
- les moyens destinés à l'assurance SSI soient utilisés correctement et que les obligations légales soient respectées par tous les intéressés.

b. Structure

L'INAMI est structuré en 6 services :

- le Service des soins de santé (SSS), responsable de la gestion de l'assurance soins de santé⁴⁹
- le Service des indemnités (SI), responsable de la gestion de l'incapacité de travail et de l'assurance maternité, paternité, adoption⁵⁰
- le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), qui veille à l'application de la législation relative à l'INAMI au niveau de la pratique professionnelle⁵¹
- le Service du contrôle administratif (SCA) qui effectue le contrôle administratif des organismes assureurs, le contrôle de la bonne délivrance de documents soit par les assurés, soit par les dispensateurs, soit par les institutions de soins, et enfin la bonne application de règles et directives administratives⁵²
- le Fonds des accidents médicaux (FAM), chargé de l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé⁵³
- les Services généraux de support.



Plus d'informations : www.inami.be, L'INAMI > Structure administrative.

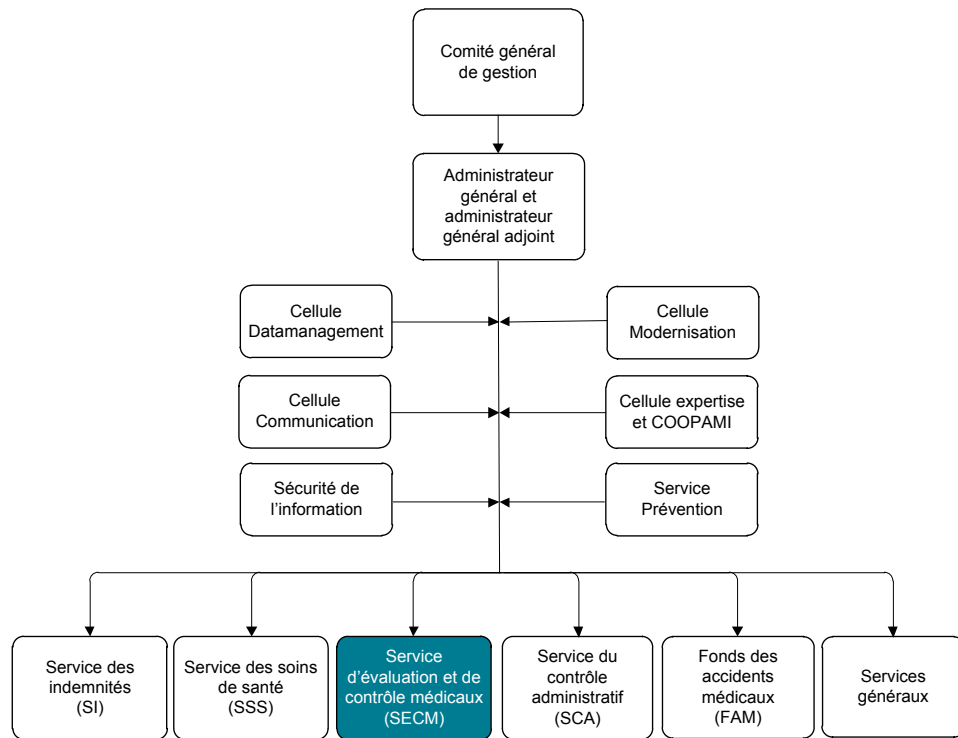
49. Loi ASSI, art. 14.

50. Loi ASSI, art. 78.

51. Loi ASSI, art. 139.

52. Loi ASSI, art. 159.

53. Loi du 31-03-2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.



2. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)

La mission du SECM est de contribuer à une utilisation optimale des moyens de l'assurance SSI. Pour atteindre cet objectif, le SECM applique 3 stratégies : l'information, l'évaluation et le contrôle⁵⁴.

a. Information

Dans le cadre de la politique d'information de l'INAMI et pour éviter les infractions à la législation commises par ignorance, le SECM souhaite informer les dispensateurs de soins.



Exemples

- modifications apportées à la législation (site de l'INAMI)
- informations sur la législation, la nomenclature, les produits pharmaceutiques, etc. (site de l'INAMI)
- informations pratiques pour les dispensateurs de soins débutants (série de brochures : les Infobox)
- résultats des activités d'évaluation et de contrôle pour attirer l'attention des dispensateurs de soins sur les (éventuelles) infractions à la législation (feedbacks individuels).



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Plus d'informations > Jurisprudence pour les infirmiers.

b. Évaluation

Lors d'une évaluation, le SECM examine la pratique professionnelle d'un groupe de dispensateurs sélectionnés sur la base de critères tels que la discipline exercée ou la manière d'attester certaines prestations. Il ne passe donc pas au crible la pratique du dispensateur de soins individuel.

Le but de l'évaluation est essentiellement préventif et vise à informer les dispensateurs de soins au sujet des déviances qui ont été constatées chez eux.


c. Contrôle

Le SECM a également une mission de contrôle. Il vérifie si les prestations de l'assurance SSI ont été effectuées par les dispensateurs de soins individuels ou par les établissements de soins conformément aux dispositions légales et/ou réglementaires. Pour ce faire le SECM dispose d'un personnel d'inspection composé de médecins-inspecteurs, de pharmaciens-inspecteurs et d'infirmiers-contrôleurs⁵⁵.

S'ils constatent des infractions, ils peuvent les transmettre aux instances prévues par la loi pour suites utiles : des mesures peuvent éventuellement être infligées selon des procédures légales⁵⁶.

Les infractions sont classées en 8 catégories avec des mesures⁵⁷ spécifiques pour chacune⁵⁸:

1. Porter en compte des prestations non effectuées (réalité).
2. Porter en compte des prestations sans tenir compte des règles de la nomenclature existantes (conformité).
3. Porter en compte des prestations qui ne sont pas prévues dans la nomenclature⁵⁹ par exemple des interventions à but esthétique.
4. Porter en compte des prestations superflues ou inutilement onéreuses (surconsommation).
5. Prescrire des prestations superflues ou inutilement onéreuses (sur-prescription).
6. Prescrire des médicaments superflus ou inutilement onéreux (médicaments du chapitre II sans autorisation préalable du médecin-conseil).
7. Infractions administratives.
8. Inciter à prescrire ou exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses.

 Plus d'informations : www.inami.be :

- au sujet du fonctionnement du SECM : Publications > Aperçu de nos publications > Service d'évaluation et de contrôle médicaux : missions et procédures
- au sujet de la structure du SECM : L'INAMI > Structure administrative > Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux.

55. Loi ASSI, art. 146 § 1.


56. Loi ASSI, art. 146 § 3.

57. Loi ASSI, art. 73bis.

58. Loi ASSI, art. 142 § 1.

59. Loi ASSI, art. 34.

60. Loi ASSI, art. 2n.

 Assimilations aux dispensateurs de soins
Les 8 catégories d'infractions reprises ci-contre s'appliquent aussi aux personnes physiques ou morales qui :

- emploient des dispensateurs de soins
- organisent la dispensation des soins
- organisent la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé⁶⁰.

3. Quelles sont les compétences du personnel d'inspection du SECM ?

Pour mener à bien ses missions, le personnel d'inspection a un certain nombre de compétences⁶¹. Les principales sont :

- pénétrer librement, dans l'exercice de sa mission, à toute heure du jour et de la nuit, sans avertissement préalable, dans tous les lieux de travail ou assimilés
- pénétrer dans les locaux habités, munis d'une autorisation de visite domiciliaire délivrée par le juge d'instruction
- interroger toute personne dont l'audition est nécessaire
- procéder à la recherche et à l'examen des supports d'information contenant des données sociales et des données dont la tenue est imposée par la législation
- procéder à la recherche et l'examen des supports contenant toute autre donnée nécessaire pour les besoins de l'enquête
- télécharger ou prendre des copies, sous n'importe quelle forme, des supports d'information ou des données qu'ils contiennent ou se les faire fournir sans frais
- exiger une traduction des données dans une des langues nationales si elles sont établies dans une autre langue qu'une des langues nationales
- faire des constatations par image
- obliger tous les dispensateurs de soins à lui fournir tous les renseignements et documents dont il a besoin pour mener ses investigations
- saisir ou mettre sous scellés tout support d'information – livres, registres, documents, supports électroniques – nécessaire à l'accomplissement de sa mission
- demander tout document officiel d'identification (la carte d'identité, le passeport, le permis de conduire, etc.), faire des constats, prendre des photos
- donner des avertissements ou dresser des procès verbaux de constat (PVC)
- informer les instances ordinales (Ordres des médecins et des pharmaciens)⁶², le Procureur du Roi⁶³, d'autres services fédéraux de contrôle dans la mesure où les renseignements recueillis dans l'exercice de sa mission relèvent de la compétence de ces tiers⁶⁴.

La communication et l'utilisation de ces renseignements et documents doivent respecter le secret médical⁶⁵.

Toute personne qui fait obstacle à l'accomplissement de la mission du personnel d'inspection s'expose à des sanctions⁶⁶.

Lorsqu'il constate des infractions aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance soins de santé, il dresse des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire.

61. CPS, art. 23 à 39, et Loi ASSI, art. 150.

62. Loi ASSI, art. 146 § 3.

63. Code d'instruction criminelle, art. 29.

64. CPS, art. 54.

65. Loi ASSI, art. 150.

66. CPS, art. 209.

Lors d'une audition ou lors de la notification d'un procès-verbal de constat, le personnel d'inspection joint au procès-verbal de constat une **invitation au remboursement volontaire (IRV)**⁶⁷ qui vous invite à procéder au remboursement total des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé.

Si le montant à rembourser :

- est inférieur ou égal à 3.000 EUR, le remboursement total dans les 2 mois à compter du jour suivant la notification du PVC entraîne l'extinction irrévocable des poursuites administratives et le dossier est clôturé. Ceci ne s'applique plus pour une IRV ultérieure s'il y a notification d'un nouveau PVC dans les 3 ans qui suivent la première IRV
- est supérieur à 3.000 EUR, le remboursement total n'empêche pas une éventuelle procédure administrative, ni l'application de mesures de récupération ou d'amendes administratives.

67. Loi ASSI, art. 142 § 2 al. 4.

2^e Partie

Attestation des prestations





Dans cette partie vous trouverez des informations sur la manière d'attester correctement les soins donnés : le document à utiliser, comment le compléter, quelles prestations y mentionner en fonction de la nomenclature des soins de santé. Sous quelles conditions les attester ? Quand et comment appliquer le tiers-payant ?

I. L'attestation de soins donnés



L'**attestation de soins donnés (ASD)** est le document qui permet le remboursement ou le paiement par l'assurance soins de santé des prestations réalisées auprès d'un patient.



"*Attester*", c'est compléter et signer l'ASD.

Vous engagez ainsi :

- votre responsabilité quant à la réalité et la conformité des mentions apportées
- l'assurance soins de santé qui remboursera ou paiera le montant des prestations dont le code de nomenclature est mentionné.

Il existe plusieurs modèles d'attestations, établis par un règlement⁶⁸ :

- attestation de soins donnés (ASD) utilisée lors de soins apportés par un dispensateur individuel
- attestation globale de soins donnés (AGSD) utilisée lors de soins apportés par plusieurs dispensateurs ou en institution (voir point 12).

Dans certains cas, l'attestation doit se faire par voie électronique.

68. Règlement des soins de santé du 28-07-2003 (RSS), art. 6 annexe 10.

II. Quand devez-vous utiliser l'ASD ?

> Exemple

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APOSER UNE VIGNETTE DE L'OA					
Nom et prénom du patient :					
Organisme assureur : 12					
NISS :					
Adresse du patient :					
ATTESTATION DE SOINS DONNES					
A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR					
Nom et prénom du patient : 1					
Date de la prestation	N° de nomenclature		Date de la prestation	N° de nomenclature	
2	3	13			
(1)	(1)		(1)	(1)	
Prescrit par : 10					
en date du : / / <small>Non et prénom</small>					
Numéro d'identification I.N.A.M.I. du/les prescripteur(s) :					
Prescription(s) annexée(s) : 11					
- à la présente (2)					
- à l'attestation du / / (2)					
Le patient est hospitalisé / ambulat (2) :					
N° de l'établissement :					
Service :					
(1) Remet les cases non utilisées		5 A.R. 15.07.2002			
(2) Rayer les mentions inutiles		EUR			
Identification du dispensateur : 4					
Date : 6 G					
Signature du dispensateur 7					
REÇU OU SOUCHE FISCALE					
Perçu pour le compte du N° BCE :					
Reçu la somme de : 9 EUR					
Date : 8					
Signature 7					

1. Devez-vous délivrer une ASD⁶⁹ ?

Si les prestations que vous effectuez sont remboursées par l'assurance soins de santé, vous devez délivrer une ASD :

- au patient (voir point 6.)
- ou à sa mutualité sous forme électronique via MyCaret en cas d'application du tiers-payant. (voir point 12. « Attester et communiquer via MyCareNet »).

Si vous effectuez à la fois des prestations remboursables et non-remboursables, vous devez délivrer en plus au patient un document justificatif⁷⁰ reprenant :


- le montant total à payer (avec les acomptes)
- pour les prestations remboursables : le montant total à payer (avec les suppléments)
- pour chaque prestation non-remboursable : le montant à payer, avec un libellé.

Vous ne devez pas signer ce document, mais vous devez en conserver une copie.

2. Comment pouvez-vous commander des ASD ?

Vous pouvez les commander sur le site www.medattest.be, soit :

- en ligne, après avoir reçu par courrier un identifiant et un code d'activation
- en imprimant le bon de commande disponible sur le site que, soit :
 - vous envoyez à :

 INAMI - attestations
Boîte postale 30005
1000 Bruxelles
 - vous faxez au 02 278 55 00.

Un centre de contact est joignable au 02 274 09 34, du lundi au vendredi de 8 à 19 heures et le samedi de 8 heures 30 à 12 heures. La commande est livrée dans les neuf jours ouvrables suivant la réception du paiement.

Le paiement au préalable est obligatoire ; vous pouvez le faire par services bancaires en ligne, par carte de crédit ou par virement. En cas de commande de plus d'une boîte, le prix est réduit. Vous pouvez désigner un mandataire pour les commandes en ligne.



Plus d'informations sur les sites :

- www.medattest.be.
- www.inami.be, Professionnels > Info pour tous > Commande d'attestations.

3. Pouvez-vous utiliser les ASD d'un confrère ?

Dans les cas d'extrême urgence, les mutualités pourront accepter et comptabiliser - à titre exceptionnel - des prestations que vous avez mentionnées sur des attestations de soins vierges d'un confrère ou d'une consœur à condition que⁷¹ :

- vous barriez les coordonnées du confrère ou de la consœur
- vous apposiez votre cachet avec votre numéro INAMI
- vous remettiez au confrère ou à la consœur un reçu mentionnant le nombre de carnets d'attestations et leurs numéros
- le confrère ou la consœur note dans son livre-journal les numéros des carnets qu'il (elle) vous a remis.

69. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 1 et 2.

