

■ [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 <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 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		
<del>429354, 429472, 429575, 429671, 429774 (Soins de stomie)</del>	<del>429870</del>		
429354, 429472, 429575 ou 429671	429870		
<del>429376, 429590, 429693, 429796, (Présence de l'infirmier référent pendant la visite de l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s))</del>	<del>429892</del>		
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 <sup>er</sup> , 1 <sup>o</sup> , 2 <sup>o</sup> , 3 <sup>o</sup> et 3 <sup>o bis</sup>	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<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 3<sup>o bis</sup> et 4<sup>o</sup>.~~

~~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 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."

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

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

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

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

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

#### **I. Séance de soins infirmiers.**

##### **A. Prestation de base.**

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

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

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

---

"	424255	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Surveillance de plaie sans changement de pansement	W 0,746 "
	424270	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Application de pommades ou d'un produit médicamenteux	W 0,484
	424292	Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire	W 0,484 "
"	424314	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression	W 0,484 "
"	424933	"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas	W 0,484 "
"	429354	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies	W 1,459 "
"	424336	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424255, 424270, 424292, 424314, 424933 et 429354.	W 1,459 "
"	424351	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins de plaie(s) complexes	W 2,203 "
"	429295	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 30-59 minutes	W 5,216
	429310	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 60-89 minutes	W 11,477
	429332	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure plus de 89 minutes	W 18,779
	424395	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Visite d'un infirmier relais en matière de soins de plaie(s)	W 5,271
	429376	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Présence de l'infirmier référent pendant la visite de l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s)	W 0,746 "
	424373	Supprimée par A.R. 3.10.2022 (en vigueur 1.12.2022)	

---

coordination officieuse

"	425176	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) - sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie	W 0,804	
	425191	- soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires	W 0,730	
	425213	- évacuation manuelle de fécalome; - lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale; - tubage et drainage gastro-intestinal; - lavage intestinal; - nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W 0,730	"
"	425736	"A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques	W 0,180	"
"	424874	"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale	W 2,365	"
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) <b>"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."</b>		
"	425272	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 3,825	"
"	425294	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W 7,371	"

		<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005)</i>	
"	425316	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W 10,083 "
		<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005</i> <b>"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."</b>	
		<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)</i>	
"	425375	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 "
		<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)</i>	
"	423113	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 "
		<i>"A.R. 15.12.2008" (en vigueur 1.2.2009)</i>	
"	421072	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 "
		<i>"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010)</i>	
"	427416	Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet	W 2,302
	427475	Remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet	W 2,302 "
		<i>"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)</i>	
"	427534	Honoraire pour la surveillance et le suivi lors de l'utilisation d'un système de pompe pour l'administration d'une analgésie chronique via un cathéter épidural ou intrathécal	W 2,946 "

---

"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)  
**"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."**

"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)

"	427011	Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"><li>• dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et</li><li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et</li><li>- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)</li></ul></li><li>• et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li></ul>	W 14,422
	427033	Honoraires forfaitaires PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"><li>• dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et</li><li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et</li><li>- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4).</li></ul></li><li>• et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li></ul>	W 11,750
	427055	Honoraires forfaitaires PA, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués : <ul style="list-style-type: none"><li>• au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et</li><li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)</li></ul></li><li>• sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li></ul>	W 10,887 "

---

---

		"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)	
"	427173	Honoraires forfaitaires PP, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués : <ul style="list-style-type: none"> <li>• au bénéficiaire pour qui s'appliquent les dispositions du § 4, 6°;</li> <li>• sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li> </ul>	W 10,887
		<b>V. Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs.</b>	
	427070	Honoraires supplémentaires, dits forfait PN, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour lequel une ou plusieurs prestations visées sous I ou sous III de la présente rubrique ont été attestées, sans que le plafond journalier visé au § 4, 6° n'ai été atteint.</li> <li>• et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li> </ul>	W 7,062 "
		"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)	
		<b>"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.</b>	
	423135	Honoraire forfaitaire pour la constitution du dossier infirmier spécifique au patient diabétique et la concertation avec le médecin traitant	W 7,001
	423150	Honoraire forfaitaire pour l'éducation individuelle aux soins autonomes d'un patient diabétique par un infirmier relais en diabétologie	W 21,002
	423172	Honoraire forfaitaire pour la présence d'un infirmier référent lors de l'éducation individuelle aux soins autonomes	W 8,401
	423194	Honoraire forfaitaire pour l'éducation individuelle à la compréhension, dans laquelle un infirmier référent ou un infirmier relais en diabétologie fournit au patient diabétique des explications sur la pathologie	W 7,001
	423216	Forfait pour le suivi d'un patient diabétique après l'éducation aux soins autonomes	W 2,800
	423231	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes	W 0,070 "

