

- [Modifier](#)
- [Insérer](#)
- ~~Enlever~~

## Article 8 – INFIRMIERS

§ 7. La procédure de demande et de notification :

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.

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 ~~par un courrier distinct adressé personnellement~~ [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. ~~Lorsqu'un envoi comprend plusieurs demandes ou notifications, une liste mentionnant les noms des bénéficiaires et soussignée par un praticien de l'art infirmier doit être jointe.~~

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](#), ~~le cachet de la poste~~ [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 ~~joint lors de l'introduction du nouveau formulaire sauf lorsque la notification est réalisée via le réseau électronique visé par 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. La copie de ce certificat médical original ou de ce nouveau certificat n'est alors pas transmise au médecin-conseil mais est~~ 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.

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.

5° Un formulaire **électronique de notification** 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 **adressé personnellement 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. ~~Lorsqu'un envoi comprend plusieurs notifications, une liste mentionnant les noms des bénéficiaires et signée par un praticien de l'art infirmier doit être jointe.~~

Le modèle ~~du 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 ~~type de~~ 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**, ~~le cachet de la poste 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.