70. Loi ASSI, art. 53 § 1/2.

71. RSS, art. 6.

4. Comment devez-vous compléter l'attestation ?

Vous devez mentionner les éléments suivants sur l'ASD :
(voir l'exemple au point II.)⁷²

1. le nom et le prénom du patient à qui les soins ont été dispensés
2. les numéros de nomenclature des prestations effectuées
3. la date à laquelle les prestations ont été effectuées ; cette date peut être différente de la date de délivrance de l'attestation (les deux dates doivent être mentionnées)
4. votre cachet
5. la mention :
 - "oui" si vous avez perçu l'intégralité du ticket modérateur
 - "non" ou "0" si vous n'avez pas perçu le ticket modérateur
 - le montant effectif payé⁷³, y compris la part à charge du patient (appelée ticket modérateur), de sorte que la mutualité puisse vérifier si le maximum à facturer est dépassé ou non (voir MAF)
6. la date de la délivrance de l'ASD
7. votre signature : en apposant votre signature, vous êtes responsable de l'exactitude des données mentionnées sur l'attestation
8. la date éventuelle de la perception des honoraires
9. le montant des honoraires perçus⁷⁴ que vous avez effectué les prestations pour votre propre compte ou pour compte d'autrui.

Si vous attestez des prestations qui nécessitent une prescription vous devez :


- en 10, mentionner le numéro INAMI et les données d'identification du prescripteur
- en 11, signaler que vous joignez la prescription à l'ASD ou mentionner la date de l'ASD, à laquelle la prescription a été jointe (au cas où une prescription justifierait plusieurs ASD)⁷⁵

Vous devez conserver la prescription dans le dossier infirmier pendant une période de 5 ans minimum.

La zone 12 est destinée au patient.

La zone 13 est réservée à la mutualité.

Lorsque vous attestez des prestations au moyen de pseudocodes, si :

- le patient vous paie, vous devez les mentionner sur un formulaire⁷⁶ et joindre celui-ci à l'ASD
 Formulaire disponible sur : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Formulaires pour les infirmiers
- vous utilisez le tiers-payant, vous devez les mentionner sur les supports magnétiques ou électroniques que vous transmettez aux Organismes assureurs (voir point 12. « Attester et communiquer via MyCareNet »).

Si vous exercez en société et utilisez l'ancien modèle des ASD, vous devez indiquer le montant reçu au bas de l'ASD, même si l'emplacement n'est pas prévu.

72. Loi du 10-04-2014, art. 96.

73. RSS, art. 6 § 2.

74. Loi ASSI, art. 53 § 1.

75. RSS, art. 6 § 2.

76. RSS, annexe 4.

5. Qu'est-ce que la souche fiscale (ou reçu) ?



La **souche fiscale ou reçu** est la partie détachable au bas de l'ASD.

Elle reprend votre numéro d'inscription à la BCE (voir 1^{re} Partie, I. 4.).

Bien que les deux parties (attestation et reçu) soient attachées, elles sont soumises à deux législations totalement différentes :

- la loi ASSI pour l'ASD
- la loi fiscale pour le reçu.

6. Quand devez-vous remettre l'attestation et le reçu ?

Pour la Loi coordonnée (ou loi ASSI), vous devez remettre l'ASD au patient **dès que possible**⁷⁷ et **au plus tard deux mois**⁷⁸ après la fin du mois au cours duquel vous avez effectué les prestations.

Cependant, le Code des impôts⁷⁹ vous impose de délivrer l'ASD **lors de la prestation**⁸⁰, que le patient vous paie ou non.

En pratique :

a. Si votre patient vous paie

- en espèces ou par carte bancaire : vous devez lui remettre en même temps l'ASD et le reçu, que vous ne pouvez pas détacher, avec la mention du montant perçu lors de la prestation et de la perception des honoraires⁸¹
- par versement ou virement : vous devez lui remettre l'ASD lors de la prestation, mais vous ne devez pas mentionner de montant ni délivrer le reçu
- de manière différée (« comptant différé ») : vous devez lui remettre l'ASD lors de la prestation et le reçu lors de la perception des honoraires⁸². Vous pouvez, si vous le souhaitez, lui faire signer une reconnaissance de dette ou un reçu pour l'ASD non réglée.

b. Si vous utilisez le tiers-payant

(Voir point 12), vous devez utiliser MyCarenet et transmettre les attestations au plus tard dans le mois qui suit la fin du mois au cours duquel vous avez effectué les prestations⁸³.

Une amende administrative peut être infligée pour toute infraction, sans avertissement préalable⁸⁴.

Les mutualités ne peuvent rembourser (en partie ou en totalité) une intervention si elles n'ont pas reçu d'attestation de soins donnés⁸⁵.

77. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 8.

78. A.R. du 19-05-1995, art. 1.

79. Code des impôts sur les revenus du 10-04-1992 (CIR), art. 320.

80. CIR, Directives et commentaires administratifs, Commentaire du CIR 92, art. 320/25.

81. CIR, art. 320 § 1.


82. CIR, Directives et commentaires administratifs, Commentaire du CIR 92, article 320/25.

83. Convention nationale, art. 7 § 2.

84. A.R. du 19-05-1995, art. 3.

85. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 7.

7. Qu'est-ce que le double fiscal ?

 Le **double fiscal** de l'attestation est la copie carbone. Il mentionne les prestations attestées et leur numéro de nomenclature mais pas l'identité du patient. L'ASD et le double fiscal (copie carbone) portent le même numéro de carnet et de feuillet. Ce double est destiné à un contrôle fiscal éventuel. Le SECM peut toutefois l'exiger dans le cadre de ses compétences⁸⁶.

8. Quand devez-vous remettre au patient un document justificatif des prestations effectuées⁸⁷ ?

Vous devez remettre au patient ce document lorsque vous :

- attestez en même temps des prestations remboursées et non remboursées par l'ASSI
- remplacez l'attestation de soins donnés, ou de fournitures, ou un document équivalent, par une transmission sous forme électronique à la mutualité du patient (voir point 12. « Attester et communiquer via MyCareNet »).


9. Comment pouvez-vous attester pour le compte d'autrui ?


Cette éventualité se présente surtout en ce qui concerne diverses formes de sociétés et les associations : le dispensateur de soins est donc une personne autre que le responsable fiscal⁸⁸.

Si vous attestez pour un autre praticien de l'Art infirmier vous devez respecter les conditions suivantes⁸⁹ :

- pour chaque prestation, le dispensateur qui a effectué la/les prestation(s) doit être identifié
- des documents internes doivent exister. Par document interne, il faut entendre chaque document qui mentionne la prestation effectuée (c.à.d. le numéro de nomenclature) et le dispensateur de soins qui l'a réellement effectuée. Le dispensateur de soins qui a effectué la prestation doit signer ce document. Le dossier infirmier, un registre, etc. peuvent faire fonction de documents internes, sous forme électronique ou pas. Ces documents internes doivent être conservés durant trois ans
- le dispensateur de soins doit rédiger un mandat écrit par lequel il consent à faire attester ses prestations par le signataire de l'attestation.

Un mandat écrit peut être une procuration écrite, une disposition dans le statut ou le contrat de travail ou prendre une autre forme. Le mandat écrit est important pour déterminer la responsabilité lorsque surgit un litige concernant l'attestation. Lorsqu'il n'y a pas de mandat écrit et si le dispensateur de soins, dont le nom est mentionné en regard de la prestation portée en compte, conteste l'attestation délivrée en son nom, ou la réalité et la conformité de la prestation, le signataire peut être considéré comme responsable de l'attestation fautive.

 L'existence d'un mandat ne vous dégage pas de votre responsabilité quant à l'exactitude des prestations attestées sur les plans de la réalité et de la conformité.

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Travailler en groupements infirmiers avec un numéro tiers-payant de groupe.

86. CPS, art. 28 2°.

87. Loi ASSI, art. 53 § 1/2.

88. RSS, art. 6 § 2.

89. RSS, art. 6 § 14.

10. Attestation via un service de tarification

Vous pouvez envoyer un relevé de vos prestations à un service de facturation qui établira les ASD. Vous devrez signer les ASD par après, car vous assumez ici aussi l'entière responsabilité des prestations attestées.

11. Attestation en tiers-payant⁹⁰



Le **tiers-payant** est le mode de paiement selon lequel vous recevez le montant de l'intervention remboursé par l'ASSI directement de la mutualité à laquelle le patient est affilié. Seuls les tickets modérateurs (éventuels) sont directement perçus auprès du patient.

a. Comment appliquer le tiers-payant ?

Pour pouvoir appliquer le tiers-payant, vous devez remplir les conditions suivantes⁹¹ :

- avoir adhéré à la convention
- informer le Service des soins de santé (SSS) par lettre recommandée (ou lors de l'adhésion à la convention)
- appliquer le tiers-payant pour tous les bénéficiaires et toutes les prestations
- facturer via MyCareNet (voir point 12.)
- respecter les honoraires fixés dans la convention
- en cas de pratique de groupe, tous les membres doivent appliquer le tiers-payant et un numéro « tiers-payant » spécifique doit être demandé au SSS pour le groupe.

b. Que se passe-t-il si vous ne respectez pas ces conditions ?

Si vous ne vous conformez pas aux conditions susmentionnées vous pouvez être sanctionné financièrement⁹².

La Commission de conventions peut vous exclure également du tiers-payant pendant une période allant de un mois à un an. En cas de récidive dans un délai de 5 ans, cette exclusion peut devenir définitive.

En cas de suspicion d'irrégularités dans votre pratique ou d'abus au niveau de l'application du tiers-payant, les Organismes assureurs peuvent, à titre conservatoire, suspendre tout paiement pendant une période de maximum trois mois, pour autant qu'ils vous informent ainsi que la Commission de conventions.

La Commission de conventions se réunit dans les trente jours qui suivent la réception de l'avis et se prononce sur le maintien ou l'annulation de la suspension des paiements.

S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude de votre part, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM peut suspendre le paiement par les mutualités des montants dus en tiers-payant, totalement ou partiellement, et pour une période maximale de 12 mois. Vous pouvez faire appel, mais il n'est pas suspensif⁹³.

Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM peut vous imposer une interdiction de pratiquer le tiers-payant si vous⁹⁴ :

- faites l'objet d'une condamnation pénale définitive liée à des irrégularités au détriment de la Loi ASSI
- commettez des infractions à l'article 73bis de la loi ASSI.

90. A.R. du 18-09-2015 portant exécution de l'article 53 § 1 alinéa 9 de la loi ASSI.


91. Convention nationale, art. 6, 7 et 7bis.

92. Convention nationale, art. 9, §§ 4 et 5.

93. Loi ASSI, art. 77sexies.


94. A.R. du 18-09-2015, art. 11.


12. Attester et communiquer via MyCareNet

 MyCareNet est un système par lequel vous pouvez communiquer directement de manière sécurisée et rapide avec les organismes assureurs via internet pour :

- facturer dans le système tiers-payant
- vérifier l'assurabilité
- envoyer des documents médico-administratifs.


Vous devez transmettre les fichiers de facturation au plus tard **dans le mois** qui suit la fin du mois au cours duquel vous avez effectué les prestations⁹⁵.


 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > MyCareNet pour l'infirmier à domicile.

 www.inami.be, Professionnels > Info pour tous > Remise d'un document justificatif au patient.

13. Combien de temps devez-vous conserver vos carnets d'ASD utilisés ?

Pour l'administration fiscale, il faut conserver les carnets pendant 8 ans à partir du 1^{er} janvier de l'année où ils ont été utilisés⁹⁶.

 Un carnet utilisé en 2016 pourra être détruit à partir du 1^{er} janvier 2024.

 Les modèles des ASD ont été modifiés. Les anciens modèles restent utilisables jusqu'au 31 décembre 2016⁹⁷.

III. Attester en fonction de la nomenclature

Dans cette partie, en l'absence d'autre mention, les références légales se rapportent à l'article 8 de la NPS.

1. Attester et prescrire en fonction de votre qualification

La nomenclature fixe la qualification requise pour pouvoir porter en compte les prestations à l'assurance obligatoire soins de santé⁹⁸.

Le code de compétence de votre numéro INAMI représente cette qualification (voir 1^{re} Partie, III. 2.).

95. Convention nationale, art. 7 § 2.

96. CIR, art. 315 al. 3.

97. RSS, art. 6 § 1 5°.

98. Nomenclature des prestations de soins (NPS), art. 2. D-E.

2. Qu'est-ce que la nomenclature ?



La **nomenclature des prestations de santé (NPS)** est :

- l'énumération des prestations attestables et remboursables par l'assurance soins de santé
- et l'ensemble des **règles d'application** expliquant les conditions de remboursement.

Pour chaque prestation, la nomenclature donne les informations suivantes :

- la **qualification** requise pour pouvoir porter en compte la prestation à l'assurance soins de santé
- un **numéro de six chiffres** (code de nomenclature) identifiant la prestation. Dans la plupart des cas, il y a 2 numéros par prestation :
 - un pour les patients ambulatoires
 - un pour les patients hospitalisés.

C'est ce numéro que vous devez mentionner en zones 2 et 3 (voir point II.) de l'ASD

- une **définition** : une description de la prestation même, complétée ou non par les conditions quantitatives ou qualitatives quant aux conditions de remboursement (voir ci-après)
- une **valeur relative** qui renseigne sur le taux de remboursement. Elle consiste en :
 - une **lettre-clé** qui regroupe un certain nombre de prestations. Par exemple, M pour la kinésithérapie, W pour l'Art infirmier, B pour la biologie clinique, N entre autres pour des consultations et des visites.
La valeur en EUR de la lettre-clé fait l'objet de concertation entre les dispensateurs de soins et les mutualités
 - un **coefficient** qui est un facteur de multiplication
- des **règles d'application** expliquant les conditions de remboursement d'une ou plusieurs prestations. Dans ce dernier cas, elles sont mentionnées normalement à la fin du chapitre. Quand vous étudiez un code spécifique de la nomenclature, il est donc important de prêter attention au chapitre en question jusqu'à la fin.

Des **règles interprétatives** peuvent préciser la nomenclature.



Exemple

Tableau 3 : Soins d'hygiène dispensés au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

Code	Définition de la prestation	Lettre clé	Coefficient
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,167

Le § 6 décrit les règles d'application pour cette prestation.



Plus d'informations sur la nomenclature et les règles interprétatives : www.inami.be, Nomenclature > Nomenclature – Textes.



Plus d'informations concernant les **tarifs** des prestations : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Les prestations de santé que vous remboursez votre mutualité > Prestations de soins individuelles > Honoraires, prix et remboursements.




Le Comité de l'assurance établit des règles interprétatives sur base de propositions du conseil technique compétent. Elles précisent la nomenclature et elles sont publiées au Moniteur Belge (M.B.). Vous pouvez les consulter sur le site de l'INAMI.

3. Quand une prestation est-elle remboursable ?

Les prestations énumérées dans la NPS sont remboursables si elles :

- sont exécutées selon ses dispositions
- relèvent de votre qualification.

 Pour autant qu'il soit satisfait entre autres, à l'obligation de prescription, vous pouvez effectuer des prestations non remboursées par l'assurance soins de santé si vous vous estimez compétent. Le coût de ces prestations, librement déterminé⁹⁹, est alors à charge du patient. Vous devez l'informer à ce sujet¹⁰⁰.

4. Devez-vous respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature ?

a. Si vous avez adhéré à la convention nationale

Vous devez respecter les montants maximums tels qu'ils sont fixés dans la Convention nationale et vous n'êtes pas autorisé à réclamer des suppléments.

b. Si vous n'avez pas adhéré à la convention nationale

Vous fixez librement vos honoraires, sauf pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, les patients palliatifs et les patients diabétiques pour lesquels vous devez respecter les montants maximums¹⁰¹.