---

		"A.R. 15.12.2008" (en vigueur 1.2.2009)	
		<b>"VII : Consultation infirmière</b>	
	429015	Consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile	W 5,555 "
"	424896	"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) Avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, suivi d'un accord du médecin traitant	W 5,203 "
		"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)	
		<b>"VIII</b>	
	428035	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W 0,134 "
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005	
		<b>"2° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.</b>	
		<b>I. Séance de soins infirmiers.</b>	
		<b>A. Prestation de base.</b>	
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)	
	425412	Première prestation de base de la journée de soins	W 1,206
	425434	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 1,206
	425456	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W 1,206 "
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B.9.3.2005	
		<b>"B. Prestations techniques de soins infirmiers."</b>	
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)	
"	425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,754 "
"	423253	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé	W 0,803 "
"	423275	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W 0,730 "
"	423290	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W 0,766 "
"	424410	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Surveillance de plaie sans changement de pansement	W 0,978 "

---

"	424432	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Application de pommades ou d'un produit médicamenteux	W 0,730	
	424454	Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire	W 0,730	"
"	424476	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression	W 0,730	"
"	424955	"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas	W 0,730	"
"	429472	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies	W 2,189	"
"	424491	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424410, 424432, 424454, 424476, 424955 et 429472	W 2,189	"
"	424513	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009) Soins de plaie(s) complexes	W 2,562	"
"	429413	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 30-59 minutes	W 5,216	
	429435	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 60-89 minutes	W 11,477	
	429450	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure plus de 89 minutes	W 18,779	"
	424535	Supprimée par A.R. 3.10.2022 (en vigueur 1.12.2022)		
"	425574	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) - sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie	W 1,206	
	425596	- soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires	W 1,094	
	425611	- évacuation manuelle de fécalome; - lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale; - tubage et drainage gastro-intestinal; - lavage intestinal; - nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W 1,094	"

"	425751	<p>"A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques;</p>	W 0,269 "
		<p>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B.9.3.2005 <b>"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."</b></p>	
"	425670	<p>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)</p>	W 5,710
	425692	<p>Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - 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)</p>	W 10,944 "
"	425714	<p>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)</p>	W 15,017 "

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005

**"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."**

"	425773	<p>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)</p> <p>Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées);</li> <li>- administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale;</li> </ul>	W 13,401 "
"	423312	<p>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)</p> <p>Mise en place d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable</p>	W 8,934 "
"	421094	<p>"A.R. 15.12.2008" (en vigueur 1.2.2009)</p> <p>Retrait d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable</p>	W 8,333 "
"	427431	<p>"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010)</p> <p>Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet</p>	W 3,453
	427490	<p>Remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet</p>	W 3,453 "
"	427556	<p>"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)</p> <p>Honoraire pour la surveillance et le suivi lors de l'utilisation d'un système de pompe pour l'administration d'une analgésie chronique via un cathéter épidural ou intrathécal</p>	W 4,504 "
		<p>"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)</p> <p><b>"IV. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs."</b></p>	
"	427092	<p>"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)</p> <p>Honoraires forfaitaires PC, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)</li> </ul> </li> <li>• et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li> </ul>	W 21,512

---

427114	Honoraires forfaitaires PB, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"><li>• dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et</li><li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4) et</li><li>- dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4).</li></ul></li><li>• et qui répond à la définition du patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li></ul>	W 17,493
427136	Honoraires forfaitaires PA, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués : <ul style="list-style-type: none"><li>• au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :<ul style="list-style-type: none"><li>- dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et</li><li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)</li></ul></li><li>• sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li></ul>	W 16,253 "
" 427195	<p>"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)</p> Honoraires forfaitaires PP, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués : <ul style="list-style-type: none"><li>• au bénéficiaire pour qui s'appliquent les dispositions du § 4, 6°.</li><li>• sous la condition que le bénéficiaire répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li></ul>	W 16,253
<b>V. Honoraires supplémentaires par journée de soins pour les patients palliatifs.</b>		
427151	Honoraires supplémentaires, dits forfaits PN, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"><li>• pour lequel une ou plusieurs prestations visées sous I ou sous III de la présente rubrique ont été attestées, sans que le plafond journalier visé au § 4, 6° n'ai été atteint,</li><li>• et qui répond à la définition de patient palliatif reprise au § 5bis, 1°</li></ul>	W 10,624 "

