

**A.R. 13.1.2014 M.B. 5.2.2014 + Erratum M.B. 17.2.2014  
En vigueur 1.4.2014**

■ Modifier

■ Insérer

■ Enlever

## Article 8 – INFIRMIERS

§ 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, visés sous rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2° ~~et~~ 3° et ~~les honoraires forfaitaires et supplémentaires pour patients palliatifs visés sous les rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°~~ 3° bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté.

**1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.**

**I. Séance de soins infirmiers.**

...

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

...

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

424933 Dans le cadre d'une thérapie 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, 424314 et 424933 W 1,459

...

**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.**

**I. Séance de soins infirmiers.**

...

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

...

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

424955 Dans le cadre d'une thérapie 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, 424476 et 424955 W 2,189

...

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.

I. Séance de soins infirmiers.

...

B. Prestations techniques de soins infirmiers

...

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

424970 Dans le cadre d'une thérapie 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, 424616 et 424970 W 1,459

...

3°bis Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

427696 Première prestation de base de la journée de soins W 0,655

427711 Deuxième prestation de base de la journée de soins W 0,655

427733 Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins W 0,655

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

427755 Soins d'hygiène (toilettes) W 1,167

427770 Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé W 0,532

427792 Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique W 0,484

427814 Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection W 0,508

427836 Surveillance de plaie avec pansement bioactif W 0,484

427851 Application de pommades ou d'un produit médicamenteux W 0,484

427873 Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire W 0,484

<u>427895</u>	<u>Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression</u>	<u>W 0,484</u>
<u>427910</u>	<u>Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas</u>	<u>W 0,484</u>
<u>427932</u>	<u>Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 427836, 427851, 427873, 427895 et 427910</u>	<u>W 1,459</u>
<u>427954</u>	<u>Soins de plaie(s) complexes</u>	<u>W 1,759</u>
<u>427976</u>	<u>Soins de plaie(s) spécifiques</u>	<u>W 2,9</u>
<u>427991</u>	<u>Visite d'un infirmier relais pour des soins de plaie(s) spécifiques</u>	<u>W 2,8</u>
<u>429030</u>	<u>- sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie</u>	<u>W 0,804</u>
<u>429052</u>	<u>- soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires</u>	<u>W 0,730</u>
<u>429074</u>	<u>- 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</u>	<u>W 0,730</u>
	<u>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.</u>	
<u>429096</u>	<u>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)</u>	<u>W 3,605</u>
<u>429111</u>	<u>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)</u>	<u>W 6,432</u>

429133 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 8,874

III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers.

429155 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

429170 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

429192 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

429214 Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet W 2,302

429236 Remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet W 2,302

429251 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

IV.

429273 Valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants W 0,134

4° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers dans un centre de jour pour personnes âgées.

I. Séance de soins infirmiers.

...

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

...

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

424992 Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas W 0,484

...

**§ 2.** Précisions relatives à la prescription :

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

- les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4°, à l'exception des prestations 425110, 425515, 425913, 427755, 424395, 424690, 427991, 424852 et 424874. Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836 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.
- les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3° bis;
- 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°, 2°, 3° et 3° bis et sous les rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° à l'exception des soins d'hygiène;

...

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

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

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

...

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°, 3° bis et 4° de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments du premier alinéa de cette disposition, également :

...

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°, 3° et 3° bis de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également :

...

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°, 3° et **3° bis** 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 :

...

3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, **3° bis** 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°, **3° bis** et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690, **427991** et 424852, soit une ou plusieurs prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et **3° bis**.

4° Sans préjudice des dispositions du § 6, les prestations 425110, 423054, 423076, 423091, 424255, 424270, 424292, 424314, **424933**, 424336, 424351, 424373, 424395, 425176, 425191, 425213, 425515, 423253, 423275, 423290, 424410, 424432, 424454, 424476, **424955**, 424491, 424513, 424535, 425574, 425596, 425611, 425913, 423356, 423371, 423393, 424550, 424572, 424594, 424616, **424970**, 424631, 424653, 424675, 424690, 425972, 425994, 426016, **427755, 427770, 427792, 427814, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 427932, 427954, 427976, 427991, 429030, 429052, 429074**, 423430, 423452, 423474, 424712, 424734, 424756, 424771, **424992**, 424793, 424815, 424830, 424852, 426370, 426392 et 426414 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance de soins infirmiers.

...

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 :

...

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

**e) la valeur W 3,605, 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, **427991**, 424852 et 424874.

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

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

...

2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3° bis 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°, 3° bis et 4°;

b) les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4° à l'exception des prestations 424395, 424690, 427991 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°, 3° et 3° bis. 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°, 3° et 3° bis.

3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3° bis 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°, 3° et 3° bis et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755) par journée de soins a été effectuée à l'exception des honoraires forfaitaires PP;

...