5. Pouvez-vous attester des frais de déplacement ?

Normalement les frais de déplacement sont inclus dans le remboursement de la prestation de base. Mais la Convention¹⁰² mentionne les communes pour lesquelles vous pouvez attester des frais de déplacement à condition d'attester une prestation remboursable par l'ASSI.

99. Loi professions de santé, art. 35 al. 2.

100. Loi du 22-08-2002 concernant les droits des patients, art. 8 § 2.

101. A.R. du 23-03-1982 et A.R. du 15-01-2014 relatif à l'intervention majorée.

102. Convention nationale, art. 4.

6. Où pouvez-vous trouver la nomenclature ?



Vous pouvez consulter la NPS sur le site de l'INAMI : www.inami.be, sur la page d'accueil, vous avez un accès :

- soit direct :
 - à la recherche d'un numéro de code
 - ou à la Recherche avancée
- soit via la rubrique Nomenclature :
 - au texte complet
 - ou à Nomensoft, moteur de recherche :
 - par numéro de code
 - par mot(s) et/ou par expression(s) dans le libellé
 - par article ou par navigation dans l'arborescence
 - au moyen d'une combinaison de ces méthodes de recherche.

"Nomensoft" donne pour chaque numéro de code, entre autres :

- le libellé de la prestation
- les honoraires et remboursements (avec historique)
- la date d'entrée en vigueur
- les valeurs-clés.

7. Quelle est la base légale de la nomenclature ?

L'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établit la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'article 34 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi ASSI) énumère les prestations de nature préventive et curative.

Le Moniteur belge publie les adaptations sous forme d'arrêté royal en faisant référence à l'A.R. du 14 septembre 1984.

8. Qui établit la nomenclature ?

La plupart du temps, ce sont les **conseils techniques** et le cas échéant, les commissions de conventions, qui font des **propositions** ou formulent des **avis** pour adapter le libellé des prestations de la NPS ou en ajouter de nouvelles¹⁰³.

La commission de convention de l'Art infirmier est composée de 8 membres proposés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'Art infirmier et de 8 membres proposés par les mutualités¹⁰⁵.

Sur base de ces avis et propositions, le **Comité de l'assurance** du Service des soins de santé **décide** des modifications et adaptations de la nomenclature, moyennant approbation, au niveau budgétaire, du Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire.



Les différents conseils techniques sont composés de représentants des dispensateurs de soins concernés et de représentants des organismes assureurs (O.A.). Un membre du SECM désigné par le Fonctionnaire-dirigeant du service assiste avec voix consultative aux réunions¹⁰⁵.

103. Loi ASSI, art. 27 al. 3.

104. Loi ASSI, art. 28 § 1.

105. A.R. du 03-07-1996, art. 17.

Le ministre des Affaires sociales, qui peut proposer ou refuser des modifications, formalise ces modifications dans un arrêté royal qui entre en vigueur après publication au Moniteur belge (M.B.).

Le Comité de l'assurance est composé¹⁰⁶ de représentants des :

- O.A. (mutualités), chaque O.A. ayant droit à un représentant au moins
- organisations représentatives du corps médical et des praticiens de l'art dentaire
- pharmaciens d'officines, des pharmaciens hospitaliers et des pharmaciens biologistes
- gestionnaires entre autres d'établissements hospitaliers, des services et institutions, des établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle
- kinésithérapeutes, des praticiens de l'Art infirmier et des auxiliaires paramédicaux
- organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés et de représentants des travailleurs indépendants, ceux-ci avec voix consultative.

IV. La Nomenclature des prestations de soins infirmiers

1. Classification des prestations de soins infirmiers

Le § 1^{er} de l'article 8 énumère les prestations de soins infirmiers en fonction des paramètres suivants.

a. Lieu / moment où les prestations sont effectuées

Il définit 5 catégories classées en :

- **cat. 1** : prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire au cours de jours ouvrables
- **cat. 2** : prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire durant le week-end ou un jour férié
- **cat. 3** : prestations effectuées soit au cabinet du praticien de l'Art infirmier, soit dans une maison de convalescence
- **cat. 3bis** : prestations effectuées au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées
- **cat. 4** : prestations effectuées dans un centre de jour pour personnes âgées.



Par "domicile ou lieu de séjour" de l'assuré on entend non seulement son propre domicile mais aussi le domicile de la famille ou des connaissances et les lieux publics.

106. Loi ASSI, art. 21 § 1 al. 1.

b. La nature de la prestation

Il définit 8 rubriques numérotées en chiffres romains de **I à VIII** :

- **rubrique I** : séance de soins infirmiers : rubrique subdivisée en deux parties :
 - A) Prestation de base
 - B) Prestations techniques de soins infirmiers (catégories 1° à 4°)
- **rubrique II** : honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants (catégories 1° à 3° *bis*)
- **rubrique III** : prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (catégories 1° à 3° *bis*)
- **rubrique IV** : honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs (catégories 1° et 2°)
- **rubrique V** : honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs (catégories 1° et 2°)
- **rubrique VI** : honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques (catégories 1° et 2°)
- **rubrique VII** : consultation infirmière
- **rubrique VIII** : valorisations prestations multiples (catégories 1° à 3° *bis*).

Tableau 4 : Attestation des prestations en fonction des catégories

	1° domicile – jours de semaine	2° domicile WE + jours fériés	3° dispensaire / handicapés / maison de convalescence	4° centres de jour personnes âgées
I Base + technique	oui	oui	oui	oui
II Forfaits	oui	oui	oui	non
III Techniques spécifiques	oui	oui	oui	non
IV Patient palliatif	oui	oui	non	non
V Suppléments soins palliatifs	oui	oui	non	non
VI Diabète	oui	oui	non	non
VII Consultation infirmière	oui	non	non	non
VIII Valorisation prestations multiples	oui	oui	non	non

2. Règles d'application

Les paragraphes 2 à 12 présentent les règles d'application. Certaines concernent toutes les prestations, d'autres concernent certaines rubriques ou catégories, d'autres encore ne visent que quelques prestations.

Tableau 5 : Règles d'application		
Rubrique	Nature de la prestation	Règles d'application (art. 8)
I.	Séance de soins infirmiers	§ 4 § 6 (toilettes), § 8 (soins de plaie(s))
II.	Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants	§ 5
III.	Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers	§ 9
IV.	Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs	§ 5
V.	Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs	§ 5 ^{bis}
VI.	Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques	§ 5 ^{ter}
VII.	Consultation infirmière	§ 4 ^{bis}
VIII.	Valorisation prestations multiples	§ 5 ^{quater}

a. Les règles d'application pour toutes les prestations figurent aux :

- § 2 pour les précisions relatives à la prescription
- § 3 pour les circonstances dans lesquelles les honoraires ne sont pas dus
- § 7 pour la procédure de demande et de notification
- § 11 pour le remboursement des prestations qui n'ont pas été effectuées ou qui n'ont été que partiellement effectuées par une personne non habilitée
- § 12 pour les actes confiés aux aides-soignants.

b. Les règles d'application par rubrique ou par catégorie figurent aux :

- § 4 pour des précisions relatives à la rubrique I (la séance de soins infirmiers + dossier infirmier)
- § 4^{bis} pour la rubrique VII (consultation infirmière)
- § 5 pour la rubrique II (honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants) et la rubrique IV
- § 5^{bis} pour les rubriques IV et V (honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs)
- § 5^{ter} pour la rubrique VI (honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques)
- § 5^{quater} pour la rubrique VIII (valorisation prestations multiples)
- § 9 pour la rubrique III (prestations techniques spécifiques)
- § 10 pour les prestations qui sont effectuées durant les weekends et jours fériés au domicile ou à la résidence du bénéficiaire (catégorie 2°).

c. Les règles d'application pour une prestation bien déterminée figurent aux :

- § 6 pour les toilettes
- § 8 pour les soins de plaie(s)
- § 8bis pour les circonstances dans lesquelles vous pouvez préparer et administrer une médication pour des patients psychiatriques chroniques
- § 8ter pour la préparation hebdomadaire des médicaments.

3. Mention des pseudocodes

La NPS¹⁰⁷ stipule que vous devez mentionner les pseudocodes qui correspondent aux prestations effectuées dans le cadre d'un forfait (A, B, C, PA, PB, PC ou PN) ou d'un supplément. Les pseudocodes sont des éléments extrêmement importants pour l'évaluation du système de forfaitarisation particulièrement pour les soins aux patients palliatifs.

Lorsque vous pratiquez le tiers-payant vous devez mentionner ces pseudocodes sur les supports magnétiques transmis aux Organismes assureurs.

En cas de paiement direct, vous devez mentionner ces pseudocodes sur un formulaire que vous devez joindre à l'attestation de soins donnés.



Plus d'informations sur les pseudocodes : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Formulaires pour les infirmiers > Formulaire: annexe 04 - Règlement des soins de santé du 28 juillet 2003.

V. Informations complémentaires relatives à l'application de la nomenclature

1. Règles s'appliquant à la prescription

a. Nécessité de la prescription

Une prescription est nécessaire pour **toutes** les prestations de soins infirmiers **que vous effectuez dans le cadre de la nomenclature**, à l'exception des prestations suivantes :

- la toilette (également dans le cadre des honoraires forfaitaires)
- la visite d'un infirmier relais dans le cadre de soins de plaie(s) spécifique(s)
- le contrôle d'une plaie à pansement bioactif pendant la période où les soins de la plaie ont été prescrits
- la consultation infirmière.

107. NPS, art. 8 § 5 3° c) et § 5bis 5° d).

b. Conditions auxquelles la prescription doit satisfaire

La prescription doit¹⁰⁸ :

- mentionner l'identification du patient : nom, prénom, adresse, qualité, numéro d'inscription
- reprendre l'identification du prescripteur : nom, adresse, numéro INAMI
- être datée
- être signée par le prescripteur (signature manuscrite).

Elle doit aussi¹⁰⁹ :

- mentionner 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)
- pour l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, mentionner la nature et la dose des produits à administrer
- pour la préparation et l'administration de médications destinées à des patients psychiatriques chroniques (425736 et 425751), comporter la période d'administration (maximum une année par prescription) et non le nombre de prestations
- pour l'administration d'alimentation entérale et parentérale ou l'administration de perfusions, mentionner le débit et la quantité par périodes de 24 heures
- pour les soins de plaie(s), mentionner les informations suivantes :
 - une description de la plaie
 - la fréquence maximale des soins
 - la posologie des médicaments à appliquer
 - la période au cours de laquelle la plaie doit être soignée.



Vous ne pouvez jamais apporter de modifications à la prescription !

c. Conséquences d'une prescription non valable

Pour vous : une prescription valable est une **condition de remboursement**. Il vous est donc conseillé de rendre toute prescription incomplète au prescripteur en vue de la corriger.

Pour le prescripteur : la loi prévoit une amende (de 50 EUR à 500 EUR) pour le dispensateur de soins qui n'a pas rédigé les documents administratifs ou médicaux conformément aux dispositions légales¹¹⁰.

d. Durée de validité d'une prescription soins infirmiers

La durée de validité d'une prescription de soins infirmiers n'est pas limitée.

2. Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations pour des soins infirmiers dispensés à l'hôpital ?

Vous ne pouvez pas attester à l'assurance soins de santé de prestations pour des soins infirmiers dispensés à un patient hospitalisé.

108. RSS, annexe 32.

109. NPS, art. 8 § 2.

110. Loi ASSI, art. 142 § 1 7°.

3. Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations pour des soins dispensés dans les institutions de repos et de soins ?

Vous ne pouvez pas attester à l'assurance soins de santé de prestations chez des patients séjournant dans les institutions suivantes :

- maisons de repos et de soins (MRS), maisons de soins psychiatriques (MSP) et centres de soins de jour (CSJ) agréés par les autorités compétentes¹¹¹
- maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) agréées par les autorités compétentes.

Par ailleurs, vous ne pouvez pas attester à l'assurance soins de santé de prestations pour les soins dispensés en institutions qui, sans être agréés comme maisons de repos, constituent le domicile commun ou la résidence commune de personnes âgées¹¹².

4. Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations pour des soins dispensés dans des résidences-services ?

Vous pouvez attester à l'assurance soins de santé des prestations pour les soins effectués chez des personnes âgées séjournant dans un complexe résidentiel proposant des services (résidences-services) à condition que le complexe soit agréé par l'INAMI.

5. Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations pour des soins dispensés pendant une visite ou une consultation ou une prestation technique d'un médecin ?

Vous ne pouvez pas attester à l'assurance soins de santé des prestations pour ces soins car ils font partie intégrante de la consultation, de la visite ou de la prestation technique.

6. Pouvez-vous attester des prestations couvertes par une autre assurance ?

Vous ne pouvez pas attester à l'assurance soins de santé les prestations exigibles à un tiers en vertu du droit commun, d'une autre législation belge ou d'une législation étrangère¹¹³. Vous devez demander le paiement au patient ou à ce tiers.

111. Loi ASSI, institutions mentionnées dans l'art. 34 11°.

112. Loi ASSI, art. 34 en application de l'A.R. du 19-12-1997.

113. Loi ASSI, art. 136 § 2.

Toutefois, la mutualité peut avancer (au patient ou à vous en tiers-payant) le montant de ces prestations dans certains cas.

Exemples

- lors d'un accident de travail, lorsque la reconnaissance de l'accident de travail n'est pas encore établie
- lors d'un accident de droit commun, lorsque la responsabilité d'un tiers n'est pas encore déterminée.

La mutualité récupère ses avances auprès du tiers responsable par après (droit de subrogation)¹¹⁴. Si les montants accordés en vertu du droit commun ou d'une autre législation sont inférieurs aux montants prévus par l'assurance soins de santé, celle-ci rembourse la différence entre les deux.

7. Pouvez-vous attester des prestations effectuées à l'étranger ?

Vous ne pouvez pas attester les prestations effectuées :

- chez un bénéficiaire qui ne se trouve pas sur le territoire belge
- en dehors du territoire belge, sauf dispositions contraires¹¹⁵.

Une réglementation spécifique peut s'appliquer, en particulier pour les communes frontalières.

8. Pouvez-vous attester à l'assurance soins de santé des prestations partiellement ou intégralement effectuées par des personnes non compétentes ?

Vous ne pouvez pas attester des prestations partiellement ou intégralement effectuées par des personnes non compétentes même si elles ont été effectuées en votre présence. L'assistance de tiers ne peut être invoquée que si la situation du patient rend cette aide nécessaire¹¹⁶.

9. Pouvez-vous attester des actes effectués par des aides-soignants ?

Depuis le 1^{er} janvier 2014, les équipes structurelles de soins infirmiers à domicile peuvent intégrer des aides-soignants pour leur déléguer certains soins¹¹⁷.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Intégrer un aide-soignant dans votre service de soins infirmiers à domicile.

114. Loi ASSI, art. 136 § 2 al. 4.

115. Loi ASSI, art. 136 § 1.

116. NPS, art. 8 § 11.

117. NPS, art. 8 § 12.

VI. Le dossier infirmier

1. Devez-vous constituer un dossier infirmier pour chaque patient ?

Vous devez constituer un dossier infirmier par patient¹¹⁸ et le tenir complètement à jour pour avoir droit au remboursement des prestations que vous avez effectuées.

Aucun honoraire n'est dû¹¹⁹ si :

- le dossier infirmier n'existe pas
- le contenu minimal n'est pas repris.

La tenue d'un dossier infirmier complet par patient est donc une condition de remboursement par l'assurance soins de santé.