---

		<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)</i>	
		<b>"VI. Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques.</b>	
423334	Honoraire de suivi pour l'accompagnement, par un infirmier référent, d'un patient diabétique qui ne passe pas aux soins autonomes		W 0,070 "
		<i>"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)</i>	
		<b>"VII</b>	
428050	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants		W 0,134 "
		<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005 + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)+ "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)</i>	
		<b>"3° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit dans une maison de convalescence."</b>	
		<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005</i>	
		<b>"I. Séance de soins infirmiers.</b>	
		<b>A. Prestation de base. "</b>	
		<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)</i>	
425810	Première prestation de base de la journée de soins		W 0,655
425832	Deuxième prestation de base de la journée de soins		W 0,655
425854	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins		W 0,655
		<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005</i>	
		<b>"B. Prestations techniques de soins infirmiers"</b>	
		<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)</i>	
"	425913	Soins d'hygiène (toilettes)	W 1,167 "
		<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)</i>	
"	423356	Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé	W 0,532 "
		<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003)</i>	
"	423371	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W 0,484 "
		<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)</i>	
"	423393	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W 0,508 "
		<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022)</i>	
"	424550	Surveillance de plaie sans changement de pansement	W 0,746 "

---

"	424572	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) Application de pommades ou d'un produit médicamenteux	W 0,484	
	424594	Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire	W 0,484	"
"	424616	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression	W 0,484	"
"	424970	"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas	W 0,484	"
"	429575	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies	W 1,459	"
"	424631	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424550, 424572, 424594, 424616, 424970 et 429575	W 1,459	"
"	424653	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins de plaie(s) complexes	W 2,203	"
"	429516	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 30-59 minutes	W 5,216	
	429531	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 60-89 minutes	W 11,477	
	429553	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure plus de 89 minutes	W 18,779	"
	424675	Supprimée par A.R. 3.10.2022 (en vigueur 1.12.2022)		
"	424690	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Visite d'un infirmier relais en matière de soins de plaie(s)	W 5,271	"
"	429590	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Présence de l'infirmier référent pendant la visite de l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s)	W 0,746	"
"	425972	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) - sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie	W 0,804	

---

	425994	- soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires	W 0,730
	426016	- évacuation manuelle de fécalome; - lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale; - tubage et drainage gastro-intestinal; - lavage intestinal; - nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W 0,730 "
"	425073	"A.R. 25.3.2018" (en vigueur 1.6.2018) Préparation et administration de médicaments pour patients psychiatriques chroniques	W 0,180 "
		"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005 <b>"II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants."</b>	
"	426075	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 3,605
	426090	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants: - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W 6,432 "

"	426112	<p><i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 4.6.1998" (en vigueur 1.7.1998) + "A.R. 9.6.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005)</i></p> <p>Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dépendance pour le critère se laver (score 4) et le critère s'habiller (score 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère transfert et déplacements (score 4) et le critère aller à la toilette (score 4), et</li> <li>- dépendance pour le critère continence et pour le critère manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)</li> </ul>	W 8,874 "
<p><i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005</i></p> <p><b>"III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers."</b></p>			
"	426171	<p><i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)</i></p> <p>Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en place et/ou surveillance des perfusions (intraveineuses ou sous-cutanées);</li> <li>- administration et/ou surveillance de l'alimentation parentérale;</li> </ul>	W 8,934 "
"	423415	<p><i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)</i></p> <p>Mise en place d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable</p>	W 8,934 "
"	421116	<p><i>"A.R. 15.12.2008" (en vigueur 1.2.2009)</i></p> <p>Retrait d'un cathéter à demeure ou d'un matériel spécifique permettant l'administration d'une solution médicamenteuse dans une chambre implantable</p>	W 8,333 "
"	427453	<p><i>"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010)</i></p> <p>Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet</p>	W 2,302
	427512	Remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet	W 2,302 "
"	427571	<p><i>"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)</i></p> <p>Honoraire pour la surveillance et le suivi lors de l'utilisation d'un système de pompe pour l'administration d'une analgésie chronique via un cathéter épidural ou intrathécal</p>	W 2,946 "

