

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

**"SECTION 4.** - Soins donnés par des infirmiers gradués ou assimilés, des accoucheuses, des infirmiers brevetés, des hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

**"Art. 8. § 1<sup>er</sup>.** Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse, d'infirmier breveté, d'hospitalier/assistant en soins hospitaliers ou assimilé, appelés ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visées sous rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> et les honoraires forfaitaires et supplémentaires pour patients palliatifs visés sous les rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

**"1<sup>o</sup> Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.**

**I. Séance de soins infirmiers.**

**A. Prestation de base.**

425014	Première prestation de base de la journée de soins	W 0,879
425036	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 0,879
425051	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W 0,879

**B. Prestations techniques de soins infirmiers."**

"	425110	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,167	"
"	423054	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé	W 0,532	"
"	423076	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W 0,484	"
"	423091	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W 0,508	"
"	424255	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Surveillance de plaie avec pansement bioactif	W 0,484	
	424270	Application de pommades ou d'un produit médicamenteux	W 0,484	

	424292	Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire	W 0,484
	424314	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression, application et/ou enlèvement de bas	W 0,484
	424336	Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424255, 424270, 424292 et 424314	W 1,459 "
"	424351	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)</i> Soins de plaie(s) complexes	W 1,759 "
"	424373	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)</i> Soins de plaie(s) spécifiques	W 2,9 "
"	424395	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)</i> Visite d'un infirmier relais pour des soins de plaie(s) spécifiques	W 2,8 "
"	425176	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)</i> - sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie	W 0,804
	425191	- soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires	W 0,730
	425213	- évacuation manuelle de fécalome; - lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale; - tubage et drainage gastro-intestinal; - lavage intestinal; - nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W 0,730 "
"	425736	<i>"A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)</i> Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques	W 0,180 "
"	424874	<i>"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)</i> Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale	W 2,365 "

		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)	
		<b>"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."</b>	
"	425272	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 3,825 "
"	425294	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W 7,371 "
"	425316	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W 10,083 "
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005	
		<b>"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."</b>	
"	425375	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants : - mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées); - administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale;	W 8,934 "

"	423113	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Mise en place d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable	W 8,934 "
"	421072	"A.R. 15.12.2008" (en vigueur 1.2.2009) Retrait d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable	W 8,333 "
"	427416	"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010) Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet	W 2,302
	427475	Remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet	W 2,302 "
"	427534	"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) Honoraires pour la surveillance et le suivi lors de l'utilisation d'un système de pompe pour l'administration d'une analgésie chronique via un cathéter épidural ou intrathécal	W 2,946 "
		"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) <b>"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."</b>	
"	427011	"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : • dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3) • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	W 14,422
	427033	Honoraires forfaitaires PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : • dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4). • et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	W 11,750

	427055	Honoraires forfaitaires PA, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués : • au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) • sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	W 10,887 "
"	427173	<i>"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)</i> Honoraires forfaitaires PP, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués : • au bénéficiaire pour qui s'appliquent les dispositions du § 4, 6°; • sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	W 10,887
		<b>V. Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs.</b>	
	427070	Honoraires supplémentaires, dits forfait PN, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : • pour lequel une ou plusieurs prestations visées sous I ou sous III de la présente rubrique ont été attestées, sans que le plafond journalier visé au § 4, 6° n'ai été atteint. • et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°	W 7,062 "
		<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)</i> <b>VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.</b>	
	423135	Honoraire forfaitaire pour la constitution du dossier infirmier spécifique au patient diabétique et la concertation avec le médecin traitant	W 7,001
	423150	Honoraire forfaitaire pour l'éducation individuelle aux soins autonomes d'un patient diabétique par un infirmier relais en diabétologie	W 21,002
	423172	Honoraire forfaitaire pour la présence d'un infirmier référent lors de l'éducation individuelle aux soins autonomes	W 8,401
	423194	Honoraire forfaitaire pour l'éducation individuelle à la compréhension, dans laquelle un infirmier référent ou un infirmier relais en diabétologie fournit au patient diabétique des explications sur la pathologie	W 7,001
	423216	Forfait pour le suivi d'un patient diabétique après l'éducation aux soins autonomes	W 2,800

	423231	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W 0,070 "
		"A.R. 15.12.2008" (en vigueur 1.2.2009) <b>"VII : Consultation infirmière"</b>	
	429015	Consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile	W 5,555 "
		"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)	
"	424896	Avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, suivi d'un accord du médecin traitant	W 5,203 "
		"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010) <b>"VIII"</b>	
	428035	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W 0,134 "
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) <b>"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire."</b>	
		<b>I. Séance de soins infirmiers.</b>	
		<b>A. Prestation de base.</b>	
	425412	Première prestation de base de la journée de soins	W 1,206
	425434	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 1,206
	425456	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W 1,206
		<b>B. Prestations techniques de soins infirmiers."</b>	
"	425515	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,754 "
"	423253	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé	W 0,803 "
"	423275	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W 0,730 "
"	423290	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W 0,766 "
"	424410	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Surveillance de plaie avec pansement bioactif	W 0,730

coordination officieuse

	424432	Application de pommades ou d'un produit médicamenteux	W 0,730
	424454	Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire	W 0,730
	424476	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression, application et/ou enlèvement de bas	W 0,730
	424491	Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424410, 424432, 424454 et 424476	W 2,189 "
"	424513	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009) Soins de plaie(s) complexes	W 2,562 "
"	424535	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Soins de plaie(s) spécifiques	W 4,350 "
"	425574	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) - sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie	W 1,206
	425596	- soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires	W 1,094
	425611	- évacuation manuelle de fécalome; - lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale; - tubage et drainage gastro-intestinal; - lavage intestinal; - nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W 1,094 "
"	425751	"A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques;	W 0,269 "
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) <b>"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."</b>	
"	425670	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 5,710

	425692	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W 10,944 "
"	425714	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W 15,017 "
"	425773	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005 <b>"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."</b>  "A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants : - mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées); - administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale;	W 13,401 "
"	423312	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Mise en place d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable	W 8,934 "
"	421094	"A.R. 15.12.2008" (en vigueur 1.2.2009) Retrait d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable	W 8,333 "
"	427431	"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010) Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet	W 3,453
	427490	Remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet	W 3,453 "



"	427556	<p>"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) Honoraire pour la surveillance et le suivi lors de l'utilisation d'un système de pompe pour l'administration d'une analgésie chronique via un cathéter épidural ou intrathécal</p>	W 4,504 "
		<p>"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) <b>"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."</b></p>	
"	427092	<p>"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)</li> </ul> </li> <li>• et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li> </ul>	W 21,512
	427114	<p>Honoraires forfaitaires PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) et</li> <li>- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4).</li> </ul> </li> <li>• et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li> </ul>	W 17,493
	427136	<p>Honoraires forfaitaires PA, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)</li> </ul> </li> <li>• sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li> </ul>	W 16,253 "

