

■ [Modifier](#)

■ [Insérer](#)

■ [Enlever](#)

Article 8 – INFIRMIERS

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

"**Art. 8. § 1er.** 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 § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis requièrent la qualification d'infirmier gradué ou assimilé, d'accoucheuse ou d'infirmier breveté."

...

"§ 2. Précisions relatives à la prescription :

" Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par le praticien ayant le patient en traitement, soit par un médecin dans le cadre de la médecine générale ou spécialisée, soit par un dentiste dans le cadre des soins dentaires, soit par un autre praticien dans la limite de ses compétences.

"- les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B, du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4°, à l'exception des prestations 425110, 425515, 425913, 427755, 424395, 424690, 427991, 424852, 424874, 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424255, 424410, 424550, 427836, 424712, 429354, 429472, 429575, 429671, 429774, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656, 429752 et 429376, 429590, 429693, 429796, sauf quand la prescription reste requise dans le cadre de l'exercice de la profession.

- les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er, 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 § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et sous les rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2° à l'exception des soins d'hygiène;"~~

- les prestations de soins infirmiers effectuées dans le cadre d'un des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis et sous les rubriques IV et V du § 1er, 1° et 2° à l'exception des soins d'hygiène et des soins de plaie(s);

"- 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);"

...

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

...

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

...

~~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 § 1er, 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 :~~

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

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s), décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins de plaie(s) sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1er, 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 le dossier infirmier soins de plaie(s) visé au § 8, 6°, chaque fois que la nomenclature l'exige."

...

" Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des prestations spécifiques techniques de soins infirmiers, décrites à la rubrique III du § 1er, 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 § 1er, 1°, V, VI et VII et au § 1er, 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 § 1er, 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. "

...

~~Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s), décrits au § 8, 1° de cet article, ou lorsque les soins de plaie(s) sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1er, 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 le dossier soins de plaie(s) visé au § 8, 6°, chaque fois que la nomenclature l'exige.~~

" 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. "

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

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

...
 "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 ^{ère} prestation de base	426635		
2 ^{ème} prestation de base	426650		
3 ^{ème} prestation de base	426672		
4 ^{ème} prestation de base	426694		
5 ^{ème} prestation de base	426716		
425110, 425515, 425913 ou 427755	426731		
423054, 423076, 423091, 423253, 423275, 423290, ou 423356, 423371, 423393 ou 427770, 427792, 427814	426753		
424255, 424410, 424550 ou 427836	427210		
424270, 424432, 424572 ou 427851	427232		
424292, 424454, 424594 ou 427873	427254		
424314, 424476, 424616 ou 427895	427276		
424933, 424955, 424970 ou 427910	426974		
424336, 424491, 424631 ou 427932	427291		
424351, 424513, 424653 ou 427954	427313		
429354, 429472, 429575, 429671, 429774 (Soins de stomie)	429870		
429354, 429472, 429575 ou 429671	429870		
429376, 429590, 429693, 429796, (Présence de l'infirmier référent pendant la visite de l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s))	429892		
429376, 429590 ou 429693	429892		

424373, 424535, 424675 ou 427976	427335		
425176, 425574, 425972 ou 429030	426790		
425191, 425596, 425994 ou 429052	426812		
425213, 425611, 426016 ou 429074	426834		
425736, 425751 ou 425073	428013		
Préparation de médication	426576		
prestations de l'A.R. du 18.06.1990 non reprises aux rubriques I, B et III du § 1 ^{er} , 1 ^o , 2 ^o , 3 ^o et 3 ^{o bis}	426856		

...

"§ 8.

"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. Ce sont des plaies dont le processus normal de cicatrisation prend 14 jours maximum, notamment l'application de pansements sur un soin de plaie simple et l'ablation de fils ou d'agrafes ;~~

~~—"soins de plaie(s) complexes" : tous les soins de plaies aiguës et chroniques qui ne font pas partie des soins de plaie(s) simples, ou des soins de plaies qui ont évolué de soins de plaie(s) simples en soins de plaie(s) complexes, avec des justifications dans le dossier infirmier. Les soins de plaie(s) avec méchage ou drain et les soins à des stomies non cicatrisées en font partie, les soins de plaie(s) complexes ne se limitant pas à cette liste.~~