---

	"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010)		
	<b>"IV</b>		
428072	valorisation des prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants	W 0,134	"
	"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)		
	<b>"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.</b>		
	<b>I. Séance de soins infirmiers.</b>		
	<b>A. Prestation de base.</b>		
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>B. Prestations techniques de soins infirmiers.</b>		
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	
"	"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022)		
427836	Surveillance de plaie sans changement de pansement	W 0,746	"
"	"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)		
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	
427895	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression	W 0,484	
427910	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas	W 0,484	"
"	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022)		
429671	Soins à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies	W 1,459	"

---

"	427932	"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 427836, 427851, 427873, 427895, 427910 et 429671	W 1,459	
	427954	Soins de plaie(s) complexes	W 2,203	"
"	429612	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 30-59 minutes	W 5,216	
	429634	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 60-89 minutes	W 11,477	
	429656	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure plus de 89 minutes	W 18,779	"
	427976	Supprimée par A.R. 3.10.2022 (en vigueur 1.12.2022)		
	427991	"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Visite d'un infirmier relais en matière de soins de plaie(s)	W 5,271	"
"	429693	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Présence de l'infirmier référent pendant la visite de l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s)	W 0,746	"
"	429030	"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) - sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie	W 0,804	
	429052	- soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires	W 0,730	
	429074	- évacuation manuelle de fécalome; - lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale; - tubage et drainage gastro-intestinal; - lavage intestinal; - nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W 0,730	
		<b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.</b>		
	429096	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et/ou le critère aller à la toilette (score 3 ou 4)	W 3,605	

---

429111	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour le critère se laver et le critère s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère transfert et déplacements et le critère aller à la toilette (score 3 ou 4), et - dépendance pour le critère continence et/ou pour le critère manger (score 3 ou 4)	W 6,432
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
<b>III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers.</b>		
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 "
	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005</i>	
	<b>"4° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers dans un centre de jour pour personnes âgées.</b>	
	<b>I. Séance de soins infirmiers.</b>	
	<b>A. Prestation de base.</b>	
	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997)</i>	
426215	Première prestation de base de la journée de soins	W 0,655
426230	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W 0,655
426252	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W 0,655
	<i>"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + Erratum M.B. 9.3.2005</i>	
	<b>B. Prestations techniques de soins infirmiers."</b>	
426311	<i>Supprimée par A.R. 18.7.2002 (en vigueur 1.10.2002)</i>	
	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 20.12.2007" (en vigueur 1.10.2007)</i>	
" 423430	Administration de médicaments, y compris le remplacement de l'héparjet, par voie intraveineuse directe ou via un cathéter intraveineux préalablement installé	W 0,532
423452	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W 0,484 "
	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)</i>	
" 423474	Administration de médicaments par voie intramusculaire, sous-cutanée, hypodermique ou intraveineuse, en plusieurs sites d'injection	W 0,508 "
	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022)</i>	
" 424712	Surveillance de plaie sans changement de pansement	W 0,746 "
	<i>"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.7.2003)</i>	
" 424734	Application de pommades ou d'un produit médicamenteux	W 0,484
424756	Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire	W 0,484 "
	<i>"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)</i>	
" 424771	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression	W 0,484 "
	<i>"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)</i>	
" 424992	Dans le cadre d'une thérapie de compression : application et/ou enlèvement de bas	W 0,484 "

---

"	429774	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies	W 1,459 "
"	424793	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins de plaie(s) simples à l'exception des prestations 424712, 424734, 424756, 424771, 424992 et 429774	W 1,459 "
"	424815	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Soins de plaie(s) complexes	W 2,203 "
"	429715	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 30-59 minutes	W 5,216
	429730	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 60-89 minutes	W 11,477
	429752	Prestation complémentaire si le soin de plaie(s) complexe dure 60-89 minutes	W 18,779 "
"	424830	Supprimée par A.R. 3.10.2022 (en vigueur 1.12.2022)	
"	424852	"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Visite d'un infirmier relais en matière de soins de plaie(s)	W 5,271 "
"	429796	"A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) Présence de l'infirmier référent pendant la visite de l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s)	W 0,746 "
"	426370	"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) - sondage vésical; - instillation vésicale; - lavage de vessie	W 0,804
	426392	- soins aseptiques de vulve; - irrigation vaginale; - aspiration des voies respiratoires	W 0,730
	426414	- évacuation manuelle de fécalome; - lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale; - tubage et drainage gastro-intestinal; - lavage intestinal; - nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W 0,730 "

---

"A.R 29.9.2019" (en vigueur 1.12.2019)

**"§ 1bis** Les prestations du § 1, 1° ou 2° sont d'application si les soins ne sont pas effectués dans des lieux de prestation visés dans § 1, 3°, 3°bis et 4° et s'ils sont effectués au domicile ou à la résidence du bénéficiaire, dans des crèches, écoles, stages et camps récréatifs, lors de garde en milieu extra-scolaire, sur le lieu de travail, dans un hébergement de vacances et dans un hébergement chez des membres de la famille ou un aidant-proche. "

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

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"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."

