

**§ 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 § 1er, 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°.

2° Sous réserve des dispositions particulières du § 5ter et § 8 du présent article, le 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);
- les données d'identification du prescripteur;
- la planification et l'évaluation des soins;
- l'identification des soins effectués au cours de chaque journée de soins;
- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé ces soins;

La tenue du dossier infirmier 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.

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°.

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.

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.

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 :

- la valeur W 3,879, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1<sup>er</sup>, 1° sont attestées;
- la valeur W 5,710, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1<sup>er</sup>, 2° sont attestées;
- la valeur W 3,656, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1<sup>er</sup>, 3° sont attestées;
- la valeur W 3,656, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1<sup>er</sup>, 4° sont attestées;

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

**§ 5. Précisions relatives aux 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° :**

1° Les critères de dépendance physique 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° sont évalués sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :

Dépendance pour se laver:

- (1) peut complètement se laver sans aucune aide;
- (2) a besoin d'une aide partielle pour se laver sous 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.

Dépendance pour s'habiller :

- (1) peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide;
- (2) a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous 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.

Dépendance pour se déplacer :

- (1) peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers;
- (2) peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante);
- (3) a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et/ou se déplacer;
- (4) est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer.

Dépendance pour aller à la toilette:

- (1) peut aller seul à la toilette et s'essuyer;
- (2) a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer;
- (3) doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer;
- (4) ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée.

Dépendance pour incontinence (urines/selles) :

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

Dépendance pour manger :

- (1) peut manger et 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.

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°.

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) 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;
- b) l'infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;
- 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 :

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	426753		
423253, 423275, 423290			
423356, 423371, ou 423393			
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		
prestations de l'A.R. du 18.06.1990 non reprises aux rubriques I, B et III du § 1 <sup>er</sup> , 1°, 2° et 3°	426856		

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

**§ 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, 427070, 427092, 427114, 427136 et 427151 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par journée de soins et uniquement pour les jours ou des soins infirmiers ont effectivement été dispensés.

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°.

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 complémentaires 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 complémentaires 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 multi-disciplinaire 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°.

**§ 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, urétérostomie 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.

- "l'infirmière relais en matière de soins de plaie(s)" : un praticien à 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 agréée en cette qualité par l'INAMI ;

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.

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.

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) simple minutieux.

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

4° Les prestations 424292, 424454, 424594 et 424756 peuvent uniquement être attestées dans la période de quinze 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.

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 conventions 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.

7° Les prestations 424395, 424690 et 424852 peuvent uniquement être attestées par une infirmière 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.

Ces prestations couvrent la visite, la surveillance et l'avis d'une infirmière 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'infirmière 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'infirmière relais et dans le dossier soins de plaie(s) spécifiques du praticien de l'art infirmier qui demande.

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.

**§ 9. Précisions relatives aux 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> :**

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'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse ou d'infirmière brevetée.

Les prestations 425375, 425773 et 426171 peuvent être cumulées avec toutes les prestations du § 1<sup>er</sup>.

L'attestation de ces prestations demandées par l'infirmière est soumise à l'accord du médecin-conseil. Les dispositions du § 7 sont applicables à l'exception de l'emploi du formulaire repris dans le § 7, 2<sup>o</sup>.

La demande d'accord doit être accompagnée d'une planification des soins établie par le praticien de l'art infirmier et par un rapport médical circonstancié du médecin-traitant. En cas de demande de prolongation, le médecin prescripteur réfère au premier rapport médical circonstancié.

L'accord du médecin-conseil est limité à des périodes de maximum 3 mois.

Les prestations 423113, 423312 et 423415 ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins. Elles peuvent uniquement être dispensées et attestées par une infirmière graduée ou assimilée, une accoucheuse ou une infirmière brevetée.

Les honoraires pour ces prestations couvrent l'acte infirmier (l'enlèvement de l'héparine administrée auparavant, le rinçage au NaCl, et la pose d'un nouvel héparjet) 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 convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs.

Les prestations 423113, 423312 et 423415 ne peuvent être cumulées le même jour avec les prestations 423054, 423253, 423356 et 423430.