~~—"l'infirmier référent" : le praticien de l'art infirmier qui soigne habituellement le patient ou le praticien de l'art infirmier qu'il désigne pour le remplacer ;~~

~~—"l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s)" : un praticien de l'art infirmier qui répond aux conditions de formation fixées par le Comité de l'assurance, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, 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, 427836, 424712 couvrent la consultation du praticien de l'art infirmier et l'évaluation de l'état du pansement ainsi que la surveillance des paramètres pertinents tels que la douleur et les problèmes complémentaires par le praticien de l'art infirmier. Ces soins peuvent être cumulés dans la même journée avec les autres prestations techniques de soins infirmiers visés à la rubrique I, A et B, du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4°.~~

~~Elles peuvent être attestée dans le chef d'un même bénéficiaire au maximum dix fois dans la période d'un soin de plaie(s) simple, et vingt fois par mois civil dans le cadre d'un soin de plaie(s) complexe.~~

~~Le remplacement de pansements fait partie des prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 ou 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752.~~

~~3° Pour autant que les prestations 424270, 424432, 424572, 427851, 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, 427873, 424756 peuvent uniquement être attestées dans la période de trente jours qui prend cours le jour où une prestation de l'article 14, h), de la présente annexe (prestations qui relèvent de la spécialité ophtalmologie) a été dispensée.~~

~~5° Les prestations 429354, 429472, 429575, 429671 et 429774 peuvent être attestées dans le cadre de soins à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies . Ces soins peuvent être cumulés dans la même journée avec les autres prestations techniques de soins infirmiers visés à la rubrique I, A et B, du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4°.~~

~~6° Les prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier soins de plaie(s) 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, aux conditions fixées par le Comité de l'assurance, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.~~

~~7° Une communication au(x) médecin(s) impliqué(s) dans le soin de plaie(s) doit être effectuée en début de traitement. Cette communication peut se faire de manière électronique, doit être envoyée dans les 5 jours suivant la première séance de soins et doit être vérifiable en cas de contrôle (pas de notification orale ou par téléphone). La photo qui est ajoutée au dossier infirmier au début du soin de plaie(s) est également mise à disposition du ou des médecins impliqués dans le soin de la plaie.~~

~~La première séance de soins de la plaie concernée visée dans ce point 7° peut comporter toute prestation de soins de plaie(s) simples ou complexes, y compris la prestation de " Surveillance de plaie sans changement de pansement".~~

~~Les prestations de soins de plaie(s) simple 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 peuvent être attestées pendant une période maximale de 14 jours consécutifs suivant la première séance de soins de la plaie concernée.~~

~~Une prolongation unique de 7 jours est possible et requiert une communication au(x) médecin(s) impliqué(s) dans les soins des plaies, par laquelle une nouvelle photo de la plaie est mise à disposition. Cette communication peut se faire de manière électronique et doit être vérifiable en cas de contrôle (pas de notification orale ou par téléphone).~~

~~Après 21 jours, le soin de plaie simple devient un soin de plaie complexe et une nouvelle photographie est ajoutée au dossier.~~

~~Toutes les photos ajoutées au dossier infirmier doivent répondre aux conditions fixées par le Comité de l'assurance soins de santé, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.~~

~~8° Les prestations 424395, 424690, 427991, 424852 peuvent uniquement être attestées par un infirmier relais en matière de soins de plaie(s). Ces prestations peuvent être attestées une fois par journée de soins, au maximum vingt fois par bénéficiaire par année civile et au maximum dix fois par soin de plaie(s) par année civile.~~

~~L'infirmier relais qui donne l'avis ne peut pas être l'infirmier référent du patient. Si l'infirmier référent est également un infirmier relais en matière de soins de plaie(s), l'avis doit être donné et attesté par un autre infirmier relais.~~

~~"Les prestations 424395, 424690, 427991, 424852 couvrent toutes les composantes de la prestation de base telles qu'énumérées au § 4, 1° et ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une prestation de base, sauf si, au cours de cette séance, une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers, visées à la section I, B du § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° (à l'exception des prestations 424395, 424690, 427991 et 424852), ou une ou plusieurs prestations spécifiques de soins infirmiers visées à la section III du § 1, 1°, 2°, 3° et 3°bis sont également facturées."~~