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.6.2022) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) + "A.R. 11.10.2023" (en vigueur 1.12.2023)

"- 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 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);

"A.R. 25.3.2018" (en vigueur 1.6.2018) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.6.2022)

"Les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1er, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° et les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1er, 1°, 2°, 3° et 3°bis peuvent être exécutées en cas d'urgence sur base d'une prescription formulée oralement, communiquée par téléphone, par radiophonie ou par webcam par le praticien visé à l'alinéa 1er. Le praticien confirme la prescription par écrit dans les meilleurs délais et au plus tard après 5 jours calendrier qui suivent la prescription formulée oralement ci-dessus. "

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 25.3.2018" (en vigueur 1.6.2018)

"Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte. Pour les prestations 425736, 425751 et 425073, la prescription doit mentionner, au lieu du nombre de prestations, la période sur laquelle elle porte; cette période est de maximum un an; la prescription est renouvelable."

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

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

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

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

**"§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus"**

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017)

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

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

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

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

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

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

“A.R. 27.3.2012” (en vigueur 1.6.2012)

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

“A.R. 7.5.2017” (en vigueur 1.7.2017)

“6° lorsque les prestations sont dispensées lors d’une “première prise en charge des urgences” ou lors “de soins urgents spécialisés” dans un hôpital.”

“A.R. 7.5.2017” (en vigueur 1.7.2017) + “A.R. 25.3.2018” (en vigueur 1.6.2018)

“7° pour les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 si cet acte est réalisé dans un hôpital en ce compris le cabinet d’un (de) praticien(s) de l’art infirmier situé au sein d’un hôpital et le cabinet d’un (de) praticien(s) de l’art infirmier situé au sein d’une polyclinique, en lien avec un (des) médecin(s) spécialiste(s) et en-dehors d’un site hospitalier.”

“A.R. 7.5.2017” (en vigueur 1.7.2017)

“8° pour les prestations 425913, 426075, 426090, 426112 et 428072 réalisées au cabinet du praticien de l’art infirmier.”

“A.R. 25.3.2018” (en vigueur 1.6.2018)

“9° lorsque les prestations 425073 sont réalisées dans un cabinet d’un (de) praticien(s) de l’art infirmier situé au sein d’un hôpital dans un cabinet d’un (de) praticien(s) de l’art infirmier situé au sein d’une polyclinique, en lien avec un (des) médecin(s) spécialiste(s) et en-dehors d’un site hospitalier ou dans une maison de convalescence.”

“A.R. 29.9.2019” (en vigueur 1.12.2019)

**“§ 3bis.**

L’intervention de l’assurance est subordonnée aux conditions suivantes :

- Au nom d’un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut salarié, un maximum de 22.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations ;
- Au nom d’un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut indépendant, un maximum de 40.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations ;

- Au nom d'un dispensateur de soins, infirmier ou aide-soignant, sous statut salarié et sous statut indépendant pendant une même année civile, un maximum de 40.000 valeurs W peut être attesté par année civile pour des prestations.

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"§ 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°."

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

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

- les données d'identification du bénéficiaire;
- l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;
- le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé) chaque fois que la nomenclature l'exige;
- les données d'identification du prescripteur chaque fois que la nomenclature l'exige;
- l'identification des soins infirmiers effectués au cours de chaque journée de soins;

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

- l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensés ces soins;

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

- la mention relative à la continence visée au § 6, 4°, chaque fois que la nomenclature l'exige."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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 :"

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

"- la planification des soins;

- l'évaluation des soins;

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

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 27.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) + "A.R. 10.11.2023" (en vigueur 1.12.2023)

"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."

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

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

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 11.10.2023" (en vigueur 1.12.2023)

"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 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. "

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

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

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

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

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

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

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) + "A.R. 11.10.2023" (en vigueur 1.12.2023)

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

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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.