2. Quelles données le dossier infirmier doit-il contenir ?

Le dossier infirmier doit mentionner un contenu minimal.

La planification et l'évaluation diffèrent en fonction du type de prestation effectuée¹²⁰.

Il n'y a pas d'exigences formelles quant à la forme du dossier infirmier (il peut s'agir d'un fichier informatique).

3. Combien de temps devez-vous conserver le dossier infirmier ?

Vous devez conserver le dossier infirmier pendant une période d'au moins 5 ans.

4. Qui est responsable du dossier infirmier ?

L'infirmier(e) qui a effectué les soins est responsable du dossier infirmier.

Si différent(e)s infirmier(e)s gèrent conjointement le dossier infirmier du même patient, chacun(e) est responsable des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il(elle) a dispensés.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Soins par l'infirmier > Le dossier infirmier.

118. NPS, art. 8 § 4 2°.

119. NPS, art. 8 § 3 5°.

120. A.R. du 18-06-1990, art. 3.

VII. Explications concernant les prestations de soins infirmiers

1. Le nombre de séances que vous pouvez attester par jour et par patient est-il limité ?

Vous ne pouvez attester qu'une seule séance de soins par jour. Vous ne pouvez répartir les soins sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales mentionnées sur la prescription.

2. Le nombre de prestations que vous pouvez attester par séance est-il limité ?

Vous pouvez attester :

- une seule fois par séance de soins :
 - les prestations techniques de soins infirmiers (rubrique I B de 1° à 4°)
 - les prestations mentionnées au § 4 4°
- la prestation ayant le tarif le plus élevé si plusieurs prestations de « soins de plaie(s) » sont réalisées lors d'une séance¹²¹
- au cours d'une même séance les prestations 425375, 425773, 426171 et les prestations 423113, 423312, 423415 si le site d'injection est différent¹²².

Vous ne pouvez pas attester au cours de la même séance :

- les prestations « soins de plaie(s) simples et complexes » et la visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques
- 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
 - application de bandages, préparation et administration de médication à des patients psychiatriques chroniques ...

et une autre prestation à l'exception d'une prestation de base¹²³.

121. NPS, art. 8 § 8 8°.

122. NPS, art. 8 règle interprétative 1.

123. NPS, art. 8 § 8 8°.

3. Le nombre de prestations que vous pouvez attester par jour pour un bénéficiaire est-il limité ?

Vous pouvez attester :

- chez les patients lourdement dépendants, palliatifs ou non :
 - une fois par jour les remboursements forfaitaires prévus dans les rubriques II et IV (= forfaits A, B, C, PA, PB, PC). Vous devez réaliser au moins une toilette
 - en cumul avec ces forfaits :
 - les prestations techniques spécifiques (rubrique III)
 - la consultation infirmière (rubrique VII)
 - 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
 - les honoraires forfaitaires pour le suivi des patients diabétiques (423216, 423231, 423334) palliatifs
 - une fois par journée de soins le supplément d'honoraires PN (indemnité forfaitaire pour prestations techniques qui ne figurent pas dans les rubriques I B et III) ; lorsque le plafond journalier est atteint, ce forfait PN est remplacé par les honoraires forfaitaires PP
 - les prestations 428035, 428050, 428072 et 429273 à partir de la 3^e, 4^e et 5^e visite chez un même patient au cours de la même journée de soins. Seul le dispensateur de soins qui a effectivement exécuté cette prestation peut attester une seule fois par journée de soins les 3^e, 4^e et 5^e visites¹²⁴
- chez les patients non lourdement dépendants :
 - un montant maximum (plafond journalier) pour les prestations techniques de soins infirmiers (rubriques I, A + B de 1^o à 4^o), qu'elles aient été effectuées au cours de plusieurs séances de soins ou par différents praticiens de l'Art infirmier. La visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques¹²⁵ n'est pas pris en compte pour le calcul de ce plafond
 - en cumul la séance de soins infirmiers (ou le plafond journalier) et :
 - les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers (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 pas être cumulées durant la même séance avec la visite de l'infirmier(e) relais
 - la consultation infirmière (rubrique VII)
 - 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.

124. NPS, art. 8 § 5^{quater}.

125. NPS, art. 8 § 4, 6^o.

Vous ne pouvez attester qu'une seule fois par jour des **prestations techniques spécifiques de soins infirmiers** (rubrique III). Seule la prestation 425375 est **forfaitaire** et nécessite une notification au médecin-conseil de la mutualité. Vous pouvez cependant cumuler ces prestations avec les autres prestations de l'art. 8 de la NPS, à l'exception des prestations de l'article 8 § 8 8° qui ne peuvent être cumulées qu'avec une prestation de base au cours d'une seule et même séance (voir point 2. ci-avant).

Vous pouvez cumuler la **consultation infirmière** (rubrique VII) avec toutes les prestations car elle n'entre pas en ligne de compte pour l'attestation d'une prestation de base.

4. A quelles conditions pouvez-vous attester une prestation de base ?

Vous pouvez attester la prestation de base si :

- vous constituez et tenez à jour un dossier infirmier complet
- vous effectuez au moins une prestation technique de soins infirmiers de la rubrique I B (visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques non comprise) ou si vous avez effectué au moins une prestation spécifique de soins infirmiers de la rubrique III.

5. A quelles conditions pouvez-vous attester un des forfaits de la rubrique II (patients lourdement dépendants) ou de la rubrique IV (patients palliatifs) ?

Vous devez :

- déterminer le forfait à attester sur la base de l'échelle d'évaluation de la dépendance physique¹²⁶ (échelle de Katz, voir point 18. ci-après)
- effectuer au moins une toilette par journée de soins, à l'exception du forfait PP
- tenir un dossier infirmier
- mentionner le numéro de nomenclature du forfait, ainsi que les pseudocodes correspondant aux prestations effectuées¹²⁷
- effectuer pour les forfaits C et PC au minimum deux visites par journée de soins, dont au moins une avec toilette
- introduire une demande auprès du médecin-conseil¹²⁸.

Pour les forfaits relatifs aux patients palliatifs, des conditions supplémentaires sont prévues (voir point 6. ci-après).

Le forfait est attesté par l'infirmier(e) qui effectue la première prestation de la journée.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Soins par l'infirmier > Valorisation des prestations multiples chez des patients très dépendants.

126. NPS, art. 8 § 5.

127. NPS, art. 8 § 5 3°.

128. NPS, art. 8 § 7.

6. A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations spécifiques pour patients palliatifs des rubriques IV et V ?

En plus des conditions mentionnées au point 5 ci-dessus, vous devez :

- envoyer au médecin-conseil un formulaire électronique de notification pour patient palliatif au plus tard dans les dix jours calendrier qui suivent le premier jour du traitement
- garantir une prise en charge permanente (24 heures/24, 7 jours sur 7)
- pouvoir à tout moment faire appel à un praticien de l'Art infirmier de référence qui dispose de connaissances en matière de soins palliatifs
- être gradué ou breveté
- compléter le dossier infirmier par les informations suivantes :
 - enregistrement des symptômes
 - échelle de douleur
 - contacts avec la famille du patient
 - résultats des réunions de coordination
- mentionner, pour chaque forfait, les pseudocodes correspondant aux prestations que vous avez effectuées pendant la journée de soins
- vous assurer que le médecin-traitant a complété le formulaire « Avis médical » et l'a envoyé au médecin-conseil de la mutualité.

Vous ne pouvez attester cette prestation que pour un patient palliatif séjournant à son domicile.

(Voir 3^e Partie, IX. "Le patient palliatif à domicile").

7. A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations spécifiques pour patients diabétiques de la rubrique VI ?

Vous pouvez attester ces prestations selon les dispositions suivantes :

- honoraire de suivi pour l'accompagnement d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes (423231 - 423334) :
 - vous pouvez attester cet honoraire une fois par jour les jours où vous administrez une injection d'insuline au patient
 - vous devez assurer le suivi infirmier selon un plan de soins approuvé par le médecin-traitant, conformément aux directives fixées

- honoraire forfaitaire pour la constitution du dossier infirmier spécifique au patient diabétique (423135) :
 - vous pouvez attester cet honoraire une seule fois et uniquement si vous êtes l'infirmier(e) référent (= si vous soignez régulièrement le patient et effectuez régulièrement les injections)
 - vous ne pouvez pas attester cet honoraire chez des patients pour qui un forfait ou un supplément palliatif est attesté
 - vous devez préalablement vous concerter avec le médecin-traitant sur les objectifs des soins infirmiers, et plus particulièrement sur l'indication d'éducation diabétique
 - vous devez mentionner les éléments suivants dans le dossier diabétique :
 - l'anamnèse infirmière standardisée
 - les problèmes de soins et les diagnostics infirmiers
 - le planning de soins concret, y compris le programme éducatif et le suivi du patient
 - les objectifs relatifs à l'éducation diabétique et le suivi élaborés avec le médecin-traitant
- prestations forfaitaires pour l'éducation individuelle aux soins autonomes d'un patient diabétique par un infirmier relais (423150) :
 - vous pouvez attester cette prestation une seule fois et uniquement si vous êtes agréé comme infirmier relais en matière de diabète
 - vous devez assurer l'éducation pendant au moins 5 heures (minimum 30 minutes par séance) conformément aux directives fixées
 - vous devez joindre un rapport de chaque séance d'éducation ainsi qu'une évaluation tant au dossier de l'infirmier(e) relais qu'au dossier de l'infirmier(e) référent
 - vous devez transmettre les résultats du programme d'éducation au médecin-traitant
 - vous ne pouvez pas attester cette prestation en cumul avec un forfait ou supplément palliatif ou avec la prestation 423231/423334
- prestations forfaitaires pour la présence d'un infirmier référent lors de l'éducation individuelle aux soins autonomes (423172) :
 - vous pouvez attester cette prestation une seule fois et uniquement si vous avez assisté à au moins deux séances d'éducation, dont la dernière
 - vous ne pouvez pas attester cette prestation en cumul avec un forfait ou supplément palliatif
- prestations forfaitaires pour l'éducation individuelle à la compréhension, par l'infirmier(e) référent ou l'infirmier relais en diabétologie (423194) :
 - vous pouvez attester cette prestation une seule fois, en qualité d'infirmier référent ou d'infirmier relais
 - vous devez assurer l'éducation au moins 2 heures (minimum 30 minutes par séance) qui doit être conforme aux directives fixées
 - vous devez conserver dans le dossier infirmier un rapport de chaque séance avec une évaluation
 - vous ne pouvez pas attester cette prestation en cumul avec un forfait ou un supplément palliatif

- prestation forfaitaire pour le suivi d'un patient diabétique après l'éducation aux soins autonomes (423216) :
 - vous ne pouvez attester cette prestation qu'après avoir suivi l'éducation individuelle aux soins autonomes par un infirmier relais (attestation numéro de la nomenclature 423150)
 - vous devez préalablement discuter du suivi infirmier avec le médecin-traitant
 - vous devez joindre le planning des soins au dossier diabétique spécifique
 - vous pouvez attester cette prestation deux fois par année civile
 - vous ne pouvez pas attester cette prestation chez des patients pour qui la prestation 423231/423334 a déjà été attestée.



 Vous ne pouvez pas attester les prestations relatives à l'éducation diabétique (423150, 423172, 423194 et 423216) pour un patient qui est inscrit dans un programme d'autorégulation du diabète, sauf s'il remplit simultanément les conditions mentionnées dans le § 5ter 3°.

Tableau 8 : récapitulatif

Numéro de nomenclature	Infirmier référent	Infirmier relais	Convention autorégulation	Palliatif	Conditions suppl.
423135 constitution du dossier en concertation avec le médecin (1x par patient)	oui	non	oui	non	Dossier spécifique Anamnèse/diagnostic Planning Concertation médecin
423150 éducation aux soins autonomes (1x par patient)	non	oui	non	non	Inf. relais
423172 présence infirmier référent pour éducation aux soins autonomes	oui	non	non	non	Inf. référent au moins 2x présent dont dernière session
423194 éducation à la compréhension 1x par patient	oui	oui	non	non	Inf. relais
423216 suivi après éducation aux soins autonomes max. 2x/an	oui	oui	non	oui	Accords avec médecin Planning dans dossier inf. spécifique 423150 a été attesté
423231 (423334 pendant WE) suivi en dehors du cadre des soins autonomes	oui	oui	non	oui	Approuvé et actualisé par médecin Plan de soins Ne plus attester 423150 ou 423216

 Plus d'informations sur l'agrément de l'infirmier(e) relais et sur les directives relatives au dossier diabétique spécifique et à l'éducation en matière de diabète : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Les infirmiers relais en soins de plaies et en diabétologie > Directives concernant les honoraires forfaitaires pour les prestations aux patients diabétiques.

8. A quelles conditions pouvez-vous attester la prestation avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, suivi d'un accord du médecin-traitant (424896) ?

Vous pouvez attester cette prestation pour les soins au patient qui soit :

- souffre de démence entraînant une inadéquation de l'observance thérapeutique
- présente une déficience visuelle non corrigée
- a des troubles moteurs momentanés ou définitifs d'un ou des deux membre(s) supérieur(s)
- est contraint à prendre une médication complexe.



Une **médication complexe** est constituée d'au minimum 5 molécules différentes par jour à répartir en 3 prises journalières au minimum. La médication¹²⁹ qui est intégrable dans une boîte à médicaments, un pilulier ou un récipient équivalent, pour une semaine, consiste en :

- toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives
- toute substance ou composition pouvant être utilisée ou pouvant être administrée en vue soit de restaurer, de corriger ou de modifier des fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique, soit d'établir un diagnostic médical.

Cette prestation remboursée à 100% comprend :

- l'acte intellectuel pour la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale
- l'élaboration d'un diagnostic infirmier
- la concertation avec le médecin-traitant.

Vous devez compléter un formulaire¹³⁰, le faire signer pour accord par le médecin-traitant et conserver ce document dans le dossier infirmier.

Vous pouvez:

- cumuler cette prestation au cours d'une même séance avec toutes les prestations de l'article 8 sauf lorsque vous atteste des honoraires forfaitaires
- l'attester une fois par patient et par année civile
- la réaliser sans prescription.

129. Loi du 25-03-1964, art. 1 sur les médicaments.


130. RSS, annexe 81.

9. A quelles conditions pouvez-vous attester la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale (424874) ?

Vous pouvez attester cette prestation :


- après avoir attester la prestation 424896
- une fois par semaine et par patient pendant maximum un an. La semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures
- en cumul au cours d'une même séance avec toutes les prestations de l'article 8 sauf durant une semaine pendant laquelle vous atteste des honoraires forfaitaires
- à condition que le médecin-traitant ait donné son accord et apposé sa signature sur le formulaire, mentionné au point 8 ci-dessus, que vous avez préalablement rempli. Ce formulaire doit être conservé dans le dossier du patient.

La prestation comprend la préparation, répartie par jour, dans une boîte à médicaments, un pilulier ou un récipient équivalents, de tous les médicaments que le patient doit prendre pendant une semaine par voie orale.

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Soins par l'infirmier > Attester la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale.

10. A quelles conditions pouvez-vous attester des toilettes ?

a. Dispositions générales


 **La toilette** englobe les soins infirmiers généraux d'hygiène, y compris les soins préventifs. Elle est le cas échéant complétée par une mobilisation du patient.


Vous devez informer le médecin-conseil (voir point 17 ci-après).

Vous pouvez attester des toilettes si le patient obtient au moins un score de 2 pour le critère « se laver ».