~~Ces prestations couvrent la visite, la surveillance, le changement de pansement et l'avis d'un infirmier relais en matière de soins de plaie(s) à la demande de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans les soins de plaie(s) ou du patient. La présence du praticien de l'art infirmier demandant est recommandée. L'infirmier relais en matière de soins de plaie(s) fait un rapport écrit concernant l'évolution de la plaie au médecin qui supervise les soins de plaie(s). Une copie de ce rapport doit être conservée dans le dossier infirmier de l'infirmier relais et dans le dossier soins de plaie(s) du praticien de l'art infirmier demandant.~~

~~Au plus tard 6 semaines après le premier soin de plaie(s) (simple ou complexe), un avis du médecin qui supervise les soins de plaie(s) doit être demandé ou la prestation 424395, 424690, 427991 ou 424852 est dispensée à la requête de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans les soins de plaie(s) ou du patient.~~

~~Au maximum après chaque période de six semaines de traitement de la plaie, en cas de détérioration ou de statu quo de l'état de la plaie (ne correspondant pas à l'objectif de soins) par rapport à l'avis précédent, un avis du médecin qui supervise les soins de plaie(s) doit être demandé ou la prestation 424395, 424690, 427991 ou 424852 est dispensée à la requête de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans les soins de plaie(s) ou du patient.~~

~~Les prestations 424395, 424690, 427991 et 424852 ne peuvent pas être attestées au cabinet du praticien de l'art infirmier situé au sein d'un hôpital ou d'une polyclinique en dehors d'un site hospitalier chez un (des) médecin(s) spécialiste(s).~~

~~9° Les prestations 429376, 429590, 429693 et 429796 peuvent être attestées par le praticien de l'art infirmier qui atteste les soins de plaie(s) durant la séance où une prestation 424395, 424690, 427991 ou 424852 est dispensée par l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s).~~

~~10° Les prestations 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910 et 424992 ne peuvent être cumulées au cours d'une même séance avec aucune autre prestation de cet article, à l'exception d'une prestation de base.~~

~~Les prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une prestation 424395, 424690, 427991, 424852.~~

~~11° Les prestations complémentaires 429295, 429413, 429516, 429612 et 429715 peuvent être attestées au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe, si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure entre 30 et 59 minutes.~~

~~Les prestations complémentaires 429310, 429435, 429531, 429634 et 429730 peuvent être attestées au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe, si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure entre 60 et 89 minutes.~~

~~Les prestations complémentaires 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 peuvent être attestées au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe, si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure plus de 89 minutes.~~

~~Les prestations complémentaires 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 ne sont pas cumulables entre elles pendant une même journée de soins~~

~~12° Un formulaire électronique notifiant les prestations complémentaires de soins de plaie(s) complexes 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 est complété par le praticien de l'art infirmier et doit être communiqué 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, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.~~

~~Ce formulaire électronique comporte la date de début de la période au cours de laquelle seront portés en compte les prestations complémentaires de soins de plaie(s) complexes de plus de 30 minutes. Il comporte également la durée prévue des soins et la justification du traitement de la (des) plaie(s) : localisation de la plaie, type de plaie, fréquence du traitement par journée de soins.~~

~~La période de traitement couverte par le formulaire ne peut dépasser une durée de 3 mois.~~

~~En cas de non-respect du délai de 10 jours calendrier, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations complémentaires 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.~~

~~Sauf opposition du médecin-conseil, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées. L'opposition du médecin-conseil est portée à la connaissance du bénéficiaire par courrier et à celle du praticien de l'art infirmier par voie électronique.~~

~~Si l'opposition du médecin-conseil est notifiée dans les 10 jours calendrier suivant la notification du traitement par praticien de l'art infirmier, cette opposition implique le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du premier jour de traitement couvert par la notification et y compris celui-ci.~~

~~Si l'opposition du médecin-conseil n'est pas notifiée dans les 10 jours calendrier suivant la notification du traitement par le praticien de l'art infirmier, cette opposition entraîne le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du troisième jour ouvrable suivant la date de notification de l'opposition.~~