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022)

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

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

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

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

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

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

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

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

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 17.9.2005" (en vigueur 1.10.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

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

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022)

"Pour la détermination des valeurs dans l'alinéa précédent, on ne tient pas compte des prestations 424395, 424690, 427991, 424852, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656, 429752, et 424874."

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

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

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

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

"A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

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

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

La prestation 424896 peut uniquement être attestée pour les soins de personnes dont l'inadéquation de l'observance thérapeutique est liée à de la démence, présentant une déficience visuelle non corrigée, des troubles moteurs momentanés ou définitifs d'un ou des deux membres supérieurs, ou de personnes contraintes à prendre une médication complexe. Une médication complexe est constituée d'au minimum 5 molécules différentes par jour à répartir en 3 prises journalières au minimum. Pour la détermination des minima dans la phrase précédente, est considérée la médication telle que décrite à l'article 1<sup>er</sup> de la loi sur les médicaments du 25 mars 1964 prise par le patient et qui est intégrable dans une boîte à médicaments, un pilulier ou un récipient équivalent, pour une semaine.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"§ 5. Précisions relatives aux 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>:"

"A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

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

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

"a) Se laver :

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

b) S'habiller :

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

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

"c) Transfert et déplacements :

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

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

"d) Aller à la toilette

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

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

"e) Continence :

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

f) Manger :

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

"A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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°;"

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022)

"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, 424852, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 ;"

"A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"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.

---

"A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
Les honoraires forfaitaires pour les patients diabétiques visés à la rubrique VI du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> peuvent être cumulés avec les honoraires forfaitaires pour des patients lourdement dépendants 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."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
"3<sup>o</sup> 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> ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :"

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel 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 et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> 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;"

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

"b) le praticien de l'art infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2<sup>o</sup>;"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.10.1997)

"c) pour chaque forfait attesté, plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait :"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.10.1997) + "A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 25.3.2018" (en vigueur 1.6.2018) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022) + "A.R. 11.10.2023" (en vigueur 1.12.2023)

"

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 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 ou 429671	429870		
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 <sup>er</sup> , 1 <sup>o</sup> , 2 <sup>o</sup> , 3 <sup>o</sup> et 3 <sup>o</sup> bis	426856		

"

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

"d) il faut au minimum deux visites par journée de soins pour pouvoir attester le forfait C et forfait PC."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017)

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

"A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017)

"Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°, si la première visite n'a pas été effectuée par l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté, sont attestés par l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté qui a effectivement réalisé les soins durant une des séances de soins nécessaires lors d'une même journée de soins."

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

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

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

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"2° Les prestations 427011, 427092, 427033, 427114, 427055, 427136, 427173, 427195, 427070 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, 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."

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

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

"A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
"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>;"

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 3.10.2022" (en vigueur 1.12.2022)

"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, 424852, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 ;"

"A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"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<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> bis;"

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

"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<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>.  
Les honoraires supplémentaires pour les patients palliatifs visés à la rubrique V du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>."

"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

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

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

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

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;

"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)

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.

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

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 .:"

"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"

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	
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	

"

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

"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."

"A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"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."

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017)

"§ 5ter. Précisions relatives aux honoraires visés à la rubrique VI du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°:"

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

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

a) "patient diabétique" : le bénéficiaire pour lequel le praticien de l'art infirmier entame après le 1<sup>er</sup> avril 2003 un traitement chronique avec injection quotidienne d'insuline. Pour l'application des prestations 423231 et 423334, tous les patients à qui un praticien de l'art infirmier administre des injections d'insuline entrent en considération;

b) "infirmier référent" : le praticien de l'art infirmier qui soigne habituellement le patient et qui effectue l'injection d'insuline ou le praticien de l'art infirmier qu'il désigne pour le remplacer;

c) "infirmier relais en diabétologie" : un praticien de l'art infirmier qui répond aux conditions de formation décrites dans une directive édictée par le Comité de l'assurance soins de santé sur la proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs, et qui est inscrit comme tel à l'INAMI.

