

Infobox INAMI

**La réglementation décryptée
pour le médecin généraliste**



Mai 2017

Cher lecteur,

Cet Infobox est destiné à faciliter votre vie professionnelle : nous avons rassemblé la réglementation importante pour votre profession et vous la présentons de façon compréhensible.

Il explique la Loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités (Loi ASSI) et se complète d'informations utiles concernant d'autres législations ou réglementations. Une bonne connaissance de celles-ci vous permettra de les appliquer correctement.

Les thèmes se structurent en six parties :

- la 1^{re} Partie, « Cadre légal d'activité », traite des aspects administratifs de la profession (formation, agrément, responsabilisation, accord, accréditation,...)
- la 2^e Partie, « Attestation des prestations», explique comment vous devez attester les prestations (avec la nomenclature)
- la 3^e Partie est consacrée à la “Prescription”
- la 4^e Partie, “Le généraliste et son patient”, aborde l'assurance-maladie du point de vue du patient (assurabilité, prix, droits, dossier du patient)
- la 5^e Partie, traite de “L'incapacité de travail”
- la 6^e Partie, “Communication”, fournit des renseignements pratiques pour l'échange d'informations entre vous et d'autres partenaires du secteur des soins de santé et indemnités.

L'Infobox est une source d'informations. Afin de vous aider dans vos recherches, nous avons porté toute notre attention sur trois outils qui devraient vous aider à retrouver les réponses à vos questions :

- la table des matières, rédigée souvent sous forme de questions
- l'index
- les liens vers les pages web du site de l'INAMI et d'autres sites.

L'Infobox est basé sur et tente d'expliquer les textes officiels, mais il ne les remplace pas. Seuls ceux-ci ont force de loi. Les dates indiquées concernent la promulgation des lois. Les extraits de textes de loi sont mentionnés en *italique et en bleu*.

La réglementation évoluant en permanence, un recueil des « modifications récentes » est annexé si nécessaire à l'Infobox sur le site de l'INAMI et permet de disposer des informations actualisées.

 La version électronique de l'Infobox (et des éventuelles modifications récentes) est disponible sur : www.inami.be, Publications > Aperçu de nos publications > Sur le thème des soins de santé > Médecin généraliste.

 Les législations auxquelles nous faisons référence sont à consulter sur :

- www.inami.be > Programmes web > Docleg : banque de données relative à la réglementation
- www.just.fgov.be > Législation belge.

Vos remarques et vos questions : infoteam.dgec.secm@inami.fgov.be.

Cette version est arrêtée au 31 mai 2017.

Nous vous souhaitons un bon usage.

Docteur Bernard HEPP
Médecin-directeur-général
Fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

Nouveautés



Ce pictogramme indique une nouvelle information dans le texte.

Les nouveaux éléments dans cet Infobox sont :

Equivalence d'un diplôme étranger.....	14
Plan de stage.....	17
Agrément.....	22
Conditions pour bénéficier du statut social	30
Prime de soutien à la pratique informatisée.....	35
Créer un site Internet.....	42
Utilisation d'appareils radiographiques.....	43
Infractions à la loi ASSI	51
Quand devez-vous remettre l'attestation de soins donnés et le reçu ?.....	61
Le document justificatif	62
La prescription de logopédie.....	123
Les séances d'accompagnement psychologique pour le sevrage du tabac.....	153
5e Partie : L'incapacité de travail	172
Transmission électronique des données.....	196