~~Dans les 10 jours calendrier suivant la notification de l'opposition par le médecin-conseil, le praticien de l'art infirmier peut fournir (par voie électronique) des informations ou des documents supplémentaires au médecin-conseil afin de revoir la décision.~~

~~Dans les 10 jours calendrier suivant la réception de ces informations ou documents supplémentaires, le médecin-conseil informera le praticien de l'art infirmier (par voie électronique) de sa décision de maintenir ou non l'opposition. Si le médecin-conseil ne notifie pas sa décision dans les 10 jours calendrier suivant la réception des informations ou documents complémentaires, cela implique le retrait de son opposition.~~

~~Si l'opposition du médecin-conseil, notifiée dans les 10 jours calendrier suivant la notification du traitement par praticien de l'art infirmier, est maintenue, cette opposition implique le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du premier jour de traitement couvert par la notification et y compris celui-ci.~~

~~Si l'opposition du médecin-conseil est maintenue et n'a pas été notifiée dans les dix jours calendrier suivant la notification du traitement par le praticien de l'art infirmier, cette opposition entraîne le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du troisième jour ouvrable suivant la date de notification de l'opposition.~~

~~Le retrait de l'opposition du médecin-conseil implique l'acceptation de l'intervention pour toutes les prestations effectuées~~

~~—à partir du premier jour de traitement inclus, si le délai de 10 jours calendrier pour la notification au médecin-conseil a été respecté ou si le médecin-conseil a accepté la justification écrite pour la demande ou la notification tardive.~~

~~—à partir du lendemain du jour de l'envoi de la notification au médecin conseil si le délai de 10 jours calendrier n'a pas été respecté."~~

"§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 429354, 424336, 424351, 429295, 429310, 429332, 424395, 429376, 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 429472, 424491, 424513, 429413, 429435, 429450, 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 429575, 424631, 424653, 429516, 429531, 429553, 424690, 429590, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 429671, 427932, 427954, 429612, 429634, 429656, 427991, 429693, 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 429774, 424793, 424815, 429715, 429730, 429752, 424852 et 429796) :

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. Ce sont des plaies dont le processus normal de cicatrisation prend 14 jours maximum, notamment l'application de pansements sur un soin de plaie simple et l'ablation de fils ou d'agrafes ;

- "soins de plaie(s) complexes" : tous les soins de plaies aiguës et chroniques qui ne font pas partie des soins de plaie(s) simples, ou des soins de plaies qui ont évolué de soins de plaie(s) simples en soins de plaie(s) complexes, avec des justifications dans le dossier infirmier. Les soins de plaie(s) avec méchage ou drain et les soins à des stomies non cicatrisées en font partie, les soins de plaie(s) complexes ne se limitant pas à cette liste.

- "l'infirmier référent" : le praticien de l'art infirmier qui soigne habituellement le patient ou le praticien de l'art infirmier qu'il désigne pour le remplacer ;

- "l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s)" : un praticien de l'art infirmier qui répond aux conditions de formation fixées par le Comité de l'assurance, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, 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, 427836, 424712 couvrent la consultation du praticien de l'art infirmier et l'évaluation de l'état du pansement ainsi que la surveillance des paramètres pertinents tels que la douleur et les problèmes complémentaires par le praticien de l'art infirmier. Ces soins peuvent être cumulés dans la même journée avec les autres prestations techniques de soins infirmiers visés à la rubrique I, A et B, du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4°.

Elles peuvent être attestées dans le chef d'un même bénéficiaire au maximum dix fois dans la période d'un soin de plaie(s) simple, et vingt fois par mois civil dans le cadre d'un soin de plaie(s) complexe.

Le remplacement de pansements fait partie des prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 ou 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752.

3° Pour autant que les prestations 424270, 424432, 424572, 427851, 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, 427873, 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 429354, 429472, 429575, 429671 et 429774 peuvent être attestées dans le cadre de soins à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies. Ces soins peuvent être cumulés dans la même journée avec les autres prestations techniques de soins infirmiers visés à la rubrique I, A et B, du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4°.