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

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

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

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

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

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

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

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 22.6.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)

- que le praticien de l'art infirmier constitue et tienne à jour un dossier infirmier spécifique au patient diabétique. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2°. Il doit répondre, en ce qui concerne son contenu, à une directive fixée par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs, et comprend au minimum les points suivants:

"A.R. 11.6.2003 (en vigueur 1.7.2003)

- l'anamnèse infirmière standardisée;
- les problèmes infirmiers et/ou les diagnostics infirmiers;
- le planning concret des soins, y compris le programme éducatif prescrit et le suivi des soins infirmiers du patient;

"A.R. 11.6.2003 (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 10.1.2021 (en vigueur 1.4.2021)

- qu'une concertation ait eu lieu au préalable avec le médecin traitant (médecin généraliste ou médecin spécialiste), durant laquelle les objectifs des soins infirmiers en matière d'éducation concernant le diabète, ainsi que le suivi sont discutés, et durant laquelle le médecin décide s'il prescrit ou non l'éducation aux soins autonomes ou l'éducation à la compréhension. Les objectifs sont fixés dans le planning des soins.

"A.R. 11.6.2003 (en vigueur 1.7.2003)

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

La prestation 423150 peut uniquement être attestée à condition:

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

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

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

La prestation 423194 peut uniquement être attestée à condition:

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

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

"A.R. 11.6.2003 (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 10.1.2021 (en vigueur 1.4.2021)  
- des accords aient été pris avec le médecin traitant (médecin généraliste ou médecin spécialiste) en ce qui concerne le suivi nécessaire du patient en termes de soins infirmiers. Le suivi infirmier est prescrit par le médecin traitant. Le planning des soins doit être repris dans le dossier infirmier spécifique au patient diabétique;

"A.R. 11.6.2003 (en vigueur 1.7.2003)

- une prestation 423150 ait été attestée.

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

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

"A.R. 19.1.2011" (en vigueur 1.1.2010) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

**"§ 5quater**

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."

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

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

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

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

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

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

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"2<sup>o</sup> 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."

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"3<sup>o</sup> 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."

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

"4<sup>o</sup> Pour les bénéficiaires:

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

---

"A.R. 11.6.2003" (en vigueur 1.7.2003) + "A.R. 13.10.2004" (en vigueur 1.1.2005) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

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

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

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

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

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

"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 12.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + "A.R. 18.7.2002" (en vigueur 1.10.2002) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"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°, 2°, 3° et 3°*bis*, et à la rubrique IV du § 1<sup>er</sup>, 1° et 2° le praticien de l'art infirmier est tenu de transmettre une notification au médecin-conseil, selon la procédure prévue au § 7."

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

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

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

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

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

*"A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)*

Les dispositions de l' A.R. 19.4.2014 sont d'application pour toutes les demandes et notifications qui arrivent chez les médecins conseils à partir de son entrée en vigueur (1.7.2014).

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

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

*"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)*

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

*"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)*

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

*"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)*

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

*"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014)*

"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 de 3 mois."

*"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)*

Lorsque le traitement doit être poursuivi au-delà de la période mentionnée, ou lorsqu'il dépasse une durée de 3 mois, 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."

"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"Une copie du certificat médical original, ou un nouveau certificat, établi par le médecin traitant constatant la désorientation dans le temps et l'espace, dont il est question au § 6, 4°, doit être conservée dans le dossier infirmier."

"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"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 est portée à la connaissance du bénéficiaire par courrier et à celle du praticien de l'art infirmier par voie électronique. Cette opposition entraîne le refus d'intervention pour toutes les prestations effectuées à partir de la date, et y compris, du premier jour de traitement auquel se rapporte la notification ou la demande, telle que visée au § 7, 2° du présent article."

"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"Lorsque les soins, bien que notifiés au médecin-conseil, n'ont jamais débuté, sont interrompus durant une période égale ou supérieure à 10 jours calendrier, ou cessent avant la fin de la période mentionnée dans la notification, le praticien de l'art infirmier doit en aviser le médecin-conseil via le réseau électronique dans les 10 jours calendrier à partir du dernier soin ou, à défaut de prise en charge, dans une période de 10 jours qui suivent la connaissance du fait que les soins n'auront pas lieu."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 8.7.1997" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

"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°, 3° et 3° 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."

"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

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

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

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

*"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014)*

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

*"A.R. 25.4.2013" (en vigueur 1.7.2013) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)*

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

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

*"A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)*

"6° Un formulaire électronique notifiant les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers 425375, 425773, 426171 et 429155, est complété par le praticien de l'art infirmier et doit être envoyé via le réseau électronique visé au § 7, 2°, du présent article, au médecin-conseil au plus tard dans les 10 jours calendrier qui suivent le premier jour du traitement.

*"A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017)*

Ce formulaire électronique comporte la date de début et la date de fin de la période au cours de laquelle seront portés en compte les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers. La période de traitement mentionnée dans le formulaire ne peut dépasser une durée de 12 mois.