Vous ne pouvez pas attester plus de une toilette par patient et par jour.

Pour fixer la fréquence hebdomadaire des toilettes, la semaine s'étend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.

 Si vous effectuez une toilette limitée uniquement aux parties intimes, vous ne pouvez pas attester une toilette.

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Soins par l'infirmier > Attester une toilette intime.



Les prestations 424874 et 424896 ne sont pas prises en compte pour le calcul du plafond journalier.

b. Nombre maximum de toilettes remboursables

Le nombre de toilettes remboursables est **uniquement** déterminé en fonction de l'échelle d'évaluation de la « dépendance physique » prévue dans le § 5. Ce nombre ne dépend donc ni de la prescription du médecin, ni du souhait du patient ou de son entourage¹³¹.



Si vous effectuez davantage de toilettes que ne l'autorise l'échelle d'évaluation, les toilettes en surplus sont à charge du patient.

Si la situation du patient change et entraîne une modification du nombre de toilettes remboursables, vous pouvez appliquer le changement du nombre de toilettes à partir de la semaine qui suit le changement de situation.

Le nombre **maximum** de toilettes est :

- **2 toilettes par semaine** : (pas les samedis, dimanches et jours fériés) si le patient obtient au moins un score de 2 pour le critère « se laver »
- **une toilette par jour** si le patient obtient :
 - au moins le score 2 pour les critères « se laver » **et** « s'habiller » **et** pour le critère « continence », un score de 3 ou plus ou un score de 2 à la suite de la combinaison de l'incontinence urinaire nocturne et de l'incontinence urinaire diurne occasionnelle
 - au moins le score 2 pour les critères « se laver » et « s'habiller » **et** « désorientation » dans le temps et l'espace (corroboré par une attestation médicale établie suivant le modèle officiel¹³²)
 - score 4 pour les critères « se laver » **et** « s'habiller ».

Score minimal de l'échelle de Katz déterminant le nombre de toilettes remboursables par semaine.

Tableau 9 : Score minimal de l'échelle de Katz déterminant le nombre de toilettes remboursables par semaine

Se laver	S'habiller	Transfert et déplacement	Aller aux toilettes	Continence	Manger	Nombre de toilettes / semaines
2				2 pour la nuit + occasionnellement		2
2	2					7
2	2			3 ou 4		7
2	2	+ attestation désorienté dans le temps et l'espace				7
4	4					7

131. NPS, art. 8 § 6 5°.


132. RSS, annexe 2.


11. A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations de soins de plaies spécifiques ?


Les conditions sont les suivantes :

- la nature de la plaie détermine le type de prestation que vous pouvez attester, les définitions des différents types de plaies figurent au § 8 1°
- la prestation « **surveillance de plaie avec un pansement bioactif** » couvre votre consultation et l'évaluation du pansement. Vous pouvez l'attester 15 fois par mois au maximum. Pour le remplacement d'un pansement bioactif, vous pouvez, selon la nature de la plaie, attester une des prestations pour soins de plaie(s) simples, complexes ou spécifiques (voir aussi 2^e Partie, VII. 2.)
- vous pouvez attester la prestation « **application de pommade et/ou d'un produit médicamenteux** » en cas de soins pour zona, eczéma, psoriasis, verrues, dermato-mycoses ou autre lésion cutanée pour laquelle le traitement est indiqué par le médecin-traitant. Vous ne pouvez pas attester cette prestation pour l'application d'une pommade hydratante pour la prévention de plaie de décubitus
- vous pouvez attester la prestation « **application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire** » uniquement pendant trente jours à partir du jour où l'intervention chirurgicale à l'œil a eu lieu
- vous pouvez attester la prestation « **soins de plaie(s) complexes** » à condition de tenir à jour un dossier de soins de plaie(s) spécifiques
- vous pouvez attester la prestation « **soins de plaie(s) spécifiques** » à condition :
 - de tenir à jour un dossier de soins de plaie(s) spécifiques
 - que la surface de la plaie soit de 60 cm² ou plus
 - que le traitement dure au moins 30 minutes.
Si le traitement dure moins de 30 minutes, vous pouvez attester la prestation « soins de plaie(s) complexes »
- la prestation « **visite d'un infirmier relais en cas de soins de plaie(s) spécifiques** » couvre toutes les composantes de la prestation de base. Cette prestation peut être attestée :
 - 1 fois par mois et maximum 3 fois par an chez un même patient
 - si l'infirmier(e) qui a demandé la visite est présent(e)
 - si l'infirmier(e) relais établit un rapport écrit à l'attention du médecin-traitant. Ce rapport doit être joint au dossier de soins de plaie(s) spécifiques.

Vous ne pouvez pas cumuler cette prestation au cours d'une même séance avec les prestations « soins de plaie(s) simples » et « soins de plaie(s) complexes ».

 Si au cours de la même séance vous effectuez de manière combinée plus d'une prestation « soins de plaie(s) simples », « soins de plaie(s) complexes » et « soins de plaie(s) spécifiques », vous ne pouvez attester que la prestation ayant la valeur la plus élevée.

 Vous ne pouvez pas attester les soins de plaie(s) que le patient ou son entourage peuvent effectuer eux-mêmes ou apprendre à effectuer.

 Plus d'informations sur l'attestation des soins de plaie(s) par l'infirmier(e) relais et sur les directives en matière de dossier de soins de plaie(s) spécifiques : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Les infirmiers relais en soins de plaies et en diabétologie > Directives relatives aux soins de plaies.

12. A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers ?

Les conditions sont les suivantes :


- vous pouvez attester les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers uniquement si vous êtes gradué ou assimilé, accoucheuse ou breveté
- vous pouvez attester chacune de ces prestations une seule fois par journée de soins
- les honoraires prévus couvrent l'acte infirmier, y compris le matériel
- pour les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 vous devez envoyer une notification au médecin-conseil¹³³ dans laquelle vous communiquez les éléments suivants :
 - le numéro INAMI du praticien de l'Art infirmier qui introduit la notification
 - le numéro INAMI du prescripteur
 - le numéro d'inscription de sécurité sociale (NISS) du patient
 - le type de prestation
 - la date de début et la date de fin de la période.


Si le type de prestation désigne soit :

- la mise en place et/ou la surveillance de perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées)
- l'administration et/ou la surveillance de l'alimentation parentérale

alors :

1. vous devez conserver le plan de soin à disposition du médecin-conseil. Un rapport médical circonstancié du médecin-traitant n'est plus une condition pour pouvoir attester une des prestations 425375, 425773, 426171 et 429155. Pour cette dernière, la prescription médicale doit mentionner le débit et la quantité par 24 heures¹³⁴
2. vous pouvez attester ces prestations en cumul avec toutes les prestations, compte tenu cependant la limitation suivante : si au cours d'une séance vous atteste une prestation technique spécifique, vous ne pouvez pas attester les prestations techniques spécifiques suivantes :
 - application de pommade ophtalmique
 - surveillance de plaie avec un pansement bioactif
 - application de pommade
 - application de pansements compressifs
 - préparation et administration de médicaments pour des patients psychiatriques chroniques.

 Au cours d'une même séance de soins, vous ne pouvez pas attester les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers 425375, 425773 et 426171 en cumul avec le placement d'un cathéter à demeure, sauf si les sites d'injections sont différents pour chacune des prestations¹³⁵. Vous devez mentionner ces différents sites dans le dossier médical.

 Vous pouvez attester le remplacement d'une sonde de gastrostomie ou d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet à condition qu'un médecin ait effectué la fistulisation et le premier remplacement¹³⁶.

133. NPS, art. 8 § 7.

134. NPS, art. 8 § 2°.

135. Règle interprétative n° 1 de l'Art infirmier.

136. NPS, art. 8 § 9.

13. A quelles conditions pouvez-vous attester les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers 427534, 427556 et 427571 ?

Vous devez respecter les conditions suivantes :

- attester les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers uniquement si vous êtes gradué ou assimilé, accoucheuse ou breveté
- les honoraires prévus couvrent l'acte infirmier, y compris le matériel mais ne couvrent pas le pansement protecteur
- communiquer un rapport au médecin-traitant au minimum une fois par semaine. Cela peut se faire lors d'une discussion à propos du patient, par téléphone ou par voie électronique
- observer/évaluer l'état du patient y compris l'évaluation de la douleur. Vous devez conserver l'échelle de douleur dans le dossier infirmier
- surveiller le cathéter afin de prévenir l'infection, la dislocation, la fuite
- contrôler le point de ponction et la plaie, éventuellement avec un changement de pansement si nécessaire
- contrôler le fonctionnement de la pompe et le débit prescrit du contenu
- contrôler les bolus supplémentaires
- modifier la dose d'entretien, y compris l'adaptation du débit de la médication antidouleur, sur base d'une prescription médicale écrite
- changer le réservoir de la médication
- effectuer une visite supplémentaire lors d'une même journée de soins pour un contrôle si nécessaire
- assurer le maniement de l'appareillage, y compris le redémarrage de la pompe après une alarme.



Vous ne pouvez pas attester le soin de la plaie au niveau du point de ponction du cathéter. Vous devez mentionner dans le dossier infirmier tout autre soin de plaie effectué lors de la même journée de soins.

14. A quelles conditions pouvez-vous attester les codes 425375, 425773 et 426171 (nutrition parentérale) ?

Vous pouvez attester ces codes lorsque vous :

- mettez en place et/ou surveillez des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées)
- administrez et/ou surveillez l'alimentation parentérale (= par voie intraveineuse)¹³⁷.

S'agissant d'honoraires forfaitaires, vous ne pouvez attester ces codes qu'une seule fois par jour par patient.

Vous ne pouvez pas attester ces codes lorsque vous administrez une alimentation via une sonde :

- gastrique
- de gastrostomie
- d'entérostomie.

Dans ces cas vous devez attester les codes 425213, 425611 et 426016.

15. A quelles conditions pouvez-vous attester des prestations pendant un week-end ou des jours fériés ?

Les conditions sont les suivantes :

- l'état du patient rend ces prestations nécessaires pendant cette période
- vous effectuez ces prestations au domicile du patient¹³⁸.



Si vous effectuez ces prestations au cours de ces périodes pour des raisons personnelles, vous devez attester les prestations correspondantes du § 1 1°, 3° ou 4°.

16. A quelles conditions pouvez-vous attester la consultation infirmière ?



La **consultation infirmière** englobe l'identification des problèmes de santé infirmiers et la formulation des soins à effectuer en concertation avec le patient ou son entourage immédiat. Vous devez mentionner ces données dans un rapport à joindre au dossier infirmier et transmettre une copie de ce rapport au médecin-traitant s'il en fait la demande.



Plus d'informations concernant le plan de soins : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Soins par l'infirmier > Attester une consultation infirmière.

17. Pour quelles prestations existe-t-il une procédure de notification ?

Vous devez informer le médecin-conseil de votre intention d'attester les prestations suivantes :

- honoraires forfaitaires par journée de soins (forfaits A, B, C)
- honoraires forfaitaires pour patients palliatifs (PA, PB, PC, PP, PN)
- toilettes
- prestations techniques spécifiques de soins infirmiers 425375, 425773, 426171 et 419155.

a. Comment introduire la demande ?

Vous devez envoyer au médecin-conseil un formulaire sous forme électronique via MyCarenet dans les 10 jours civils qui suivent le début du traitement. En cas de non-respect de ce délai, la mutualité ne remboursera les soins qu'à partir de la date de réception.

138. NPS, art. 8 § 1 1°.

Les formulaires requis sont les suivants :

- notifications pour les toilettes¹³⁹ et les demandes de forfaits
- notifications pour les patients palliatifs¹⁴⁰
- notifications pour les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers¹⁴¹.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > MyCareNet pour l'infirmier à domicile.

Vous devez aussi :

- mentionner la période concernée par la demande de soins. Cette période ne peut jamais excéder 3 mois
- introduire une nouvelle demande à l'échéance de la période faisant l'objet de la demande ou lorsque le degré de dépendance physique du patient change
- notifier à la mutualité la fin anticipée ou l'interruption égale ou supérieure à 10 jours calendrier, des soins infirmiers relatifs à une demande ou une notification pour des honoraires forfaitaires ou des toilettes.

b. L'accord du médecin-conseil est-il requis avant de pouvoir entamer un traitement ?

L'accord n'est pas requis avant de pouvoir entamer un traitement. Le médecin-conseil peut cependant marquer son opposition. Dans ce cas le refus d'intervention de l'assurance maladie pour vos prestations concerne toutes vos prestations effectuées **à partir du 1^{er} jour de traitement compris**. Cette opposition est portée à votre connaissance par voie électronique via MyCareNet et à la connaissance de votre patient par courrier postal.

18. Comment devez-vous compléter l'échelle d'évaluation (échelle de Katz) ?

Vous devez compléter l'échelle d'évaluation le plus objectivement possible en tenant compte uniquement du degré de dépendance physique de votre patient (voir tableau ci-après). Il vous est conseillé de consulter à cet effet les directives prévues en la matière.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Soins par l'infirmier > Echelle d'évaluation (Katz).

Tableau 10 : Scores minima pour l'octroi des différents forfaits						
FORFAIT	Se laver	S'habiller	Transfert et déplacement	Aller aux toilettes	Contenance	Manger
A ou PA*	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4 pour un critère au moins			
B ou PB*	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4 pour un critère au moins	
C ou PC*	4	4	4	4	3 ou 4 pour un critère, 4 pour l'autre	

* forfait PA – PB ou PC si le patient a reçu le statut de "patient palliatif"

139. RSS, annexe 3.

140. RSS, annexe 6.

141. NPS, art. 8 § 9.

19. Le médecin-conseil peut-il modifier l'échelle d'évaluation que vous avez établie ?

Le médecin-conseil peut diminuer le forfait (modification du score de C -> B ou A ; de B -> A) ou le remplacer par une prestation à l'acte. Cette modification est valable au moins 6 mois, sauf en cas de nouvelle indication médicale (corroborée par une attestation médicale). Dans ce cas, vous devrez introduire une nouvelle demande.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Infirmiers > Soins par l'infirmier > Echelle d'évaluation (Katz) > Que pouvez-vous faire si vous recevez une décision de désorçage relative à une demande ou une notification arrivée chez le médecin-conseil à partir du 1^{er} juillet 2014 ?



Le médecin-conseil approuve dans la plupart des cas la demande sur pièces, cela ne constitue donc pas une «approbation» du score de l'échelle de Katz que vous établissez. Ce score peut faire l'objet d'une modification à l'occasion d'un contrôle effectué par une infirmière de la mutualité ou un inspecteur du SECM.

20. Qui doit attester si, dans le cadre d'un forfait plusieurs prestataires de soins interviennent pour réaliser des soins chez un même patient au cours de la même journée ?

C'est le prestataire de soins qui a effectué la première séance de soins de la journée qui doit attester la prestation.

21. Des questions au sujet de l'interprétation correcte de la nomenclature ?

Vous pouvez :

- consulter le site : www.inami.be. Vous y trouverez entre autres le texte en vigueur de la nomenclature, ainsi que les règles interprétatives
- vous adresser à d'autres organismes tels que les O.A. et les organisations professionnelles qui disposent aussi d'informations à ce sujet
- en l'absence de réponse, adresser votre question à l'INAMI. (Voir 4^e Partie, Plus d'informations).



INAMI
Service des soins de santé
Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles.

Ce service traitera la question ou, le cas échéant, la présentera au Conseil technique compétent qui traitera la question au fond.