"	427195	<p>"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)          Honoraires forfaitaires PP, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au bénéficiaire pour qui s'appliquent les dispositions du § 4, 6°.</li> <li>• sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li> </ul>	W 16,253	
		<p><b>V. Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs.</b></p>		
	427151	<p>Honoraires supplémentaires, dits forfaits PN, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour lequel une ou plusieurs prestations visées sous I ou sous III de la présente rubrique ont été attestées, sans que le plafond journalier visé au § 4, 6° n'ai été atteint,</li> <li>• et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li> </ul>	W 10,624	"
		<p>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)  <b>"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.</b></p>		
	423334	<p>Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes</p>	W 0,070	"
		<p>"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)  <b>"VII</b></p>		
	428050	<p>valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants</p>	W 0,134	"
		<p>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005  <b>"3° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées, soit dans une maison de convalescence."</b></p>		
		<p>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)  <b>"I. Séance de soins infirmiers.</b></p>		
		<p><b>A. Prestation de base.</b></p>		
	425810	<p>Première prestation de base de la journée de soins</p>	W 0,655	
	425832	<p>Deuxième prestation de base de la journée de soins</p>	W 0,655	
	425854	<p>Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins</p>	W 0,655	

<b>B. Prestations techniques de soins infirmiers"</b>			
"	425913	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,167 "
"	423356	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé	W 0,532 "
"	423371	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W 0,484 "
"	423393	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W 0,508 "
"	424550	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Surveillance de plaie avec pansement bioactif	W 0,484
	424572	Application de pommades ou d'un produit médicamenteux	W 0,484
	424594	Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire	W 0,484
	424616	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression, application et/ou enlèvement de bas	W 0,484
	424631	Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424550, 424572, 424594 et 424616	W 1,459 "
"	424653	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009) Soins de plaie(s) complexes	W 1,759 "
"	424675	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Soins de plaie(s) spécifiques	W 2,9 "
"	424690	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) Visite d'un infirmier relais pour des soins de plaie(s) spécifiques	W 2,8 "
"	425972	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) - sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie	W 0,804
	425994	- soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires	W 0,730

	426016	<ul style="list-style-type: none"> <li>- évacuation manuelle de fécalome;</li> <li>- lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale;</li> <li>- tubage et drainage gastro-intestinal;</li> <li>- lavage intestinal;</li> <li>- nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie</li> </ul>	W 0,730
	<b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."</b>		
	<p><i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)</i></p>		
"	426075	<p>Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)</li> </ul>	W 3,605
	426090	<p>Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)</li> </ul>	W 6,432 "
	<p><i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)</i></p>		
"	426112	<p>Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)</li> </ul>	W 8,874 "

		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)	
		<b>"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."</b>	
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)	
"	426171	Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants : - mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées); - administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale;	W 8,934 "
"	423415	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Mise en place d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable	W 8,934 "
"	421116	"A.R. 15.12.2008" (en vigueur 1.2.2009) Retrait d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable	W 8,333 "
"	427453	"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010) Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet	W 2,302
	427512	Remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet	W 2,302 "
"	427571	"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) Honoraire pour la surveillance et le suivi lors de l'utilisation d'un système de pompe pour l'administration d'une analgésie chronique via un cathéter épidural ou intrathécal	W 2,946 "
		"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)	
		<b>"IV</b>	
	428072	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W 0,134 "
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)	
		<b>"4° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers dans un centre de jour pour personnes âgées.</b>	
		<b>I. Séance de soins infirmiers.</b>	
		<b>A. Prestation de base.</b>	
	426215	Première prestation de base de la journée de soins	W 0,655
	426230	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 0,655
	426252	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W 0,655

<b>B. Prestations techniques de soins infirmiers."</b>		
426311	<i>Supprimée par A.R. 18.7.2002 (en vigueur 1.10.2002)</i>	
"	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 20.12.2007" (en vigueur 1.10.2007)</i>	
423430	Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé	W 0,532
	423452 Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W 0,484 "
"	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)</i>	
423474	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W 0,508 "
"	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)</i>	
424712	Surveillance de plaie avec pansement bioactif	W 0,484
	424734 Application de pommades ou d'un produit médicamenteux	W 0,484
	424756 Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire	W 0,484
	424771 Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression, application et/ou enlèvement de bas	W 0,484
	424793 Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424712, 424734, 424756 et 424771	W 1,459 "
"	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)</i>	
424815	Soins de plaie(s) complexes	W 1,759 "
"	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)</i>	
424830	Soins de plaie(s) spécifiques	W 2,9 "
"	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)</i>	
424852	Visite d'un infirmier relais pour des soins de plaie(s) spécifiques	W 2,8 "
"	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)</i>	
426370	- sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie	W 0,804
	426392 - soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires	W 0,730

426414 - évacuation manuelle de fécalome;  
 - lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale;  
 - tubage et drainage gastro-intestinal;  
 - lavage intestinal;  
 - nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie W 0,730 "

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"§ 2. Précisions relatives à la prescription :

Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin :

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"- les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, à l'exception des prestations 425110, 425515, 425913, 424395, 424690 et 424852. Les prestations 424255, 424410, 424550 et 424712 ne doivent pas être prescrites, mais ne sont attestables que durant la période pendant laquelle les soins de plaie par pansement bioactif ont été prescrits;"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"- les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>;"

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"- les prestations de soins infirmiers effectuées dans le cadre d'un des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> et sous les rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> à l'exception des soins d'hygiène;"

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"- les honoraires forfaitaires pour l'éducation individuelle des patients diabétiques aux soins autonomes (423150) et à la compréhension (423194), le forfait pour le suivi des patients diabétiques après l'éducation aux soins autonomes (423216) et les honoraires de suivi pour l'accompagnement infirmier des patients diabétiques qui ne passent pas aux soins autonomes (423231 et 423334);"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

"Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. Pour les prestations 425736 et 425751, la prescription doit mentionner, au lieu du nombre de prestations, la période sur laquelle elle porte; cette période est de maximum un an; la prescription est renouvelable."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, la prescription doit en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer.

Lorsqu'il s'agit d'une alimentation parentérale ou entérale ou de perfusions, la prescription doit en outre mentionner le débit et la quantité par 24 heures."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"Les prescriptions en matière de soins de plaie(s) comportent les éléments supplémentaires suivants :

- la description de la plaie;
- la fréquence maximale des soins;
- la posologie des médicaments à appliquer;
- la période pendant laquelle la plaie doit être soignée."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

1° lorsque les prestations sont effectuées à des bénéficiaires hospitalisés, ou soignés ambulatoirement dans les conditions qui autorisent l'établissement à porter en compte un des forfaits prévus dans la convention nationale avec les établissements hospitaliers, sauf si le bénéficiaire conjugue, pour une même journée, la qualité d'hospitalisé et d'ambulant. Dans ce cas l'intervention de l'assurance peut être octroyée, à condition que l'organisme assureur mentionne le pseudo-code 426613;

2° lorsqu'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée au bénéficiaire dans le cadre des dispositions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

3° lorsque les soins fournis font partie intégrante d'une consultation, d'une visite ou d'une prestation technique effectuée par un médecin;"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 9.1.1998)

"4° lorsque les soins sont dispensés au domicile ou résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées, au sens de l'arrêté royal du 19 décembre 1997 fixant les conditions auxquelles doivent répondre les institutions, qui sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, au sens de l'article 34, 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

"5° lorsque le dossier infirmier mentionné dans cet article n'existe pas ou si le contenu minimal décrit au § 4, 2° de cet article n'est pas mentionné dans ce dossier."