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, 425913 ou <u>427755</u>	426731		
423054, 423076, 423091, 423253, 423275, 423290, ou 423356, 423371, 423393 ou <u>427770, 427792, 427814</u>	426753		
424255, 424410, 424550 ou <u>427836</u>	427210		
424270, 424432, 424572 ou <u>427851</u>	427232		

424292, 424454, 424594 ou <u>427873</u>	427254		
424314, 424476, 424616 ou <u>427895</u>	427276		
<u>424933, 424955, 424970 ou</u> <u>427910</u>	<u>426974</u>		
424336, 424491, 424631 ou <u>427932</u>	427291		
424351, 424513, 424653 ou <u>427954</u>	427313		
424373, 424535, 424675 ou <u>427976</u>	427335		
425176, 425574, 425972 ou <u>429030</u>	426790		
425191, 425596, 425994 ou <u>429052</u>	426812		
425213, 425611, 426016 ou <u>429074</u>	426834		
425736 ou 425751	428013		
<u>Préparation de médication</u>	<u>426576</u>		
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> , 3 <sup>o</sup> et <u>3<sup>o</sup> bis</u>	426856		

...

4° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> bis 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.

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

...

2° Les prestations 427011, 427092, 427033, 427114, 427055, 427136, 427173, 427195, 427070, ~~427092, 427114, 427136, 427195~~ et 427151 ne peuvent être attestées par un infirmier gradué ou assimilé, une accoucheuse ou un infirmier breveté qu'une seule fois par journée de soins ~~et~~ uniquement pour les jours où des soins infirmiers ont effectivement été dispensés et à condition que cet infirmier gradué ou assimilé, cette accoucheuse ou cet infirmier breveté ait effectivement réalisé les soins durant une des séances de soins nécessaires lors d'une même journée de soins.

3° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> 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<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> bis et 4<sup>o</sup>;

b) 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>, 3<sup>o</sup> bis et 4<sup>o</sup> à l'exception des prestations 424395, 424690, 427991 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°, 3° et **3° bis**;

...

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 :

...

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	
<b>Préparation de médication</b>	<b>426576</b>	
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	

...

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°, 3° et **3° bis**.

### § 5<sup>quater</sup>

Les prestations 428035, 428050, 428072 et 429273 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<sup>o</sup>, II et IV, au § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, II et IV et au § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> bis, II sauf des prestations 427173 et 427195.

...

§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 427755) :

...

2° Les prestations 425110, 425515, 425913 ou 427755 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> ou 3<sup>o</sup> bis, et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins.

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<sup>o</sup> :

- un maximum de deux toilettes (425110, 425913 ou 427755) par semaine peuvent être attestées;
- aucune toilette 425515 ne peut être attestée.

...

6° Lors de l'exécution des prestations 425110, 425515, 425913 et 427755 effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> bis, et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> le praticien de l'art infirmier est tenu de transmettre une notification au médecin-conseil, selon la procédure prévue au § 7.

...

§ 7. La procédure de demande et de notification :

...

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<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> bis 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.

...

§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 424336, 424351, 424373, 424395, 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 424491, 424513, 424535, 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 424631, 424653, 424675, 424690, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 427932, 427954, 427976, 427991, 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 424793, 424815, 424830 et 424852) :

...

2° Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836 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, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 ou 424830.

3° Pour autant que les prestations 424270, 424432, 424572, 427851 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.

4° Les prestations 424292, 424454, 424594, 427873 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

5° Les prestations 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 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, 427976 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, 427976 ou 424830, parce qu'ils ont duré moins de trente minutes, peuvent être attestés sous les numéros de code 424351, 424513, 424653, 427954 ou 424815.

7° Les prestations 424395, 424690, 427991 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.

...

8° Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836, 424712, 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616 et 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910 et 424992 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, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954 et 424815 ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec les prestations 424395, 424690, 427991 ou 424852.

Si, au cours d'une même séance, différentes prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 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°, 2°, 3° et 3° bis :

Les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 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.

...

Les prestations 421072, 421094, 421116, 429192, 423113, 423312, 423415, 429170, 427416, 427431, 427453, 429214, 427475, 427490, 427512, 429236, 427534, 427556, 427571 et 429251 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.

Les honoraires des prestations 423113, 423312, 423415, 429170, 421072, 421094, 421116, 429192, 427416, 427431, 427453, 429214, 427475, 427490, 427512 et 429236 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.

Les prestations 427416, 427431, 427453, 429214, 427475, 427490, 427512 et 429236 ne peuvent être attestées qu'à condition que la fistulisation et le premier remplacement du ballon aient été réalisés par un médecin.

Lors d'une même séance de soins, les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 ne peuvent être cumulées avec les prestations 423113, 423312, 423415 et 429170 que lorsque les sites d'injection sont différents pour chacune des prestations et que ces différents sites sont mentionnés dans le dossier infirmier.

...

Les prestations 427534, 427556, 427571 ou 429251 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, 427571 et 429251 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.

Pour les prestations 427534, 427556, 427571 et 429251, 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.

Les honoraires des prestations 427534, 427556, 427571 et 429251 couvrent l'acte infirmier et le matériel requis pour effectuer cette technique d'une manière justifiée médicalement mais ne couvrent pas le pansement protecteur.

...

Les prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> bis 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, 427836, 424712, 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910, 424992, 425736 et 425751. Les prestations 423113, 423312, 423415, 429170, 421072, 421094, 421116 et 429192 ne peuvent pas être cumulées entre elles pendant la même séance de soins. Les prestations 427534, 427556, 427571 et 429251 ne peuvent pas être cumulées lors d'une même journée de soins avec les prestations 424336, 424491, 424631 et 427932 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.

**§ 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>, 3<sup>o</sup> bis 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>, 3<sup>o</sup> bis et 4<sup>o</sup>.