6° Les prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier infirmier soins de plaie(s) 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, aux conditions fixées par le Comité de l'assurance, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

7° Une communication au(x) médecin(s) impliqué(s) dans le soin de plaie(s) doit être effectuée en début de traitement. Cette communication peut se faire de manière électronique, doit être envoyée dans les 5 jours suivant la première séance de soins et doit être vérifiable en cas de contrôle (pas de notification orale ou par téléphone). La photo qui est ajoutée au dossier infirmier au début du soin de plaie(s) est également mise à disposition du ou des médecins impliqués dans le soin de la plaie.

La première séance de soins de la plaie concernée visée dans ce point 7° peut comporter toute prestation de soins de plaie(s) simples ou complexes, y compris la prestation de "Surveillance de plaie sans changement de pansement".

Les prestations de soins de plaie(s) simple 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 peuvent être attestées pendant une période maximale de 14 jours consécutifs suivant la première séance de soins de la plaie concernée.

Une prolongation unique de 7 jours est possible et requiert une communication au(x) médecin(s) impliqué(s) dans les soins des plaies, par laquelle une nouvelle photo de la plaie est mise à disposition. Cette communication peut se faire de manière électronique et doit être vérifiable en cas de contrôle (pas de notification orale ou par téléphone).

Après 21 jours, le soin de plaie simple devient un soin de plaie complexe et une nouvelle photographie est ajoutée au dossier.

Toutes les photos ajoutées au dossier infirmier doivent répondre aux conditions fixées par le Comité de l'assurance soins de santé, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

8° Les prestations 424395, 424690, 427991 et 424852 peuvent uniquement être attestées par un infirmier relais en matière de soins de plaie(s). Ces prestations peuvent être attestées une fois par journée de soins, au maximum vingt fois par bénéficiaire par année civile et au maximum dix fois par soin de plaie(s) par année civile.

L'infirmier relais qui donne l'avis ne peut pas être l'infirmier référent du patient. Si l'infirmier référent est également un infirmier relais en matière de soins de plaie(s), l'avis doit être donné et attesté par un autre infirmier relais.

Les prestations 424395, 424690, 427991 et 424852 couvrent toutes les composantes de la prestation de base telles qu'énumérées au § 4, 1° et ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une prestation de base, sauf si, au cours de cette séance, une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers, visées à la section I, B du § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° (à l'exception des prestations 424395, 424690, 427991 et 424852), ou une ou plusieurs prestations spécifiques de soins infirmiers visées à la section III du § 1, 1°, 2°, 3° et 3°bis sont également facturées.

Ces prestations couvrent la visite, la surveillance, le changement de pansement et l'avis d'un infirmier relais en matière de soins de plaie(s) à la demande de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans les soins de plaie(s) ou du patient. La présence du praticien de l'art infirmier demandant est recommandée. L'infirmier relais en matière de soins de plaie(s) fait un rapport écrit concernant l'évolution de la plaie au médecin qui supervise les soins de plaie(s). Une copie de ce rapport doit être conservée dans le dossier infirmier de l'infirmier relais et dans le dossier infirmier soins de plaie(s) du praticien de l'art infirmier demandant.

Au plus tard 6 semaines après le premier soin de plaie(s) (simple ou complexe), un avis du médecin qui supervise les soins de plaie(s) doit être demandé ou la prestation 424395, 424690, 427991 ou 424852 est dispensée à la requête de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans les soins de plaie(s) ou du patient.

Au maximum après chaque période de six semaines de traitement de la plaie, en cas de détérioration ou de statu quo de l'état de la plaie (ne correspondant pas à l'objectif de soins) par rapport à l'avis précédent, un avis du médecin qui supervise les soins de plaie(s) doit être demandé ou la prestation 424395, 424690, 427991 ou 424852 est dispensée à la requête de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans les soins de plaie(s) ou du patient.

Les prestations 424395, 424690, 427991 et 424852 ne peuvent pas être attestées au cabinet du praticien de l'art infirmier situé au sein d'un hôpital ou d'une polyclinique en-dehors d'un site hospitalier chez un (des) médecin(s) spécialiste(s).

9° Les prestations 429376, 429590, 429693 et 429796 peuvent être attestées par le praticien de l'art infirmier qui atteste les soins de plaie(s) durant la séance où une prestation 424395, 424690, 427991 ou 424852 est dispensée par l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s).