"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 4°:

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 4° comprend :

- l'observation globale du bénéficiaire;
- le planning et l'évaluation des soins;
- l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage;
- la tenue complète d'un dossier infirmier;
- les frais de déplacement, excepté les frais supplémentaires de déplacement en région rurale, sauf pour les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 3° et 4°."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

"2° Le contenu minimal du dossier infirmier comporte au moins :

- les données d'identification du bénéficiaire;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;
- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;
- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations techniques, décrites à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :

- la planification des soins;
- l'évaluation des soins;

Les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans l'alinéa précédent doivent être mentionnés au moins tous les deux mois dans le dossier infirmier.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s) complexes, décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- le dossier soins de plaie(s) spécifiques visé au § 8, 5°, chaque fois que la nomenclature l'exige.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 4, par dérogation à l'alinéa 3, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins toutes les deux semaines dans le dossier infirmier.

Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3° de cet article, ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1° de cet article ou d'autres prestations décrites au § 1<sup>er</sup>, 1°, V, VI et VII et au § 1<sup>er</sup>, 2°, V et VI, ou lorsque les soins sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs, décrits à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

- les éléments spécifiques pour ces prestations fixés dans cet article.

Dans les hypothèses visées à l'alinéa 6, par dérogation à l'alinéa 3 et à l'exception des prestations du § 1<sup>er</sup>, 1°, VI et VII, et du § 1<sup>er</sup>, 2°, VI, les éléments relevant concernant la planification et l'évaluation des soins mentionnées dans le deuxième alinéa doivent être mentionnés au moins chaque semaine dans le dossier infirmier.

Pour ce paragraphe, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures.

La planification et l'évaluation des soins doivent répondre, au niveau de leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs.

La tenue du dossier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé).

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans.

Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004)  
"3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 4° ne peuvent être portées en compte que si on atteste soit une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852, soit une ou plusieurs prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, et 3°."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"4° Sans préjudice des dispositions du § 6, les prestations 425110, 423054, 423076, 423091, 424255, 424270, 424292, 424314, 424336, 424351, 424373, 424395, 425176, 425191, 425213, 425515, 423253, 423275, 423290, 424410, 424432, 424454, 424476, 424491, 424513, 424535, 425574, 425596, 425611, 425913, 423356, 423371, 423393, 424550, 424572, 424594, 424616, 424631, 424653, 424675, 424690, 425972, 425994, 426016, 423430, 423452, 423474, 424712, 424734, 424756, 424771, 424793, 424815, 424830, 424852, 426370, 426392 et 426414 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance de soins infirmiers."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"5° Les soins ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins par le praticien de l'art infirmier que pour des raisons médicales figurant sur la prescription."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

"6° Pour un même bénéficiaire, le cumul des honoraires prévus par journée de soins pour les prestations effectuées le même jour à l'occasion de séances de soins différentes par un même ou un autre praticien de l'art infirmier, ne peut dépasser :

a) la valeur W 3,825, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, sont attestées;

b) la valeur W 5,710, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1<sup>er</sup>, 2°, sont attestées;

c) la valeur W 3,605, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1<sup>er</sup>, 3°, sont attestées;

d) la valeur W 3,605, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1<sup>er</sup>, 4°, sont attestées."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

"Pour la détermination des valeurs dans l'alinéa précédent, on ne tient pas compte des prestations 424395, 424690, 424852 et 424874."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

"§ **4bis** Précisions relatives aux prestations sous la rubrique VII du § 1<sup>er</sup>, 1°:

La prestation 429015 comprend la détermination des problèmes infirmiers de santé du patient et la formulation des objectifs de soins en concertation avec le patient et/ou son entourage. Les problèmes infirmiers de santé et les objectifs de soins sont consignés dans un rapport qui est joint au dossier infirmier

Sur demande du médecin traitant, le praticien de l'art infirmier lui transmet une copie du rapport de cette consultation infirmière.

La prestation 424896 peut uniquement être attestée pour les soins de personnes dont l'inadéquation de l'observance thérapeutique est liée à de la démence, présentant une déficience visuelle non corrigée, des troubles moteurs momentanés ou définitifs d'un ou des deux membres supérieurs, ou de personnes contraintes 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. Pour la détermination des minima dans la phrase précédente, est considérée la médication telle que décrite à l'article 1<sup>er</sup> de la loi sur les médicaments du 25 mars 1964 prise par le patient et qui est intégrable dans une boîte à médicaments, un pilulier ou un récipient équivalent, pour une semaine.

La prestation 424896 comprend l'acte intellectuel pour la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale.

Cet acte englobe l'élaboration d'un diagnostic infirmier et la concertation avec le médecin traitant. Cet acte est clôturé par l'établissement d'un document motivant la nécessité pour le praticien de l'art infirmier de prendre en charge la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale et par l'envoi de ce document au médecin traitant pour accord. Le modèle de ce document est fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs.

Si le médecin, par l'apposition de sa signature sur le document, marque son accord avec la prise en charge infirmière pour la préparation de médicaments administrés par voie orale, la prestation 424896 peut être attestée. Ce document signé doit être conservé dans le dossier infirmier.

La prestation 429015 peut être attestée par un praticien de l'art infirmier pour tout patient à qui des soins d'hygiène sont dispensés au minimum deux fois par semaine et pour autant que ces soins d'hygiène aient été dispensés pendant une période ininterrompue de 28 jours, qui prend cours le premier jour de la dispensation de ces soins d'hygiène. Cette prestation ne peut donc être attestée qu'au terme de ces 28 jours.

La prestation 429015 peut être attestée par un praticien de l'art infirmier pour tout patient palliatif à qui des soins d'hygiène sont dispensés au minimum deux fois par semaine. Dans ce cas, cette prestation peut être attestée à compter du premier jour de la dispensation de ces soins d'hygiène.

La prestation 424896 ne peut pas être attestée chez des patients pour lesquels des prestations du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, II et IV sont attestées.

Les prestations 429015 et 424896 ne peuvent être attestées au maximum qu'une fois par patient et par année civile.

Les prestations 429015 et 424896 peuvent être cumulées avec toutes les prestations de l'article 8 au cours de la même séance, sauf les exceptions mentionnées dans ce paragraphe.

Le rapport de la prestation 429015 doit satisfaire à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

**"§ 5.** Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>:"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + Erratum M.B. 17.11.2004

"1<sup>o</sup> La dépendance physique visée à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> est évaluée sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :

a) Se laver :

- (1) Est capable de se laver complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture;
- (3) A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;
- (4) Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

b) S'habiller :

- (1) Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets);
- (3) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;
- (4) Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

## c) Transfert et déplacements :

- (1) Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers;
- (2) Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...);
- (3) A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements;
- (4) Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer. "

"A.R. 25.10.2006" (en vigueur 1.1.2007)

## "d) Aller à la toilette

- (1) Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer;
- (2) A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;
- (3) A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;
- (4) A besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + Erratum M.B. 17.11.2004

## "e) Continence :

- (1) Est continent pour les urines et les selles;
- (2) Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris);
- (3) Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles;
- (4) Est incontinent pour les urines et les selles.