3^e Partie

L'infirmier(e) et son patient





Cette troisième partie passe en revue les différentes assurances soins de santé. L'information relative à l'assurance obligatoire soins de santé y est présentée du point de vue du patient (assurabilité, coût, ticket modérateur, maximum à facturer (MAF), tiers-payant, droits du patients).

I. Différents types d'assurances soins médicaux

1. L'assurance obligatoire "soins de santé" pour les assujettis à la sécurité sociale belge

Cette assurance obligatoire soins de santé et indemnités couvre tous les soins préventifs et curatifs prévus par la loi ASSI¹⁴². L'affiliation et le paiement des cotisations y sont légalement obligatoires. Certaines personnes dont les revenus sont faibles ne paient pas de cotisations.

Pour avoir droit aux avantages de cette assurance, le patient doit être affilié à une mutualité. Celle-ci vérifie son assurabilité, c.-à-d. l'ensemble des conditions qu'il doit remplir pour pouvoir bénéficier du remboursement des soins de santé.

2. L'assurance complémentaire des mutualités

Une mutualité peut rembourser certains soins non couverts par l'assurance obligatoire, moyennant paiement d'une cotisation complémentaire. Les soins couverts par cette assurance complémentaire peuvent varier d'une mutualité à l'autre.



Exemples

- lentilles pour jeunes
- vaccinations nécessaires en cas de voyages
- dédommagement pour baby-sitter en cas d'enfants malades
- cotisations pour les clubs sportifs
- orthodontie
- prothèses dentaires
- etc.

3. Les assurances dans d'autres régimes

Dans certains cas, une partie ou l'entièreté des soins médicaux sont couverts, entièrement ou en partie, par des assurances qui s'inscrivent dans le cadre d'un autre régime.

142. Loi ASSI, art. 34.

> Exemples

- assurance accident de travail des entreprises
- assurance responsabilité civile (par exemple, en cas d'accident de la circulation)
- Fonds des maladies professionnelles pour les maladies professionnelles
- assurances accidents sportifs ou scolaires
- assurance voyage.

Lorsqu'une de ces assurances intervient, l'assurance soins de santé rembourse l'éventuelle partie non prise en charge par l'assurance.

> Exemples

- L'assurance accident de travail rembourse la totalité des soins.
- Souvent les assurances privées ne remboursent que le ticket modérateur.

Dans la mesure du possible, vous devez introduire vos honoraires directement auprès de l'assurance responsable. Si la responsabilité n'a pas encore été établie, la mutualité peut avancer (au patient ou à vous-même en tiers-payant) le montant de ces prestations. La mutualité récupère ses avances auprès de l'assurance responsable lorsque la responsabilité a été établie au terme du jugement rendu (droit de subrogation¹⁴³).

4. Les assurances privées et individuelles

Des assurances privées remboursent les frais de soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire.


> Exemple

La plus connue est l'assurance hospitalisation. Selon la police d'assurance, les suppléments liés à la chambre individuelle sont remboursés de manière variable.

5. L'assurance « soins » ou « dépendance » en Flandre

L'assurance "soins ou dépendance" en Flandre couvre sous forme d'un forfait mensuel les soins non médicaux en cas de diminution d'autonomie à domicile ou d'admission en maisons de repos ou en institution de soins psychiatriques.

L'affiliation est obligatoire pour les personnes domiciliées en Flandre à partir de 25 ans et libre pour celles de la région de Bruxelles-Capitale.

 Plus d'informations sur le site internet www.zorg-en-gezondheid.be.

6. Des assurances particulières

D'autres assurances particulières existent avec leurs règles propres.

> L'assurance du personnel des institutions de l'Union européenne.

Dans le cas où une assurance, autre que l'assurance soins de santé, intervient (également) dans le coût des frais pharmaceutiques, le patient peut demander au pharmacien une attestation BVAC (Bijkomende Verzekering-Assurance Complémentaire) où sont mentionnés les montants non remboursés par les mutualités.

II. L'assurabilité « soins de santé » du patient

1. Assujetti à la sécurité belge

a. Identifier l'assuré social

Vous pouvez identifier l'assuré au moyen de son titre d'identité électronique et lire électroniquement son numéro d'identification de sécurité sociale (NISS) qui est, dans la majorité des cas, le numéro de registre national.

Les titres d'identité électronique valables sont :

- la carte d'identité électronique classique (eID)
- la Kids-ID pour les enfants de moins de 12 ans
- la carte électronique délivrée aux ressortissants non belges de l'Union européenne qui séjournent en Belgique
- le titre de séjour électronique délivré aux ressortissants des pays hors Union européenne qui séjournent en Belgique
- la carte isi⁺ pour :
 - les travailleurs frontaliers de nationalité étrangère et leur famille
 - les travailleurs détachés temporairement en Belgique
 - les Belges domiciliés à l'étranger
 - les enfants de moins de 12 ans qui n'ont pas de Kids-ID.



Ce sont les mutualités qui délivreront progressivement et automatiquement les cartes isi⁺ à leurs affiliés.

b. Vérifier l'assurabilité (le droit au remboursement des soins de santé)

Vous pourrez consulter l'assurabilité de votre patient. Cela vous permettra de vérifier qu'il est en ordre vis-à-vis de sa mutualité en cas d'application du tiers-payant et de déterminer le montant du ticket modérateur.

Les mutualités sauvegardent les données dans une base de données et les tiennent à jour quotidiennement.

c. Utilisation de la carte SIS

La carte SIS reste utilisable pendant une période transitoire dans certains cas :

- les enfants qui n'ont pas de Kids-ID mais disposent d'une carte SIS valide
- si vous n'avez pas encore accès au réseau MyCareNet.



Plus d'informations sur les sites de :

- l'INAMI : www.inami.be, Professionnels > Info pour tous > Dispensateurs de soins - Accès aux données d'assurabilité des patients
- la Banque carrefour de la sécurité sociale : www.bcscs.fgov.be, rubrique carte isi⁺/carte SIS > FAQ: Fin progressive de l'utilisation de la carte SIS.

d. Preuve de l'assurabilité pour l'étranger

L'assujetti à la sécurité sociale belge qui voyage en Europe a intérêt à emporter sa carte européenne d'assurance maladie (CEAM) comme preuve de son assurabilité (cette carte peut être obtenue sur simple demande adressée à la mutualité).


Les prestations de santé fournies en dehors du territoire national sont remboursées sous certaines conditions¹⁴⁴.

2. Personne en séjour temporaire en Belgique


a. Ressortissant de l'Espace économique européen¹⁴⁵ et de la Suisse

Lorsqu'une personne est en possession d'une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou d'un document assimilé, elle a droit aux prestations de santé qui s'avèrent nécessaires pour pouvoir continuer son séjour dans des conditions médicalement sûres.

Les soins de santé et leur remboursement sont effectués conformément à la législation belge.


 Vous devez appliquer les mêmes règles et documents (ordonnances, ASD, etc.) que s'il s'agissait d'un patient belge en ce qui concerne la qualité des soins, la tarification, l'information sur les prestations non remboursées, la délivrance des prescriptions et la remise des attestations¹⁴⁶.

En cas d'application du tiers-payant, il faut faire une copie de la CEAM ou du document assimilé.

 La CEAM ne couvre en aucun cas les soins programmés.

b. Ressortissant d'un pays avec lequel la Belgique a conclu un accord bilatéral concernant la sécurité sociale (y compris l'assurance soins de santé)¹⁴⁷

Lorsqu'un ressortissant de ces pays est en possession du formulaire d'accord bilatéral en question, il a droit aux soins médicaux d'urgence pendant la validité du formulaire aux mêmes conditions que les personnes en possession d'une CEAM (voir point a.).

 Contrôlez toujours la validité des documents présentés (la durée de validité dépend du pays d'origine).



En l'absence de CEAM, de document assimilé ou d'accord bilatéral, les mutualités belges ou les services sociaux des hôpitaux peuvent demander la preuve de l'assurabilité dans le pays de résidence.

144. Loi ASSI, art. 136 § 1 et A.R. du 03-07-1996, art. 294.

145. Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède.

146. Traité et règlement européen 883/2004 et directive 2011/24/UE du parlement Européen et du Conseil du 9/03/2011, art. 4 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

147. Algérie, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Monténégro, Macédoine, Serbie, Tunisie et Turquie.

c. Résident originaire d'autres pays

Celui-ci paye lui-même ses frais médicaux.



Plus d'informations :

- sur le site de l'INAMI : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement : En savoir plus > International > Vacances > Vous partez en vacances dans l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse
- sur le portail fédéral : www.belgium.be, rubrique Santé > En voyage
- sur le site de l'ASBL Medimmigrant : www.medimmigrant.be, rubrique Soins de santé par statut de séjour > Ressortissants de l'UE

3. Demandeur d'asile

a. Le demandeur d'asile en cours de procédure¹⁴⁸

Pour le demandeur d'asile dont la demande a été faite :

- **avant le 1^{er} juin 2007**, si la demande est déclarée :
 - recevable : il reste assuré via la mutualité
 - non recevable : les dispositions ci-après sont applicables
- **après le 1^{er} juin 2007** et qui séjourne :
 - dans un centre collectif (par exemple de la Croix rouge), il peut faire appel au service médical du centre ou bien au médecin / à l'institution avec lequel/laquelle l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) a conclu un accord de collaboration
 - dans un centre individuel d'Initiative Locale d'Accueil (ILA = prise en charge par le CPAS dans une maison privée), les demandes d'intervention et les factures doivent être adressées à l'ILA à l'attention du CPAS
 - ailleurs (libre choix de résidence), la Cellule de centralisation des frais médicaux de Fedasil est chargée de l'information et du paiement des dispensateurs de soins.

Une demande (un réquisitoire) préalable d'intervention dans les frais médicaux doit être envoyée à cette cellule :



Cellule de centralisation des frais médicaux de Fedasil
rue des Chartreux 21
1000 Bruxelles
Tél. : 02 213 43 25
Fax : 02 213 44 12.

En cas d'urgence, il suffit que le médecin joigne une attestation confirmant qu'il s'agissait de soins urgents.

La nomenclature de l'INAMI est applicable avec certaines modifications¹⁴⁹.

¹⁴⁸. Loi du 12-01-2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers.

¹⁴⁹. A.R. du 09-04-2007.

b. Le demandeur d'asile reconnu comme réfugié

Il est inscrit dans une mutualité.

c. Le demandeur d'asile dont la demande a été rejetée ou en séjour illégal

Il n'est pas assurable par une mutualité. Cependant il a toujours droit à "l'aide médicale urgente" dans le cadre de la législation CPAS¹⁵⁰. Cette réglementation est plus large que la loi sur l'aide médicale urgente. Il s'agit en fait de tous les soins médicalement nécessaires de nature préventive ou curative.

Un demandeur d'asile, qui était inscrit à une mutualité (voir point 3. a. : « Le demandeur d'asile dont la demande a été faite avant le 1^{er} juin 2007»), garde son assurabilité jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit le refus du statut de réfugié.



Plus d'informations

- auprès du CPAS local
- sur le site de Fedasil : www.fedasil.be
- sur le site de l'asbl Medimmigrant : www.medimmigrant.be.

III. Intervention du patient pour les soins médicaux : le ticket modérateur

1. En quoi consiste le ticket modérateur ?



Le **ticket modérateur** (T.M.), appelé aussi quote-part personnelle, est la partie des frais médicaux supportée par le patient.

Cette contribution permet de maîtriser la consommation médicale et de maintenir l'équilibre financier de l'assurance soins de santé.

2. Le ticket modérateur est-il toujours le même¹⁵¹ ?

Le ticket modérateur peut varier de 0% pour des traitements indispensables, à 80% pour des traitements moins importants (p.ex., la catégorie Cx des médicaments).

Le ticket modérateur dépend aussi :

- du statut du patient (par exemple bénéficiaire de l'intervention majorée, BIM)
- du dispensateur de soins (conventionné ou non)
- des circonstances dans lesquelles la prestation est effectuée
- de la classe des médicaments.

150. A.R. du 12-12-1996 et loi CPAS du 08-07-1976, art. 57 § 2.

151. Loi ASSI, art. 34 et 37.

a. Le statut du patient

Le T.M. est diminué¹⁵² pour certaines catégories de patients en fonction :

- de l'âge du patient
 - jusqu'au 10^e anniversaire, le ticket modérateur est limité pour les visites du médecin généraliste
 - jusqu'au 18^e anniversaire, les soins dentaires (sauf l'orthodontie) sont remboursés sans ticket modérateur
 - à partir de 18 ans, le ticket modérateur pour les soins dentaires varie selon la prestation effectuée et le statut du patient (voir ci-après)
- de certains avantages sociaux¹⁵³ pour les :
 - ayants droit au minimum vital (« revenu d'intégration sociale¹⁵⁴ ») s'ils en ont bénéficié pendant au moins 3 mois complets ininterrompus
 - bénéficiaires de secours accordés par le CPAS dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 s'ils en ont bénéficié pendant au moins 3 mois complets ininterrompus
 - titulaires bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées (GRAPA)¹⁵⁵
 - titulaires bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées ainsi que celui qui conserve le droit à la majoration de la rente¹⁵⁶
 - personnes bénéficiant effectivement d'une allocation aux personnes avec un handicap¹⁵⁷
 - bénéficiaires d'allocations familiales majorées (en raison d'une incapacité physique ou mentale supérieure à 66%)
 - mineurs étrangers non accompagnés dans certaines circonstances¹⁵⁸
 - orphelins de père et de mère bénéficiant des allocations familiales
- des revenus du ménage limités à un certain plafond.

Deux cas sont possibles :

- le patient est :
 - veuf, pensionné ou invalide
 - inscrit au Registre national des personnes physiques et reconnu incapable d'exercer un travail lucratif en raison de son état de santé
 - en incapacité de travail ou chômeur complet depuis un an
 - titulaire d'une famille monoparentale
 - membre d'un ménage qui a droit à une allocation de chauffage attribuée par le CPAS.

La mutualité lui demandera de compléter une déclaration relative aux revenus **actuels** de son ménage et de joindre notamment le dernier avertissement extrait de rôle. Les revenus doivent être inférieurs à un plafond annuel fixé en fonction du nombre de personnes du ménage

152. A.R. du 23-03-1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ... pour certaines prestations.

153. A.R. du 23-03-1982 et A.R. du 15-01-2014 relatif à l'intervention majorée.

154. Loi du 26-05-2002.

155. Loi du 22-03-2001.

156. Loi du 01-04-1969.

157. Loi du 27-02-1987.

158. Loi ASSI, art. 32 al. 1 2^o.

- le patient n'est pas dans une de ces situations citées au point précédent, mais les revenus du ménage ne dépassent pas un plafond annuel en fonction du nombre de personnes du ménage.

La mutualité lui demandera de compléter une déclaration relative aux revenus du ménage **l'année précédente** et de joindre notamment le dernier avertissement extrait de rôle.

Dans les 2 cas, la mutualité vérifiera par la suite les revenus selon une procédure appelée « contrôle systématique » dans lequel la mutualité, le SPF Finances et le Service du contrôle administratif de l'INAMI interviennent.

- du statut de « patient palliatif ». Il n'y a pas de ticket modérateur pour les soins dispensés aux patients palliatifs à domicile.



