

■ Modifier

■ Insérer

■ Enlever

Article 8 – INFIRMIERS

§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

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 ~~l'organisme assureur~~ le praticien de l'art infirmier mentionne le pseudo-code 426613;

...

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

7° pour les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 si cet acte est réalisé dans un hôpital en ce compris le service de consultation de l'hôpital.

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

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

...

4° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 3°bis ~~et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2°~~ doivent être attestés par le praticien de l'art infirmier ayant attesté la première prestation de cette même journée de soins.

Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique IV du § 1^{er}, 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.

§ 5ter. Précisions relatives aux honoraires visés à la rubrique VI du § 1^{er}, 1° et 2°:

...

§ 7. La procédure de demande et de notification :

...

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.

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.

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.

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

...

Les dispositions du § 7, 6° sont applicables ~~à l'exception de l'emploi du formulaire repris dans le § 7, 2°.~~

...

Les prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 3° bis peuvent être cumulées avec toutes les prestations du § 1^{er} au cours de la même journée; elles ne peuvent cependant pas être cumulées au cours de la même séance avec les prestations 424255, 424410, 424550, 427836, 424712, 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910, 424992, 425736 et 425751. Les prestations 423113, 423312, 423415, 429170, 421072, 421094, 421116 et 429192 ne peuvent pas être cumulées entre elles pendant la même séance de soins. Les prestations ~~427534, 427556, 427571 et 429254~~ 424336, 424491, 424631, 427932, 424351, 424513, 424653, 427954, 424373, 424535, 424675 et 427976 ne peuvent pas être cumulées lors d'une même journée de soins avec les prestations ~~424336, 424491, 424631 et 427932~~ techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1^{er}, 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.

§ 10bis. Précisions relatives aux prestations visées au § 1^{er}, 3^o :

Pour les prestations visées au § 1^{er}, 3^o, 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.