## f) Manger :

- (1) Est capable de manger et de boire seul;
- (2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;
- (3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;
- (4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire."

"A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004)

"2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3° remboursent d'une façon forfaitaire les prestations suivantes dispensées au cours d'une même journée de soins :

a) les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 4°;

b) les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852;

c) tous les actes techniques de soins infirmiers visés à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas repris à la rubrique I, B, à l'exception des prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3°.

Les honoraires forfaitaires pour les patients diabétiques visés à la rubrique VI du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° peuvent être cumulés avec les honoraires forfaitaires pour des patients lourdement dépendants visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3°."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

+ "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

"a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3° et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP;"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

+ "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.10.1997)  
 "c) pour chaque forfait attesté, plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait :"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.10.1997) +  
 "A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003 + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

"

Prestation	Pseudo-code	Nombre	N° INAMI du prestataire
1 <sup>ère</sup> prestation de base	426635		
2 <sup>ème</sup> prestation de base	426650		
3 <sup>ème</sup> prestation de base	426672		
4 <sup>ème</sup> prestation de base	426694		
5 <sup>ème</sup> prestation de base	426716		
425110, 425515 ou 425913	426731		
423054, 423076, 423091, 423253, 423275, 423290, ou 423356, 423371, 423393	426753		
424255, 424410 ou 424550	427210		
424270, 424432 ou 424572	427232		
424292, 424454 ou 424594	427254		
424314, 424476 ou 424616	427276		
424336, 424491 ou 424631	427291		
424351, 424513 ou 424653	427313		
424373, 424535 ou 424675	427335		
425176, 425574 ou 425972	426790		
425191, 425596 ou 425994	426812		
425213, 425611 ou 426016	426834		
425736 ou 425751	428013		
prestations de l'A.R. du 18.06.1990 non reprises aux rubriques I, B et III du § 1 <sup>er</sup> , 1 <sup>o</sup> , 2 <sup>o</sup> et 3 <sup>o</sup>	426856		

"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)  
 "d) il faut au minimum deux visites par journée de soins pour pouvoir attester le forfait C et forfait PC.

4° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> doivent être attestés par le praticien de l'art infirmier ayant attesté la première prestation de cette même journée de soins."



"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"§ 5bis. Précisions supplémentaires relatives aux honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°:

1° Dans le présent article, on entend par "patient palliatif", le bénéficiaire auquel a été accordé l'intervention forfaitaire dont il est question à l'article 2 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients "palliatifs" à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2° Les prestations 427011, 427033, 427055, 427173, 427070, 427092, 427114, 427136, 427195 et 427151 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par journée de soins et uniquement pour les jours où des soins infirmiers ont effectivement été dispensés."

"A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004)

"3° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° remboursent d'une façon forfaitaire les prestations suivantes dispensées au cours d'une même journée de soins :

a) les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 4°;

b) les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690 et 424852;

c) tous les actes techniques de soins infirmiers visés à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas repris à la rubrique I, B, à l'exception des prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3°;

d) les honoraires forfaitaires pour les prestations aux patients diabétiques, à l'exception des prestations 423216, 423231 et 423334 de la rubrique VI du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°.

Les honoraires supplémentaires pour les patients palliatifs visés à la rubrique V du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° peuvent être cumulés avec les prestations de la rubrique I et III du § 1<sup>er</sup> et avec les prestations 423216, 423231 et 423334 de la rubrique VI du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°."

"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)

"4° Le praticien de l'art infirmier doit notifier au médecin-conseil l'attestation de ces prestations selon les dispositions du § 7, 5° du présent article.

5° Les honoraires forfaitaires et supplémentaires visés aux rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° ne peuvent être attestés qu'à condition que le praticien de l'art infirmier :

a) garantisse la prise en charge permanente du patient (24 heures sur 24, 7 jours sur 7);

b) puisse faire appel à un praticien de l'art infirmier de référence avec connaissance en matière de soins palliatifs;

c) complète le dossier infirmier visé au § 4, 2° en particulier par les informations suivantes :

- enregistrement des symptômes;
- échelle de douleur;
- contacts avec la famille du patient;
- résultats des réunions de coordination.

d) - pour chaque honoraire forfaitaire attesté, les pseudo-codes suivants correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent, le cas échéant, être mentionnés complémentirement au numéro de nomenclature et aux pseudo-codes visés au § 5, 3°, c),

et

- pour chaque honoraire supplémentaire attesté, les pseudo-codes suivants correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent, le cas échéant, être mentionnés complémentirement au numéro de nomenclature :

Prestation	Pseudo-code	N° INAMI du prestataire
Visite urgente (non planifiée), la journée, à la demande du patient	426510	
Visite planifiée, la nuit	426532	
Visite urgente (non planifiée), la nuit, à la demande du patient	426554	
Préparation de médication	426576	
Contact avec le praticien de référence	426871	
Réunion de concertation avec le médecin traitant	426893	
Contact avec l'équipe d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs	426915	
Visite sans acte de la nomenclature	426930	
Visite de minimum 1 heure (uniquement en cas d'attestation du forfait PN)	426952	

Concernant ces pseudo-codes, on entend par "la nuit", la période entre 21 h le soir et 8 h le matin.

6° les honoraires forfaitaires PC ne peuvent être attestés que pour les jours où au moins deux visites ont eu lieu.

7° Les honoraires supplémentaires, visés à la rubrique V du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° couvrent à la fois toutes les prestations techniques de soins infirmiers reprises à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, qui ne sont pas reprises dans les rubriques I, B, à l'exception des prestations spécifiques reprises à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3°.

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

**§ 5ter.** Précisions relatives aux honoraires visés à la rubrique VI du § 1<sup>er</sup>, 1° :

1° Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre par:

- a) "patient diabétique" : le bénéficiaire pour lequel le praticien de l'art infirmier entame après le 1<sup>er</sup> avril 2003 un traitement chronique avec injection quotidienne d'insuline. Pour l'application des prestations 423231 et 423334, tous les patients à qui un praticien de l'art infirmier administre des injections d'insuline entrent en considération;
- b) "infirmier référent" : le praticien de l'art infirmier qui soigne habituellement le patient et qui effectue l'injection d'insuline ou le praticien de l'art infirmier qu'il désigne pour le remplacer;
- c) "infirmier relais en diabétologie" : un praticien de l'art infirmier qui répond aux conditions de formation décrites dans une directive édictée par le Comité de l'assurance soins de santé sur la proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs, et qui est inscrit comme tel à l'INAMI.