Plus d'informations

- SPF Sécurité sociale : www.securitesociale.be, Citoyen > rubrique Santé : Remboursement de frais médicaux ou www.handicap.fgov.be, Direction générale Personnes handicapées
- l'INAMI : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé > Coût et remboursement > Facilités financières > L'intervention majorée offre un meilleur remboursement de frais médicaux.

b. Le statut des dispensateurs de soins

Pour les kinésithérapeutes, les accoucheuses, infirmières et auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré à la convention nationale, le ticket modérateur (T.M.) peut être plus élevé. Ceci n'est pas valable pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée BIM (excepté pour certains soins infirmiers où il peut y avoir une augmentation limitée du T.M.).



Le ticket modérateur pour les frais de déplacement est de 25 % quel que soit le statut du patient¹⁵⁹.

c. Les circonstances

Le T.M. dépend également des circonstances dans lesquelles la prestation est effectuée :

- les personnes hospitalisées ne paient qu'un forfait minimal par journée d'hospitalisation pour l'ensemble des médicaments remboursables
- le T.M. peut également être réduit pour promouvoir la qualité des soins. Par exemple : le T.M. est moindre quand le médecin généraliste tient un dossier médical global pour son patient
- le montant du T.M. pour une consultation dans un service d'urgences agréé est moins élevé quand le patient a été envoyé par un médecin généraliste ou un service médical d'urgence, ou transporté par le service 100¹⁶⁰
- il n'y a pas de T.M. pour les examens réalisés dans le cadre du dépistage des cancers organisé par les Régions et Communautés,



Exemples

- la mammographie
- la recherche de sang occulte dans les selles (dépistage du cancer du colon).

159. Convention nationale, art. 8.

160. NPS, art. 25 § 3b/s.


d. La classe des médicaments

Les médicaments sont regroupés en différentes catégories de remboursement. Le montant du ticket modérateur diffère, non seulement en fonction de cette catégorisation, mais aussi en fonction du statut du patient (bénéficiant d'une intervention majorée ou non).

Tableau 11 : Plafonds des tickets modérateurs (T.M.) pour les médicaments

Catégories de remboursement	Patients avec remboursement majoré (BIM)	Patients sans remboursement majoré
A	Remboursé à 100 %	Remboursé à 100 %
B	T.M. de 7,80 EUR maximum	T.M. de 11,80 EUR maximum
B grand modèle*	T.M. de 9,70 EUR maximum	T.M. de 14,70 EUR maximum
C	T.M. de 9,70 EUR maximum	T.M. de 14,70 EUR maximum
Cs	Remboursé à 40 % T.M. sans maximum	Remboursé à 40 % T.M. sans maximum
Cx	Remboursé à 20 % T.M. sans maximum	Remboursé à 20 % T.M. sans maximum
D	Pas de remboursement	Pas de remboursement
Fb	T.M. de 7,80 EUR maximum	T.M. de 11,80 EUR maximum
Fb grand modèle*	T.M. de 9,70 EUR maximum	T.M. de 14,70 EUR maximum

* Un grand modèle contient plus de 60 doses.

 Plus d'informations : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Médicaments > Remboursement d'un médicament > Spécialités pharmaceutiques remboursables > Le ticket modérateur des spécialités pharmaceutiques délivrées en pharmacie publique.


e. Etes-vous obligé de demander le ticket modérateur ?

Il n'y a aucune obligation de demander le ticket modérateur pour des soins infirmiers.


IV. Le maximum à facturer (MAF)



Il n'est pas tenu compte des suppléments demandés par les dispensateurs, des médicaments de type Cx, Cs et D, des frais d'hébergement dans les maisons de repos et de soins, des initiatives d'habitation protégée, de la marge de sécurité de certaines prothèses, de certains frais occasionnés à l'étranger.

 Le **maximum à facturer** (MAF) est le montant maximum des tickets-modérateurs qu'un patient ou un ménage doit payer pour certains soins de santé durant une année civile. Il permet d'augmenter, pour chacun, l'accessibilité financière aux soins de santé.

Dès que la somme des tickets modérateurs de certains soins de santé d'un patient ou d'un ménage excède un plafond déterminé (MAF) durant une année civile, ce patient ou ce ménage se voit rembourser intégralement les tickets modérateurs pour les soins de santé qui entrent en ligne de compte pour ce calcul du MAF pour le reste de cette année civile.

 Plus d'informations : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Facilités financières > Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé.

V. Soins dispensés par des services intégrés de soins à domicile¹⁶¹

Les services intégrés de soins à domicile couvrent l'ensemble des soins du patient du point de vue organisation pratique et soutien ; l'intervention des professionnels des différentes disciplines est nécessaire (travailleurs de la santé et psychologues). Ces services sont organisés par zone de soins et ont les missions suivantes¹⁶² :

- l'évaluation de l'autonomie du patient
- l'établissement et le suivi d'un plan de soins
- la répartition des tâches entre les prestataires de soins
- la concertation multidisciplinaire.

Un remboursement est prévu pour la concertation pluridisciplinaire et l'enregistrement effectués dans le cadre des soins à domicile dispensés aux patients se trouvant dans une des situations suivantes :

- autonomie réduite
- état neurovégétatif permanent¹⁶³ ou état pauci relationnel minimal
- problèmes psychiatriques chroniques et complexes.



Plus d'informations sur les services intégrés de soins à domicile : www.inami.be, Professionnels > Établissements et services de soins > Services intégrés de soins à domicile (SISD).

VI. Le tiers-payant



Le **tiers-payant** est le mode de paiement selon lequel vous recevez le montant de l'intervention remboursé par l'ASSI directement de la mutualité à laquelle le patient est affilié.

Seuls les tickets modérateurs (éventuels) sont directement perçus auprès du patient.

Pour les exceptions et les modalités, voir 2^e Partie, II. 11. "Attestation en tiers-payant".

161. A.R. du 15-12-2009 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde un financement aux services intégrés de soins à domicile.

162. A.R. du 08-07-2002, fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile.

163. A.R. du 18-11-2005 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients en état végétatif persistant.

VII. Trajets de soins¹⁶⁴



Un **trajet de soins** organise et coordonne la prise en charge et le suivi du patient qui souffre d'une maladie chronique. Il prévoit une collaboration entre 3 parties : le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste.

Le trajet de soins commence après la signature du contrat de trajet de soins par ces 3 parties et dure 4 ans.

À l'heure actuelle, 2 trajets de soins sont opérationnels : un pour l'insuffisance rénale chronique et un pour le diabète de type 2. En tant qu'infirmier vous êtes concerné par le trajet de soins diabète.



Plus d'informations sur les sites :

- www.inami.be, Thèmes > Qualité des soins > Trajets de soins
- www.trajetdesoins.be > Vous êtes un professionnel > Infirmiers.

VIII. Droits du patient

La loi du 22 août 2002 détermine un certain nombre de droits au patient. Ci-dessous, un aperçu des dispositions les plus importantes.

1. Définitions et champ d'application

On entend par :

- **patient** : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non
- **praticien professionnel** : tout praticien, tant conventionnel¹⁶⁵ que non conventionnel¹⁶⁶ (homéopathe, chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur)
- **champ d'application** : tant le droit privé que le droit public, contractuel ou « non-contractuel »
- **conditions** : le praticien professionnel respecte les dispositions de cette loi, le cas échéant en concertation multidisciplinaire, pour autant que le patient y apporte son concours.

2. De quels droits le patient bénéficie-t-il ?

Le patient bénéficie :

a. des droits généraux

- à la dignité humaine et à l'autonomie
- à des soins de qualité répondant à ses besoins

164. Convention nationale, art. 10b/s.

165. Loi professions de santé.

166. Loi du 29-04-1999.

b. du libre choix du praticien professionnel et de modifier son choix

c. du droit, par rapport aux informations concernant son état de santé, soit :

- d'obtenir toutes les informations nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution (également en cas d'éventuel pronostic funeste) :
 - verbalement, dans une langue claire
 - par écrit, à sa demande
 - par l'entremise d'une personne de confiance, suite à une demande écrite de sa part.

Exception : en cas de danger pour la santé du patient. Dans ce cas, le praticien professionnel doit se concerter avec d'autres praticiens professionnels. La raison pour laquelle les informations ont été refusées doit être motivée dans le dossier

- de ne pas être informé : moyennant une demande écrite, il peut refuser de recevoir toute information.

Exception : en cas de danger pour la santé du patient ou de tiers. Dans ce cas, le praticien professionnel doit se concerter avec un autre praticien professionnel

d. du droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable

- L'information sur l'intervention comprend, au préalable et en temps opportun :
 - l'objectif
 - les modalités
 - les contre-indications
 - les effets secondaires
 - les soins de suivi
 - les alternatives possibles
 - les répercussions financières
 - les conséquences possibles en cas de refus
 - la date.
- Le consentement à une intervention :
 - est donné expressément, sauf lorsque le praticien peut raisonnablement déduire du comportement du patient qu'il consent à l'intervention
 - est éventuellement fixé par écrit, à la demande du praticien ou du patient, avec l'accord de l'autre
 - peut être refusé ou retiré par le patient. A la demande d'une des deux parties, ce refus ou ce retrait sont fixés par écrit.

Remarques :

- le refus d'une intervention n'entraîne pas l'extinction du droit du patient à des prestations de qualité
- le refus d'une intervention doit être respecté, même si le patient n'est plus par la suite en mesure d'exercer ses droits lui-même
- en cas d'urgence, sans l'existence connue d'une volonté exprimée par le patient ou son représentant légal, toute intervention nécessaire du praticien professionnel est pratiquée dans l'intérêt du patient.



Le prix maximum est de 0,10 EUR par page copiée et de 25 EUR pour une copie totale du dossier. Pour l'information sauvegardée de manière informatique, le prix est de 10 EUR maximum¹⁶⁸.

e. du droit à un dossier et à sa consultation

Le patient a le droit :

- d'avoir un dossier soigneusement tenu, et conservé en lieu sûr, où il peut lui-même ajouter des documents
- de consulter son dossier. Le praticien doit donner suite à sa demande dans les 15 jours mais les annotations personnelles ainsi que les données concernant des tiers ne pourront pas être consultées
- de faire consulter son dossier par une personne de confiance. Si cette dernière est un praticien professionnel, ce dernier a également le droit de consulter les annotations personnelles
- d'obtenir une copie de son dossier. Ce droit peut être refusé quand il est clair que le patient est mis sous pression par des tiers pour obtenir ces renseignements.

Si le praticien refuse la consultation du dossier pour des raisons médicales, le patient peut désigner un autre praticien professionnel pour exercer son droit.

En cas de décès, pour autant que la demande soit suffisamment motivée et que le patient ne s'y soit pas opposé, la famille peut faire consulter le dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné en tant que personne de confiance. Celui-ci peut également consulter les annotations personnelles.

Il est interdit de prendre une copie du dossier après le décès.

f. du droit à la protection de sa vie privée en ce qui concerne

- les informations liées à sa santé
- son intimité. La présence de personnes est limitée au strict nécessaire dans le cadre des examens/traitements à effectuer.

Exception : pour la protection de la santé publique ou la protection des intérêts ou droits de tiers.

g. du droit d'introduire une plainte

A qui le patient peut-il s'adresser pour porter plainte ?

Lorsque la plainte vise un dispensateur qui travaille :

- dans un hôpital, le patient contacte le service de médiation de cet hôpital
- en dehors d'un hôpital (ex. médecin généraliste, médecin spécialiste à son cabinet privé, infirmière indépendante, dentiste, etc.), le patient peut s'adresser au service de médiation fédéral « Droits du patient ».



SPF Santé publique
DG Soins de santé
Service de médiation fédérale « Droits du patient »
Place Victor Horta, 40 boîte 10
1060 Bruxelles
Médiateur fédéral francophone : Tél : 02 524 85 21 Fax : 02 524 85 38
E-mail : mediation-droitsdupatient@sante.belgique.be.



Chaque hôpital est obligé d'instaurer une fonction de médiation qui doit travailler indépendamment des dispensateurs de soins.



Plus d'informations sur les sites :

- du SPF Santé publique : www.health.fgov.be, rubrique Ma santé > Droits du patient et médiation interculturelle > Les Services de médiation « Droits du patient » En savoir plus ...
- www.patientrights.be.

h. d'être informé

- du statut d'autorisation d'exercer du dispensateur
- de ce qu'il dispose, ou non, d'une assurance responsabilité civile professionnelle.

3. Qui représente le patient si celui-ci est mineur ou incapable d'exercer ses droits lui-même ?

a. Pour les mineurs et les personnes assimilées

C'est le parent ou le tuteur, mais le patient est associé à l'exercice de ses droits en fonction de son âge et de sa capacité de compréhension. Un mineur émancipé peut donc exercer entièrement ses droits.

b. Pour les patients incapables d'exercer eux-mêmes leurs droits¹⁶⁸

Ceux-ci sont exercés en ordre décroissant par :

- un représentant s'il a été désigné au préalable par un mandat du patient. Ce mandat doit être signé par le patient et par son représentant
- la famille, en l'absence de mandat, et par ordre de priorité :
 - l'époux / l'épouse ou le / la partenaire
 - un enfant majeur
 - un parent
 - un(e) frère/sœur majeur(s)
- le praticien professionnel (également en cas de désaccord entre des représentants).

Lorsqu'il s'agit du droit de porter plainte, cet ordre n'est pas d'application.

Exceptions :

- dans le cadre de la protection de la vie privée, le praticien professionnel peut exiger que le droit à la consultation du dossier par le représentant du patient s'exerce par un autre praticien professionnel choisi par le patient
- dans le cadre de la protection de la vie et de la santé du patient, le praticien professionnel peut déroger à une décision du représentant, le cas échéant après une concertation multidisciplinaire, sauf si le représentant est en possession d'un mandat écrit invoquant la volonté expresse du patient.

168. Loi du 22-08-2002, art. 14 §§ 1 et 2 et art. 15.

IX. Le patient en soins palliatifs à domicile¹⁶⁹

1. Qu'entend-on par "patient palliatif à domicile" ?



Le **patient palliatif à domicile** est un patient¹⁷⁰ :

- pour qui le décès est prévisible dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de 3 mois)
- qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles
- dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique
- chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable
- ayant des besoins importants qui nécessitent un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés
- ayant l'intention de mourir à domicile
- et qui répond aux conditions mentionnées dans le formulaire "avis médical".

2. Démarches à accomplir pour la reconnaissance du statut "patient palliatif à domicile" ?

Un médecin doit remplir le formulaire "avis médical" et l'envoyer au médecin-conseil de la mutualité. Après avis de celui-ci, le patient obtient le statut et une première intervention forfaitaire (voir point 3.).

La demande peut être renouvelée une fois après 30 jours pour une seconde intervention.

3. De quels avantages le patient palliatif à domicile bénéficie-t-il ?

Il bénéficie des avantages suivants¹⁷¹ :

- absence de ticket modérateur pour la visite à domicile par le généraliste et pour vos soins infirmiers (forfaits palliatifs)
- 2 séances de kinésithérapie par jour sans ticket modérateur
- une intervention forfaitaire pour les médicaments non remboursés, les frais de soins et de matériel pour une période de 30 jours, renouvelable une fois. L'intervention est de 647,16 EUR en 2015.

169. A.R. du 02-12-1999.

170. A.R. du 02-12-1999, art. 3.

171. A.R. du 23-03-1982, art. 7octies.

4. Pouvez-vous faire appel à des services spécialisés ?

Vous pouvez faire appel à l'expertise d'une association de soins palliatifs de votre région. Cette structure dispose d'une ou de plusieurs équipe(s) multidisciplinaire(s) de soutien qui emploie(nt) également des psychologues¹⁷². Elle donne des conseils et assure un soutien psychologique aux dispensateurs de première ligne, aussi bien à domicile qu'en maison de repos.