"A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

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

L'opposition du médecin-conseil implique le refus d'intervention de l'assurance pour toutes les prestations effectuées à partir du 3ème jour ouvrable suivant la date d'expédition de cette opposition par courrier adressé au bénéficiaire, cachet de la poste faisant foi, et ce jusqu'à une éventuelle autre décision."

"A.R. 11.10.2023" (en vigueur 1.12.2023)

**"§ 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.

"A.R. 3.8.2007" (en vigueur 1.10.2007) + "A.R. 25.3.2018" (en vigueur 1.6.2018)  
**§ 8bis.** Précisions concernant les prestations dispensées aux patients psychiatriques chroniques (425736, 425751 et 425073) visés sous la rubrique I, B, du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> :

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

Les prestations 425736, 425751 et 425073 ne sont remboursées qu'une seule fois par jour et ne peuvent être cumulées au cours d'une même séance avec aucune autre prestation du présent article, sauf une prestation de base."

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

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

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

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

**"§ 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>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o bis</sup>:"

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

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

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

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

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

"b) le numéro INAMI du prescripteur;

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

d) le type de prestation;

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

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

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

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 10.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

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

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017)  
"Les dispositions du § 7, 6° sont applicables."

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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."

"A.R. 24.11.2009" (en vigueur 1.2.2010) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

"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."

"A.R. 27.3.2012" (en vigueur 1.6.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
+ "A.R. 25.3.2018" (en vigueur 1.6.2018)

"Lors d'une même séance de soins, les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 ne peuvent être cumulées avec les prestations 423113, 423312, 423415, 429170, 421072, 421094, 421116 et 429192 que lorsque les sites d'injection sont différents pour chacune des prestations et que ces différents sites sont mentionnés dans le dossier infirmier."

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

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

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
 "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."

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
 "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."

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
 "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."

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)  
 "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."

"A.R. 24.4.2012" (en vigueur 1.7.2012)  
 "Le cas échéant, pour chaque prestation attestée, un ou plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature de la prestation :

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

"A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014) + "A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017) + "A.R. 25.3.2018" (en vigueur 1.6.2018) + "A.R. 11.10.2023" (en vigueur 1.12.2023)

"Les prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3° et 3°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, 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 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 § 1<sup>er</sup>, 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."

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

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

1° 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°."

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

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

"A.R. 20.12.2004" (en vigueur 1.6.1997) + "A.R. 13.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)

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

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

"2° Le week-end s'entend du samedi 0 heure au dimanche 24 heures. Le jour férié s'entend de 0 heure à 24 heures. Les jours fériés donnant droit à majoration d'honoraires sont : le 1er janvier, le lundi de Pâques, le 1er mai, l'Ascension, le lundi de Pentecôte, le 21 juillet, le 15 août, le 1er novembre, le 11 novembre et le 25 décembre."

"A.R. 7.5.2017" (en vigueur 1.7.2017)

**"§ 10bis.** Précisions relatives aux prestations visées au § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> :

Pour les prestations visées au § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, le praticien de l'art infirmier doit mentionner un pseudocode permettant d'identifier le type de lieu de prestation où la prestation a été dispensée lors de la facturation. La liste de ces lieux de prestation et des pseudocodes correspondants est reprise dans l'annexe 87 du Règlement du 28 juillet 2003."

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

"A.R. 22.11.2013" (en vigueur 1.1.2014) + "A.R. 29.8.2019" (en vigueur 1.1.2020) + "A.R. 15.3.2022" (en vigueur 1.1.2022)

" La période de 6 mois d'activité décrite à l'alinéa précédent n'est pas requise dans le chef d'une nouvelle équipe structurelle dans les cas suivants :

- En cas de fusion de différentes équipes structurelles, lorsqu'il est déjà satisfait aux conditions d'intégration d'aides-soignants dans le chef de chacune des équipes structurelles qui fusionnent ;

- En cas de scission d'une équipe structurelle, lorsqu'il est déjà satisfait aux conditions d'intégration d'aides-soignants dans le chef de la nouvelle équipe structurelle qui apparaît suite à la scission.

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

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

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

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

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

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

---

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

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

- a) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits A, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins deux fois par mois;
- b) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits B, où une visite de contrôle doit être effectuée au moins quatre fois par mois;
- c) dans le cadre des honoraires forfaitaires, dénommés forfaits C, où au moins une visite de contrôle quotidienne doit être effectuée.

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

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