2° Les prestations 423135, 423150, 423172 et 423194 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par patient. Elles ne peuvent pas être attestées aux patients pour lesquels les honoraires forfaitaires ou supplémentaires visés dans les rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1° ou 2°, sont attestés."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 29.3.2006" (en vigueur 1.5.2006)

3° Les prestations 423150, 423172, 423194 et 423216 ne peuvent être attestées aux patients qui sont bénéficiaires d'un programme dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion du diabète sucré que s'ils répondent simultanément aux conditions suivantes :

- a) avoir débuté ce programme de rééducation après le 1<sup>er</sup> janvier 2006;
- b) être atteints de diabète de type 2;
- c) recevoir 2 injections d'insuline ou plus par nycthémère;
- d) effectuer 2 courbes journalières de glycémie par semaine;
- e) recourir à l'autosurveillance pour contrôler leur diabète, en détecter à temps les dérèglements et les prendre en charge eux-mêmes;
- f) ne pas faire partie des groupes de patients suivants : diabétiques après une transplantation, bénéficiaires présentant des hypoglycémies organiques (insulinome, glycogénose), diabètes gestationnel ou patients en dialyse rénale traités par insuline."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

4° La prestation 423135 peut uniquement être attestée par l'infirmier référent à condition:

- que le praticien de l'art infirmier constitue et tienne à jour un dossier infirmier spécifique au patient diabétique. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2°. Il doit répondre, en ce qui concerne son contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs, et comprend au minimum les points suivants:
- l'anamnèse infirmière standardisée;
- les problèmes infirmiers et/ou les diagnostics infirmiers;
- le planning concret des soins, y compris le programme éducatif prescrit et le suivi des soins infirmiers du patient;
- qu'une concertation ait eu lieu au préalable avec le médecin traitant (médecin généraliste ou médecin spécialiste), durant laquelle les objectifs des soins infirmiers en matière d'éducation concernant le diabète, ainsi que le suivi sont discutés, et durant laquelle le médecin décide s'il prescrit ou non l'éducation aux soins autonomes ou l'éducation à la compréhension. Les objectifs sont fixés dans le planning des soins.

5° La prestation 423150 peut uniquement être dispensée et attestée par l'infirmier relais en diabétologie.

La prestation 423150 peut uniquement être attestée à condition:

- qu'elle couvre au total cinq heures minimum, réparties en séances de 30 minutes minimum, qui répondent, en ce qui concerne leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs;
- que tant le dossier infirmier de l'infirmier référent que celui de l'infirmier relais en diabétologie comporte un rapport de chaque séance d'éducation et une évaluation des résultats;
- que les résultats du programme d'éducation aux soins autonomes soient transmis au médecin traitant.

6° La prestation 423172 peut uniquement être attestée si l'infirmier référent assiste à au moins deux séances d'éducation de la prestation 423150, dont en tout cas la dernière séance d'éducation.

7° La prestation 423194 peut être dispensée et attestée, tant par l'infirmier relais en diabétologie que par l'infirmier référent.

La prestation 423194 peut uniquement être attestée à condition:

- qu'elle couvre au total deux heures minimum, réparties en séances de 30 minutes minimum, qui répondent, en ce qui concerne leur contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs;
- que le dossier infirmier comporte un rapport de chaque séance et une évaluation des résultats.

8° La prestation 423216 ne peut être attestée que deux fois par année civile, et uniquement à la condition qu'au préalable:

- des accords aient été pris avec le médecin traitant (médecin généraliste ou médecin spécialiste) en ce qui concerne le suivi nécessaire du patient en termes de soins infirmiers. Le suivi infirmier est prescrit par le médecin traitant. Le planning des soins doit être repris dans le dossier infirmier spécifique au patient diabétique;
- une prestation 423150 ait été attestée.

9° Les prestations 423231 et 423334 peuvent uniquement être attestées à la condition que l'accompagnement infirmier ait lieu selon un planning des soins approuvé et actualisé par le médecin traitant et qui répond à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs. Elles ne peuvent être attestées qu'une fois par jour, et uniquement les jours où une injection d'insuline est effectuée.

Après l'attestation des prestations 423231 ou 423334, les prestations 423150 ou 423216 ne peuvent plus être attestées."

"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)

#### **"§ 5 quater**

Les prestations 428035, 428050 et 428072 peuvent être attestées à partir de la 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> visite chez un même patient au cours de la même journée de soins pour les patients lourdement dépendants bénéficiant d'une prestation décrite au § 1<sup>er</sup>, 1°, II et IV, au § 1<sup>er</sup>, 2°, II et IV et au § 1<sup>er</sup>, 3°, II sauf des prestations 427173 et 427195.

Seul le dispensateur de soins qui a effectivement exécuté cette 3<sup>e</sup> visite ou les suivantes peut attester cette prestation. Cette prestation peut être attestée au maximum une seule fois par journée de soins pour la 3<sup>e</sup> visite, maximum une seule fois par journée de soins pour la 4<sup>e</sup> visite et maximum une seule fois par journée de soins pour la 5<sup>e</sup> visite."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002)

**"§ 6.** Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913) :"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"1° Seules les toilettes dispensées chez des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1°, peuvent être attestées."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002)

"2° Les prestations 425110, 425515 ou 425913 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° ou 3°, et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997 + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"3° Dans le chef des bénéficiaires qui obtiennent des scores de minimum 2 au critère « se laver » de l'échelle d'évaluation mentionnée au § 5, 1° :

- un maximum de deux toilettes (425110 ou 425913) par semaine peuvent être attestées;

- aucune toilette 425515 ne peut être attestée."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 25.10.2006" (en vigueur 1.1.2007)

"4° Pour les bénéficiaires:

- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver" et "s'habiller" et un score de minimum 2 pour le critère "continence" à la suite d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée ou un score 3 ou 4 pour le critère "continence" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour. Dans le cas d'une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée, l'observation de cette problématique est mentionnée dans le dossier infirmier et la déclaration correspondante sur le formulaire décrit au § 7 doit être cochée."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)

"- qui obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée et peuvent être considérés, sur base d'un certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention, comme des personnes désorientées dans le temps et l'espace, il peut être attesté une toilette par jour;

- qui obtiennent des scores de minimum 4 pour les critères "se laver et s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée, il peut être attesté une toilette par jour."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997)

"5° Même lorsque les soins d'hygiène ont été prescrits par un médecin, ils ne peuvent être attestés que si le praticien de l'art infirmier constate que le bénéficiaire atteint le degré de dépendance requis pour la prestation concernée."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002)

"6° Lors de l'exécution des prestations 425110, 425515 et 425913 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3°, et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° le praticien de l'art infirmier est tenu de transmettre une notification au médecin-conseil, selon la procédure prévue au § 7."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997)

7° Dans le cas où une modification du degré de dépendance physique du bénéficiaire, en cours de semaine, entraîne une augmentation du nombre de toilettes attestables par semaine, cette adaptation de la fréquence s'applique à la semaine au cours de laquelle la modification est intervenue. Dans le cas où une modification du degré de dépendance physique du bénéficiaire, en cours de semaine, entraîne une diminution du nombre de toilettes attestables par semaine, cette adaptation de la fréquence s'applique à partir de la semaine qui suit la semaine au cours de laquelle la modification est intervenue.

8° La toilette comprend l'ensemble des soins infirmiers se rapportant à la globalité des soins d'hygiène y compris préventifs; elle se complète, le cas échéant, par la mobilisation du patient.