Plus d'informations sur les sites de :

- l'INAMI : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé > Infirmiers > Soins par l'infirmier > Dispenser et attester des soins palliatifs à domicile
- la Fédération wallonne des soins palliatifs : www.soinspalliatifs.be
- l'association pluraliste de soins palliatifs de la région de Bruxelles-Capitale : www.palliabru.be.

X. Euthanasie¹⁷³



L'**euthanasie** est l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

Toute personne majeure, qui :

- est capable et consciente au moment de sa demande
- se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable
- fait la demande de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qui ne résulte pas d'une pression extérieure

peut obtenir l'euthanasie.

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

En tant qu'infirmier vous pouvez noter dans votre dossier la demande répétée du patient de pouvoir obtenir l'euthanasie.

Les personnes mineures reconnues capable de discernement peuvent introduire une demande d'euthanasie en cas de souffrances physiques à l'exclusion de la souffrance psychique.



Vous pouvez refuser d'effectuer un acte d'euthanasie pour des raisons personnelle ou éthique¹⁷⁴.

172. A.R. des 13-10-1998 et 04-10-2001.

173. Loi sur l'euthanasie du 28-05-2002.

174. Loi sur euthanasie du 28-05-2012, art. 14.

XI. Le Fonds des accidents médicaux¹⁷⁵

Les victimes d'un accident médical peuvent éventuellement bénéficier d'une indemnisation du Fonds des accidents médicaux (FAM). Celui-ci est compétent pour les dommages qui se sont produits à partir du 02 avril 2010.



L'avis du FAM n'est pas contraignant, ni pour les parties impliquées, ni pour le juge.

Vous êtes obligé de répondre aux demandes de renseignements émanant du FAM dans un délai de 30 jours. Si vous ne répondez pas dans ce délai, vous risquez une amende de 500 EUR par jour de retard.

La fourniture de ces renseignements au FAM ne constitue pas une violation du secret professionnel¹⁷⁶.



Plus d'informations : www.inami.be, Thèmes > Accidents médicaux.

175. Loi du 31-03- 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

176. Code pénal, art. 458.

4^e Partie

Communication



I. Circulaires



Le dispensateur de soins a l'obligation de s'informer sur les dispositifs légaux. L'ignorance ne pourra jamais être invoquée comme justification en cas de procédure judiciaire.

La publication au **Moniteur belge** est la **manière officielle**¹⁷⁷ de promulguer des lois et des arrêtés. C'est également la manière officielle de les faire entrer en vigueur à partir d'une date déterminée.

La **circulaire** a pour but d'informer les dispensateurs de soins sur des sujets jugés pertinents tels que la réglementation, les honoraires, les règles interprétatives, les modalités de facturation ou encore l'accord entre les dentistes et les Organismes assureurs.

Parfois également, les circulaires fournissent des explications complémentaires concernant des problèmes constatés dans l'application de la réglementation.



La base légale demeure toujours la publication au Moniteur belge et non la circulaire en tant que telle. De même, pour la date d'entrée en vigueur, ce n'est pas l'envoi de la circulaire qui est déterminant mais bien la publication au Moniteur belge et la date d'entrée en vigueur qui y est mentionnée.

II. Le site de l'INAMI : www.inami.be

Le site de l'INAMI www.inami.be reprend de nombreuses informations.



Vous pouvez vous inscrire à l'alerte quotidienne : vous serez informé au jour le jour des modifications.



www.inami.be, Inscrivez-vous à l'alerte (pages récemment modifiées) et à la newsletter.

177. Loi du 31-05-1961, Publication et promulgation de lois et de règlements.

III. e-HealthBox



L'**e-HealthBox** est une boîte aux lettres électronique sécurisée mise à votre disposition, en tant que dispensateur de soins, par la plate-forme e-Health. Elle permet une communication électronique sécurisée de données médicales et confidentielles entre les acteurs des soins de santé belges.



Lorsque les moyens techniques seront opérationnels, un document signé de manière électronique envoyé via la e-HealthBox aura valeur de recommandé postal¹⁷⁸.

Comment vous connecter à votre e-HealthBox ?

Vous devez :

- aller sur le portail e-Health www.e-health.fgov.be
- cliquer sur «MY EHEALTH» (en haut, à gauche)
- vous identifier avec votre carte d'identité électronique
- dès l'authentification validée, accéder à l'application e-HealthBox
- vous identifiez en tant que professionnel de la santé.

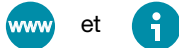
Vous pouvez également être averti, via votre boîte mail personnelle, de l'arrivée d'un nouveau message dans votre e-HealthBox. Vous pouvez activer cette application (e-Health Update Info), en cliquant sur le lien « cliquez ici » dans « My e-Health ».

178. Loi du 24 février 2003, art. 4/1 et 4/2.

IV. Plus d'informations

Vous trouverez d'avantage d'informations via :

- les données de contact (adresses électroniques, numéros de téléphone, numéros de fax, adresses pour courrier postal) figurant dans la présente brochure au regard des pictogrammes



- le site de l'INAMI : www.inami.be
- l'adresse mail : communication@inami.fgov.be. La Cellule communication de l'INAMI transférera le courriel au(x) service(s) concerné(s)
- d'autres institutions telles que les mutualités, les associations scientifiques ou professionnelles.



Contactez aussi le Service des soins de santé ou le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI :

- par courrier
avenue de Tervueren, 211
1150 Bruxelles
- dans les bureaux de l'INAMI entre 9 h et 12 h (possibilité de rendez-vous)
- par téléphone

Service des Soins de santé

Direction générale 02 739 78 00

Secrétariat général 02 739 77 65
02 739 71 92

Service d'évaluation et de contrôle médicaux

Secrétariat 02 739 75 08

Greffe de la Chambre de 1^{er} instance et de la
Chambre de recours 02 739 75 11

V. Changement d'adresse

Une bonne communication est essentielle : communiquez-nous votre adresse de contact et ses modifications.



Vous pouvez modifier vos données sur : www.inami.be, Professionnels > Info pour tous > Communiquez-nous votre adresse de contact.

VI. Adresses des Commissions médicales provinciales

Le rôle et les missions de la Commission médicale provinciale sont décrits dans la 1^{re} Partie, I 2 B.



SPF Santé publique, Call center : 02 524 97 97
Adresse e-mail générale : CMP-PGC@sante.belgium.be

1. Brabant d'expression française

Place Victor Horta 40/10, 1060 Bruxelles
Tél. : 02 524 97 72, fax : 02 524 98 20
E-mail : veronique.souvel@sante.belgique.be
Heures d'ouverture : mardi et jeudi, de 14h à 16h.

2. Hainaut

Rue des Fossés 1, 7000 Mons
Tél. : 02 524 99 82, fax : 02 524 99 87
E-mail : didier.taminiau@sante.belgique.be
Heures d'ouverture : lundi, mardi, jeudi de 9h à 12h et de 13h30 à 15h30, mercredi et vendredi uniquement sur rendez-vous.

3. Liège

Bld Frère Orban 25, 2^e étage, 4000 Liège
Tél. : 02 524 79 01, fax : 04 254 15 68
E-mail : isabelle.renard@sante.belgique.be
Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h. Pour inscription visa (diplômes) : le mardi de 9h à 11h et de 14h à 16h ou sur rendez-vous.

4. Luxembourg

Rue docteur Lomry 3, 6800 Libramont
Tél. : 061 23 00 73, fax : 061 23 43 79
E-mail : IH.libramont@sante.belgique.be
Heures d'ouverture : mardi de 10h à 12h et de 14h à 16h.

5. Namur

Résidence Les Célestines Place des Célestines 25, 5000 Jambes

Tél. : 02 524 99 64

E-mail : juliette.renard@sante.belgique.be ou pierre.stevenant@sante.belgique.be

Heures d'ouverture : tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 16h. Pour inscription visa (diplôme), uniquement le mercredi de 9h à 11h30 et de 14h à 15h30.

6. Antwerpen

Pelikaanstraat, 4, 2^e verdieping, 2018 Antwerpen

Tel. : 02 524 78 50, fax : 02 524 78 58

E-mail: icm.antwerpen@gezondheid.belgie.be

Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u.

7. Limburg

FAC Verwilghen-Gebouw A, Voorstraat 43, 3500 Hasselt

Tel. : 02 524 78 02, fax : 02 524 78 21

E-Mail: katia.machiels@gezondheid.belgie.be

Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u en na afspraak.

8. Nederlandstalige Brabant

Philipssite 3, B bus 1, 3001 Leuven

Tel. : 02 524 97 73, fax : 02 524 99 67

E-Mail: monique.coppens@gezondheid.belgie.be

martine.roelants@gezondheid.belgie.be

Openingsuren: dinsdag en donderdag van 9u tot 11u en van 14u tot 15u30.

9. Oost-Vlaanderen

Kouterpoort - Ketelvest 26 bus 201 9000 Gent

Tel. : 02 524 99 73 of 02 524 99 72, fax : 02 524 99 78

E-mail: pascale.demaele@gezondheid.belgie.be

rita.dedoncker@gezondheid.belgie.be

Openingsuren: maandag en woensdag van 9u tot 11u30.

10. West-Vlaanderen

FAC Kampgebouw, Konig Albert I laan, 1/5 bus 1, 8200 Brugge

Tel. : 02 524 79 30, fax : 02 524 79 33

E-Mail: zeger.vermeulen@gezondheid.belgie.be

christiane.bonny@gezondheid.belgie.be

marieann.debie@gezondheid.belgie.be

Openingsuren : maandag en dinsdag van 9u30 tot 12u en van 14u tot 16u.

Annexes



Acronymes

AGSD	Attestation globale de soins donnés
A.M.	Arrêté ministériel
A.R.	Arrêté royal
ASD	Attestation de soins donnés
ASSI	Assurance soins de santé et invalidité
BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée
BVAC	Bijkomende verzekering - assurance complémentaire
CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CIC	Code d'instruction criminelle
CMP	Commission médicale provinciale
CPAS	Centre public d'aide sociale
CPS	Code pénal social
CSJ	Centre de soins de jour
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
FAM	Fonds des accidents médicaux
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
ILA	Initiative locale d'accueil
INAMI	Institut national assurance maladie et invalidité
IRV	invitation au remboursement volontaire
ISI	Identification Sociale / Sociale Identificatie / Soziale Identifizierung
L.C.	Loi coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi ASSI)
Loi ASSI	Loi coordonnée le 14 juillet 1994
MAF	Maximum à facturer
M.B.	Moniteur belge
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
NISS	Numéro d'identification de sécurité sociale
NPS	Nomenclature des prestations de santé
O.A.	Organisme assureur
PVC	Procès-verbal de constat
RSS	Règlement des soins de santé
SCA	Service du contrôle administratif
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux
S.I.	Service des indemnités
SIS (carte)	Carte d'identité sociale
SPF	Service public fédéral
SSI	Soins de santé et indemnités
SSS	Service des soins de santé
T.M.	Ticket modérateur
TSD	Trajet de soins diabète

Index

A

actes de l'Art infirmier	13
Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile.....	75
aide-soignant.....	51
assurabilité	72
assurance soins ou dépendance en Flandre.....	71
attestation.....	34
commande.....	36
délivrance	37
dispensateur individuel.....	34
globale	34
MyCareNet.....	40
service de facturation	39
utiliser les ASD d'un confrère	36
attester	34
maison de repos et de soins	50
nombre de prestations.....	53
résidences-services.....	50
soins dispensés pendant une visite ou une consultation ou une prestation technique d'un médecin.....	50
soins infirmiers dispensés à l'hôpital.....	49

B

bénéficiaire de l'intervention majorée, BIM	76
---	----

C

carte européenne d'assurance maladie	73
circulaires	88
codes de compétence.....	11
coefficient	42
collyre	16, 61
Comité de l'assurance.....	44
Commission médicale provinciale.....	8
adresses	92
compétence.....	9
commissions de conventions.....	44
complément fonctionnel.....	25
conseils techniques.....	44
consultation infirmière	65
contrôle	29
Convention nationale.....	22

D

délégation de soins	51
demandeurs d'asile	74
document justificatif	39
documents internes	39
dossier infirmier	52
responsable	52
droits au patient	81

E

échelle de Katz	61, 66. Voir échelle d'évaluation
échelle d'évaluation	60, 66
euthanasie	86
évaluation	29

F

Fonds des accidents médicaux	86
forfaitaires	57, 58, 64, 65
formation continue	25
frais de déplacement	43
frais de gestion	25

H

hôpital	49
---------------	----

I

infirmier référent	57, 58
infirmier relais	57, 58
infractions à la législation	28
Initiative Locale d'Accueil	75
interrompt un traitement	21
intervention forfaitaire	
pour les services de soins à domicile	25
logiciel	24
intervention majorée	76

J

jours fériés	64
--------------------	----

L

lettre-clé	42
liberté thérapeutique	19
logiciel	24

M

maison de repos et de soins	50
mandat écrit	39
maximum à facturer	79
médecin-conseil	56, 62, 65, 66
Moniteur belge	88
MyCareNet	40

N

nomenclature.....	41
base légale.....	44
consulter.....	44
demandeurs d'asile.....	75
questions.....	67
Nomenclature des prestations de soins infirmiers.....	45
classification.....	45
Informations complémentaires.....	48
règles d'application.....	47
numéro INAMI.....	9

P

pansement bioactif.....	48, 53, 63
patient palliatif à domicile.....	84
patients diabétiques.....	57
patients lourdement dépendants.....	55
patients palliatifs.....	55, 56
pommade ophtalmique.....	53, 61, 63
prescription	
conditions.....	48
durée de validité.....	49
nécessité.....	48
non valable.....	49
prestation de base.....	55
prestations	
couvertes par une autre assurance.....	50
effectuées à l'étranger.....	51
remboursées à tort par l'assurance soins de santé.....	20
prestations techniques de l'Art infirmier.....	14
actes médicaux qu'un médecin peut vous confier.....	18
prestations techniques spécifiques de soins infirmiers.....	62
procédure de notification.....	65
pseudocodes.....	48

Q

qualification particulière en diabétologie.....	25
qualification professionnelle particulière.....	11
qui représente le patient.....	83

R

refuser d'effectuer un acte.....	21, 86
règles interprétatives.....	42
remboursement.....	14, 34, 42
responsabilité.....	20
administratif.....	20
civil.....	21
déontologique.....	20
financièrement.....	20
pénal.....	20

S

service de tarification	39
Service d'évaluation et de contrôle médicaux	28
services intégrés de soins à domicile.....	79
site de l'INAMI	88
soins de plaies spécifiques	61
suppléments.....	43

T

tarifs.....	42
ticket modérateur	76
tiers-payant	22, 24, 39, 80
titre professionnel particulier	11
toilettes.....	60
trajet de soins.....	80
types d'assurances	70

V

valeur relative	42
visa	9

W

week-end.....	64
---------------	----



Legal disclaimer

Les informations données dans ce document ne créent aucun droit. En cas de doute ou de contestation, seule la législation en vigueur est applicable.

4^e édition, Mars 2016

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), en collaboration avec le Service des soins de santé et la Cellule communication de l'INAMI, et avec la participation du Service public fédéral Santé publique

Design graphique : Cellule communication INAMI

Photos : Ab initio et Verypics

Dépôt légal : D/2016/0401/11