10° Les prestations 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910 et 424992 ne peuvent être cumulées au cours d'une même séance avec aucune autre prestation de cet article, à l'exception d'une prestation de base.

Les prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une prestation 424395, 424690, 427991, 424852.

11° Les prestations complémentaires 429295, 429413, 429516, 429612 et 429715 peuvent être attestées au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe, si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure entre 30 et 59 minutes.

Les prestations complémentaires 429310, 429435, 429531, 429634 et 429730 peuvent être attestées au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe, si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure entre 60 et 89 minutes.

Les prestations complémentaires 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 peuvent être attestées au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe, si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure plus de 89 minutes.

Les prestations complémentaires 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 ne sont pas cumulables entre elles pendant une même journée de soins.

12° Un formulaire électronique notifiant les prestations complémentaires de soins de plaie(s) complexes 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 est complété par le praticien de l'art infirmier et doit être communiqué 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, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Ce formulaire électronique comporte la date de début de la période au cours de laquelle seront portés en compte les prestations complémentaires de soins de plaie(s) complexes de plus de 30 minutes. Il comporte également la durée prévue des soins et la justification du traitement de la (des) plaie(s) : localisation de la plaie, type de plaie, fréquence du traitement par journée de soins.

La période de traitement couverte par le formulaire ne peut dépasser une durée de 3 mois.

En cas de non-respect du délai de 10 jours calendrier, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations complémentaires 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.

Sauf opposition du médecin-conseil, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées. L'opposition du médecin-conseil est portée à la connaissance du bénéficiaire par courrier et à celle du praticien de l'art infirmier par voie électronique.

Si l'opposition du médecin-conseil est notifiée dans les 10 jours calendrier suivant la notification du traitement par praticien de l'art infirmier, cette opposition implique le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du premier jour de traitement couvert par la notification et y compris celui-ci.

Si l'opposition du médecin-conseil n'est pas notifiée dans les 10 jours calendrier suivant la notification du traitement par le praticien de l'art infirmier, cette opposition entraîne le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du troisième jour ouvrable suivant la date de notification de l'opposition.

Dans les 10 jours calendrier suivant la notification de l'opposition par le médecin-conseil, le praticien de l'art infirmier peut fournir (par voie électronique) des informations ou des documents supplémentaires au médecin-conseil afin de revoir la décision.

Dans les 10 jours calendrier suivant la réception de ces informations ou documents supplémentaires, le médecin-conseil informera le praticien de l'art infirmier (par voie électronique) de sa décision de maintenir ou non l'opposition. Si le médecin-conseil ne notifie pas sa décision dans les 10 jours calendrier suivant la réception des informations ou documents complémentaires, cela implique le retrait de son opposition.

Si l'opposition du médecin-conseil, notifiée dans les 10 jours calendrier suivant la notification du traitement par praticien de l'art infirmier, est maintenue, cette opposition implique le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du premier jour de traitement couvert par la notification et y compris celui-ci.

Si l'opposition du médecin-conseil est maintenue et n'a pas été notifiée dans les dix jours calendrier suivant la notification du traitement par le praticien de l'art infirmier, cette opposition entraîne le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du troisième jour ouvrable suivant la date de notification de l'opposition.

Le retrait de l'opposition du médecin-conseil implique l'acceptation de l'intervention pour toutes les prestations effectuées.

- à partir du premier jour de traitement inclus, si le délai de 10 jours calendrier pour la notification au médecin-conseil a été respecté ou si le médecin-conseil a accepté la justification écrite pour la demande ou la notification tardive.

- à partir du lendemain du jour de l'envoi de la notification au médecin conseil si le délai de 10 jours calendrier n'a pas été respecté.

...

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

...

" Les prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis peuvent être cumulées avec toutes les prestations du § 1er 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, 425751 et 425073. 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 424336, 424491, 424631, 427932, 424351, 424513, 424653, ~~427954, 424373, 424535, 424675 et 427976~~ et 427954 ne peuvent pas être cumulées lors d'une même journée de soins avec les prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis s'il s'agit d'un soin de plaie située au point de ponction du cathéter, de la perfusion ou de la sonde avec ballon. Si un autre soin de plaie est presté lors de la même journée de soins, il doit être mentionné dans le dossier infirmier."