9° Pour la détermination de la fréquence hebdomadaire des toilettes, la semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"§ 7. La procédure de demande et de notification :"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013)

1° Le degré de dépendance physique du bénéficiaire est confirmé par un formulaire électronique dont le modèle est fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Collège national des médecins-conseils."

"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013)

2° Ce formulaire électronique, justifiant les honoraires forfaitaires par journée de soins ou les soins de toilette, est complété par le praticien de l'art infirmier et doit être transmis via le réseau électronique visé à l'article 159bis, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, au médecin-conseil au plus tard dans les 10 jours calendrier qui suivent le premier jour du traitement.

En cas de non-respect du délai de 10 jours calendrier, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées à partir du jour qui suit l'envoi du formulaire électronique, l'accusé d'envoi faisant foi. Si le délai de 10 jours calendrier n'est pas respecté, le médecin-conseil peut néanmoins décider de prendre en charge, au plus tôt à partir du premier jour, les soins dispensés. Cette décision ne peut être prise qu'après que le dispensateur ait transmis par écrit une motivation acceptable pour l'introduction tardive de la demande, de la notification.

3° Ce formulaire électronique comporte la période au cours de laquelle seront portés en compte les honoraires forfaitaires et/ou les toilettes. La période de traitement mentionnée dans le formulaire ne peut dépasser une durée d'un an.

Lorsque le traitement doit être poursuivi au-delà de la période mentionnée, ou lorsqu'il dépasse une durée d'un an, ou encore en cas de modification du degré de dépendance physique du bénéficiaire, un nouveau formulaire électronique doit être complété et transmis au médecin-conseil dans les mêmes conditions.

Une copie du certificat médical original, ou un nouveau certificat, établi par le médecin traitant constatant la désorientation dans le temps et l'espace, dont il est question au § 6, 4°, doit être conservée dans le dossier infirmier. L'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées, sauf opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils. L'opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils entraîne le refus d'intervention pour toutes les prestations effectuées à partir de la date de la notification de cette opposition au bénéficiaire, le cachet de la poste faisant foi, jusqu'à ce qu'une autre décision intervienne éventuellement."

*"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997)*

"4° Lorsque la décision du médecin-conseil donne lieu à une révision de l'état de dépendance physique du bénéficiaire et entraîne soit le remplacement du forfait C par un forfait B ou forfait A, soit le remplacement du forfait B par un forfait A, soit le remplacement des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3° par un remboursement à l'acte, cette décision reste valable pour une période de six mois. Durant ce délai, aucune nouvelle demande pour aggravation du degré de dépendance ne peut être introduite auprès du médecin-conseil, sauf en cas de nouvelle indication médicale étayée par un rapport circonstancié du médecin traitant."

*"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013)*

"5° Un formulaire électronique de la dispensation de soins palliatifs visés aux rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°, est complété par le praticien de l'art infirmier et doit être envoyé via le réseau électronique visé au § 7, 2°, du présent article, au médecin-conseil au plus tard dans les 10 jours calendrier qui suivent le premier jour du traitement.

Le modèle de ce formulaire électronique est fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs.

Le praticien de l'art infirmier qui complète ce formulaire électronique, doit s'assurer que le patient concerné répond à la définition du § 5bis, 1°, du présent article.

En cas de non-respect du délai de 10 jours calendrier, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées à partir du jour qui suit l'envoi du formulaire électronique, l'accusé d'envoi faisant foi. Si le délai de 10 jours calendrier n'est pas respecté, le médecin-conseil peut néanmoins décider de prendre en charge, au plus tôt à partir du premier jour, les soins dispensés. Cette décision ne peut être prise qu'après que le dispensateur ait transmis par écrit une motivation acceptable pour l'introduction tardive de la notification.

L'opposition du médecin-conseil implique le refus d'intervention de l'assurance pour toutes les prestations effectuées à partir de la date de notification de cette opposition au bénéficiaire, et ce jusqu'à une éventuelle autre décision. Le cachet de la poste vaut preuve de la date de notification."



"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations 424255, 424270, 424292, 424314, 424336, 424351, 424373, 424395, 424410, 424432, 424454, 424476, 424491, 424513, 424535, 424550, 424572, 424594, 424616, 424631, 424653, 424675, 424690, 424712, 424734, 424756, 424771, 424793, 424815, 424830 et 424852):

1° Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre par:

- "soins de plaie(s) simples" : tous les soins de plaie(s) qui ne tombent pas sous la notion "soins de plaie(s) complexes" ou "soins de plaie(s) spécifiques", notamment l'application de pansements sur un soin de plaie simple et l'ablation de fils ou d'agrafes;
- "soins de plaie(s) complexes" : les soins de :
  - plaie(s) avec drain avec/sans aspiration;
  - plaie(s) avec méchage et/ou irrigation;
  - plaie(s) avec broche ou fixateur externe;
  - deux plaies simples ou davantage;
  - brûlure(s) au deuxième ou troisième degré, ulcère(s), greffe(s), escarre(s) d'une superficie de moins de 60 cm<sup>2</sup>;
  - stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, uretérostomie ou trachéostomie;
- "soins de plaie(s) spécifiques" :
  - les soins de brûlure(s) au deuxième ou troisième degré ou de greffe(s) d'une superficie de 60 cm<sup>2</sup> ou plus;
  - les soins d'ulcère(s) d'une superficie de 60 cm<sup>2</sup> ou plus;
  - les soins d'escarre(s) profonde(s) atteignant les tendons et les os;
  - le débridement d'escarre(s) de décubitus."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"- "l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s)" : un praticien de l'art infirmier qui répond aux conditions de formation décrites dans une directive édictée par le Comité de l'assurance soins de santé, sur la proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, et qui a été agréé en cette qualité par l'INAMI."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"Les soins de plaie(s) qui peuvent être effectués par le bénéficiaire lui-même ou par les aidants informels, ou qui peuvent être appris au bénéficiaire ou aux aidants informels, ne peuvent pas être attestés."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004)

"2° Les prestations 424255, 424410, 424550 et 424712 couvrent la consultation du praticien de l'art infirmier et l'évaluation de l'état du pansement par le praticien de l'art infirmier, à l'exclusion de toute autre exécution de soins pendant la même journée. Au total, ces prestations peuvent être attestées dans le chef d'un même bénéficiaire au maximum quinze fois par mois civil.

Le remplacement de pansements bioactifs doit être attesté sous les numéros 424336, 424491, 424631, 424793, 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675 ou 424830."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"3° Pour autant que les prestations 424270, 424432, 424572 et 424734 comportent l'application de pommades ou d'un produit médicamenteux, elles peuvent uniquement être attestées pour les soins des affections cutanées suivantes:

- zona;
- eczéma;
- psoriasis;
- verrues;
- dermatomycoses;
- autres lésions cutanées justifiant, selon le médecin prescripteur, des soins de plaie(s) simples minutieux.

Elles ne peuvent pas être attestées pour l'application d'une crème hydratante pour la prévention d'escarres."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)

"4° Les prestations 424292, 424454, 424594 et 424756 peuvent uniquement être attestées dans la période de trente jours qui prend cours le jour de l'intervention chirurgicale prévue à l'article 14, h), de la présente annexe (prestations qui relèvent de la spécialité ophtalmologie) a été dispensée"

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"5° Les prestations 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675 et 424830 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier soins de plaie(s) spécifiques soit établi et tenu à jour. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2°. Il doit répondre, au niveau de son contenu, à une directive qui a été fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs.

6° Les prestations 424373, 424535, 424675 et 424830 peuvent uniquement être attestées, à condition que les soins durent au moins trente minutes.

Les soins de plaie(s) spécifiques qui ne peuvent pas être attestés sous les numéros de code 424373, 424535, 424675 ou 424830, parce qu'ils ont duré moins de trente minutes, peuvent être attestés sous les numéros de code 424351, 424513, 424653 ou 424815."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"7° Les prestations 424395, 424690 et 424852 peuvent uniquement être attestées par un infirmier relais en matière de soins de plaie(s). Ces prestations couvrent toutes les composantes de la prestation de base, énumérées au § 4, 1° et 2°. Ces prestations ne peuvent être attestées qu'une seule fois par mois civil et au maximum trois fois par année civile par bénéficiaire."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)  
"Ces prestations couvrent la visite, la surveillance et l'avis d'un infirmier relais en matière de soins de plaie(s) à la demande du praticien de l'art infirmier qui atteste les soins de plaie(s) spécifiques. Elles peuvent uniquement être attestées si le praticien de l'art infirmier qui demande est présent et si l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s) fait un rapport écrit concernant l'évolution de la plaie au médecin qui a prescrit les soins de plaie(s) spécifiques. Une copie de ce rapport doit être conservée dans le dossier infirmier de l'infirmier relais et dans le dossier soins de plaie(s) spécifiques du praticien de l'art infirmier qui demande."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)

"8° Les prestations 424255, 424410, 424550, 424712, 424270, 424432, 424572, 424734, 424292, 424454, 424594, 424756, 424314, 424476, 424616 et 424771 ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une autre prestation de cet article, à l'exception d'une prestation de base.

Les prestations 424336, 424491, 424631, 424793, 424351, 424513, 424653 et 424815 ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec les prestations 424395, 424690 ou 424852.

Si, au cours d'une même séance, différentes prestations 424336, 424491, 424631, 424793, 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675 et/ou 424830 sont dispensées, le praticien de l'art infirmier peut uniquement attester la prestation avec le tarif le plus élevé."

"A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)

"§ 8bis. Précisions concernant les prestations dispensées aux patients psychiatriques chroniques (425736 et 425751). visés sous la rubrique I, B, du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° :

Pour l'application du présent article, on entend par "patients psychiatriques chroniques", des bénéficiaires souffrant de schizophrénie (DSM IV code 295.xx) ou d'un trouble de l'humeur bipolaire (DSM IV code 296.xx). Le médecin prescripteur doit conserver dans le dossier médical les éléments qui démontrent que le patient répond à cette définition.

Les prestations 425736 et 425751 ne sont remboursées qu'une seule fois par jour et ne peuvent être cumulées au cours d'une même séance avec aucune autre prestation du présent article, sauf une prestation de base."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

"§ 8ter Précisions relatives à la prestation Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale :

La prestation 424874 ne peut être attestée qu'après que la prestation 424896 ait été attestée.

La prestation 424874 comporte la préparation dans une boîte à médicaments, un pilulier ou un récipient équivalent, de tous les médicaments, répartis par jour, que le patient doit prendre pendant une semaine par voie orale. Elle ne peut être attestée qu'une fois par semaine et par patient. Elle ne peut pas être attestée durant une semaine où une prestation du § 1<sup>er</sup>, 1°, II et IV est attestée. La semaine s'entend du lundi 0 heure au dimanche 24 heures."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"§ 9. Précisions relatives aux prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° et 3° :"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"Les prestations 425375, 425773 et 426171 ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins; il s'agit d'honoraires forfaitaires couvrant l'ensemble des actes techniques spécifiques qui requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"Pour ces prestations, l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté notifie au médecin-conseil les éléments suivants :

a) le numéro INAMI de l'infirmier gradué ou assimilé, de l'accoucheuse ou de l'infirmier breveté qui établit la notification;"

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

"b) le numéro INAMI du prescripteur;

c) le numéro d'inscription de sécurité sociale (NISS) du bénéficiaire;

d) le type de prestation;

e) la date de début et la date de fin de la période."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)

"Le type de prestation désigne soit la mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées), soit l'administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"Le plan de soin, établi par l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté, est conservé à disposition du médecin-conseil dans le dossier infirmier. Il le fournit au médecin-conseil à sa demande."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

"Les dispositions du § 7 sont applicables à l'exception de l'emploi du formulaire repris dans le § 7, 2°."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 15.12.2008" (en vigueur 1.2.2009) +  
"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) +  
"A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"Les prestations 421072, 421094, 421116, 423113, 423312, 423415, 427416, 427431, 427453, 427475, 427490, 427512, 427534, 427556 et 427571 ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins. Elles peuvent uniquement être dispensées et attestées par un infirmier gradué ou assimilé, une accoucheuse ou un infirmier breveté."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) +  
"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)

"Les honoraires des prestations 423113, 423312, 423415, 421072, 421094, 421116, 427416, 427431, 427453, 427475, 427490 et 427512 couvrent l'acte infirmier et le matériel requis pour effectuer cette technique d'une manière justifiée médicalement, ainsi que décrit dans une directive édictée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs."

"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010)

"Les prestations 427416, 427431, 427453, 427475, 427490 et 427512 ne peuvent être attestées qu'à condition que la fistulisation et le premier remplacement du ballon aient été réalisés par un médecin."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

"Lors d'une même séance de soins, les prestations 425375, 425773 et 426171 ne peuvent être cumulées avec les prestations 423113, 423312 et 423415 que lorsque les sites d'injection sont différents pour chacune des prestations et que ces différents sites sont mentionnés dans le dossier infirmier."

"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010)

"Les prestations 427431 et 427490 ne peuvent être attestées qu'à condition que la motivation pour effectuer ces prestations durant le week-end ou durant un jour férié soit indiquée dans le dossier infirmier."

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)

"Les prestations 427534, 427556 ou 427571 doivent comporter les actes infirmiers suivants :

- \* Observation/évaluation de l'état du patient en ce compris l'évaluation de la douleur. A ce titre, l'échelle de douleur est conservée dans le dossier infirmier;
- \* Surveillance du cathéter avec attention pour la prévention d'infection, de dislocation, de fuite;
- \* Contrôle du point de ponction et de la plaie, éventuellement avec un changement de pansement si nécessaire;
- \* Contrôle du fonctionnement de la pompe et du débit prescrit du contenu;
- \* Contrôle des bolus supplémentaires.

Le cas échéant, les prestations 427534, 427556 et 427571 comportent également les éléments suivants :

- \* Modification à la dose d'entretien, y compris l'adaptation du débit de la médication antidouleur, sur prescription médicale écrite;
- \* Changement du réservoir de la médication;
- \* Visite supplémentaire lors d'une même journée de soins pour un contrôle si nécessaire;
- \* Maniement de l'appareillage, y compris le redémarrage de la pompe après une alarme."

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)  
 "Pour les prestations 427534, 427556 et 427571, l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté doit faire un rapport au médecin traitant au minimum une fois par semaine. Cela peut être lors d'une discussion à propos du patient, par téléphone ou par voie électronique."

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)

"Les honoraires des prestations 427534, 427556 et 427571 couvrent l'acte infirmier et le matériel requis pour effectuer cette technique d'une manière justifiée médicalement mais ne couvrent pas le pansement protecteur.

Le cas échéant, pour chaque prestation attestée, un ou plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature de la prestation :

Prestation	Pseudo-code	Nombre	N° INAMI du prestataire
Visite supplémentaire	427593		
Changement de pansement	427615		
Redémarrage de la pompe	427630		
Modification à la dose d'entretien	427652		
Changement du réservoir de la médication	427674		

"A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)

"Les prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> peuvent être cumulées avec toutes les prestations du § 1<sup>er</sup> au cours de la même journée; elles ne peuvent cependant pas être cumulées au cours de la même séance avec les prestations 424255, 424410, 424550, 424712, 424270, 424432, 424572, 424734, 424292, 424454, 424594, 424756, 424314, 424476, 424616, 424771, 425736 et 425751. Les prestations 423113, 423312, 423415, 421072, 421094 et 421116 ne peuvent pas être cumulées entre elles pendant la même séance de soins. Les prestations 427534, 427556 et 427571 ne peuvent pas être cumulées lors d'une même journée de soins avec les prestations 424336, 424491 et 424631 s'il s'agit d'un soin de plaie située au point de ponction du cathéter. Si un autre soin de plaie est presté lors de la même journée de soins, il doit être mentionné dans le dossier infirmier."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

**§ 10.** Précisions relatives aux soins durant les week-ends et jours fériés visés au § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> :

1<sup>o</sup> Lorsque l'état du bénéficiaire exige que les soins soient effectués le week-end ou durant un jour férié, les honoraires sont ceux prévus au § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>.

Toutefois, lorsque pour des raisons de convenance personnelle, le praticien de l'art infirmier effectue certaines prestations aux jours et heures mentionnés au 2<sup>o</sup>, les honoraires dus sont ceux prévus au § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> ou 4<sup>o</sup>.

Ces honoraires ne sont cependant jamais remboursés pour les prestations visées au § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>.

2<sup>o</sup> Le week-end s'entend du samedi 0 heure au dimanche 24 heures.

Le jour férié s'entend de 0 heure à 24 heures. Les jours fériés donnant droit à majoration d'honoraires sont : le 1<sup>er</sup> janvier, le lundi de Pâques, le 1<sup>er</sup> mai, l'Ascension, le lundi de Pentecôte, le 21 juillet, le 15 août, le 1<sup>er</sup> novembre, le 11 novembre et le 25 décembre."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

**§ 11.** Le praticien de l'art infirmier ne peut établir ni signer une attestation de soins donnés lorsque les prestations sont effectuées par une personne non habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé, qui se substitue en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier, même en présence de ce dernier."

"A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

"L'infirmier peut néanmoins rédiger une attestation de soins donnés et la signer si les prestations sont effectuées entièrement ou en partie par un aide-soignant selon les conditions et les modalités du § 12 du présent article."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)

"L'assistance d'une tierce personne ne peut être sollicitée que si l'état du patient nécessite une aide durant l'exécution de la prestation."

"A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

**§ 12** Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier :

1<sup>o</sup> Sans porter préjudice aux dispositions des autres paragraphes du présent article, une intervention de l'assurance est octroyée pour les prestations décrites dans cet article dans le cadre desquelles un aide-soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier, aux conditions mentionnées dans le présent paragraphe. Par « aide-soignant » on entend la personne visée à l'article 21<sup>sexiesdecies</sup> de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967. Les « activités infirmières » en question sont fixées par l'AR du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes. Si les conditions de ce paragraphe ne sont pas remplies il n'y a pas d'intervention de l'assurance.

2° Ces prestations doivent être dispensées au sein d'une équipe structurelle. Cette équipe doit se composer d'au moins 4 infirmiers qui ont tous adhéré à la convention nationale et qui exercent l'art infirmier à titre principal. Cette équipe utilise le même numéro tiers-payant de groupe.

En outre, cette équipe doit chaque mois être composée de minimum 4 infirmiers qui ensemble attestent chaque mois des prestations de l'article 8 pour une valeur minimale de 4 000 W et ce durant une période de 6 mois précédant le mois au cours duquel une prestation attestée a été dispensée par un aide-soignant.

Il doit à chaque fois s'agir des infirmiers qui ont effectivement collaboré à un aspect des soins dispensés aux patients, à l'exception d'aspects administratifs ou de coordination. En ce qui concerne la condition d'activité susmentionnée, les prestations pour lesquelles des aides-soignants ont dispensé les soins entièrement ou en partie ne sont pas prises en considération.

L'équipe structurelle doit avoir conclu des accords internes sur les modalités pratiques de la délégation d'activités infirmières aux aides-soignants et sur la collaboration entre les membres de l'équipe. Ces accords internes doivent répondre à une directive qui est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé. Le respect de ces accords est une condition pour l'intervention de l'assurance.

L'équipe structurelle doit introduire une déclaration sur l'honneur auprès de l'INAMI conformément à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, comprenant au moins les données permettant d'identifier l'équipe.

3° Maximum 25% des prestations de base attestées, aussi bien dans les honoraires forfaitaires qu'en-dehors, qui sont dispensées au cours d'un mois calendrier par une équipe structurée peuvent être effectuées par des aides-soignants.

4° Les aides-soignants ne peuvent dispenser d'actes dans le cadre des honoraires visés aux rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°.

5° Dans le cadre de la délégation, fixée dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, les infirmiers effectuent des visites de contrôle. Au cours de cette visite de contrôle, on vérifie si cette délégation se déroule correctement. Lors de cette visite de contrôle, l'infirmier doit dispenser lui-même les soins nécessaires au cours de cette visite, éventuellement en présence de l'aide-soignant. Les soins au patient ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins que pour des raisons médicales figurant sur la prescription.

Le nombre minimum de visites de contrôle est fixé à une fois par mois pour chaque patient chez qui un aide-soignant effectue des activités infirmières, excepté :

a) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits A, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins deux fois par mois;



b) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits B, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins quatre fois par mois;

c) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits C, où au moins une visite de contrôle quotidienne doit être effectuée.

La fréquence et les moments de ces visites de contrôle doivent être adéquats du point de vue de la situation de soin du patient et doivent être motivés dans un dossier infirmier.

6° L'infirmier qui délègue peut attester l'activité de l'aide-soignant en son propre nom par le biais des codes nomenclature en question au § 1<sup>er</sup>, moyennant l'identification de l'aide-soignant via le numéro INAMI du dispensateur et des prestations dispensées par cet aide-soignant sur l'attestation de soins donnés ou un document similaire. Les honoraires couvrent cette activité, ainsi que tous les aspects de contrôle et de surveillance, fixés dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006."