Table des matières

1^{re} Partie - Cadre légal d'activité 13

I.	Conditions à satisfaire pour exercer la médecine	14
1.	Diplôme de médecin	14
2.	Visa.....	15
3.	Inscription au tableau de l'Ordre	16
II.	Accès à la profession de médecin généraliste.....	16
1.	La formation	16
2.	Le plan de stage	17
3.	Le numéro INAMI.....	17
4.	Enregistrement auprès de la Banque-Carrefour des entreprises	18
5.	Affiliation à une caisse d'assurances sociales	18
6.	Durée de travail pendant le stage.....	19
7.	Devez-vous, en tant que CMG en formation au sein de l'activité d'un maître de stage agréé en médecine générale, participer à un rôle de garde ?	19
8.	En tant que CMG êtes-vous responsable de vos actes médicaux ?	20
9.	Indemnité pour le CMG	20
10.	Compétences qu'un médecin généraliste doit posséder.....	20
III.	L'agrément de médecin généraliste	22
1.	Comment obtenir l'agrément de médecin généraliste ?	22
2.	Comment conserver votre agrément de médecin généraliste ?	23
3.	Pouvez-vous demander un retrait ou une suspension de votre agrément ?.....	23
IV.	Attester et prescrire en fonction de votre qualification	23
1.	Droits pour « tout médecin »	24
2.	Code 000	24
3.	Codes 001 ou 002	24
4.	Codes 003 ou 004	25
5.	Codes 005 ou 006	25
6.	Codes 007 ou 008	26
7.	Codes 000 ou 009	27
8.	Le médecin accrédité	27
V.	Accord national médico-mutualiste.....	27
1.	Contenu	27
2.	Élaboration de l'accord	28
3.	Adhésion d'office à l'accord	28
4.	Formalités pour le refus d'adhésion ou l'adhésion partielle	28
5.	Que représente l'adhésion partielle ?	29
6.	Dénonciation de l'Accord	29
7.	Information des patients.....	29
VI.	Statut social.....	30
1.	Quel est l'avantage financier à adhérer à l'accord médico-mutualiste (statut social) ? ..	30
2.	Quelles sont les conditions pour bénéficier du statut social ? ..	30
3.	Quelle est la procédure ? ..	30

VII.	Accréditation	31
1.	Qu'est-ce que l'accréditation ?	31
2.	L'accréditation est-elle obligatoire ?.....	31
3.	Que devez-vous faire pour être accrédité ?	31
4.	Pouvez-vous obtenir votre accréditation en tant que médecin débutant?	32
5.	Pouvez-vous, en tant que médecin déjà installé, demander votre accréditation ?.....	32
6.	Quelle est la durée de validité de l'accréditation et comment la prolonger ?	33
7.	Quels sont les avantages liés à l'accréditation ?	33
VIII.	Avantages financiers supplémentaires.....	33
1.	Soutien financier par le Fonds d'impulsion pour la médecine générale (Impulseo).....	33
2.	Prime de soutien à la pratique informatisée et à l'utilisation des services e-Health	35
IX.	La garde	36
1.	Organisation	36
2.	Devez-vous participer à un service de garde ?	36
3.	Quelles sont les tâches et l'organisation des cercles de généralistes ?	36
4.	Rôle de garde sur Internet	37
X.	Comment sont organisées les "maisons médicales" ?	37
XI.	Vos responsabilités sociale, juridique financière et déontologique.....	38
1.	Vos prestations en tant que médecin sont-elles limitées ?	38
2.	Pouvez-vous déterminer librement le traitement ou les examens nécessaires à votre patient ?	39
3.	Comment est évalué le caractère inutilement onéreux ou superflu d'une prestation ?	39
4.	Pouvez-vous librement hospitaliser votre patient ?	40
5.	De quelle manière pouvez-vous être reconnu responsable de vos actes ?	40
6.	Qui est responsable financièrement pour des prestations remboursées à tort par l'assurance soins de santé ?	41
7.	Devez-vous assurer votre responsabilité civile professionnelle ?	41
8.	Quelles sont les obligations déontologiques en cas de contrats d'association ou de société ?	42
9.	Pouvez-vous interrompre un traitement avec un patient ?	42
10.	Pouvez-vous faire de la publicité pour votre cabinet ?	42
11.	Pouvez-vous créer un site Internet ?	42
XII.	Utilisation d'appareils radiographiques.....	43
1.	La formation en radioprotection	44
2.	Réglementation concernant le local	45
3.	Réglementation concernant l'appareil.....	45
4.	Les personnes	46
5.	Pouvez-vous déléguer la réalisation des radiographies ?	46
6.	Votre responsabilité lorsque vous utilisez un appareil.....	46
7.	Quels documents devez-vous fournir en cas de contrôle par le SECM ?	46
8.	Quelles sont les conséquences d'une absence d'autorisation ?	47
9.	Quels documents devez-vous fournir en cas de contrôle par l'AFCN ?	47
10.	Que faire lors de l'élimination d'un appareil radiographique ?	48
XIII.	Dispensateur de soins et INAMI.....	48
1.	L'INAMI	48
2.	Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)	50

2^e Partie - Attestation des prestations.....55

I.	L'attestation de soins donnés	56
II.	Utilisation des ASD.....	59
1.	Devez-vous délivrer une ASD ?	59
2.	Où pouvez-vous obtenir vos attestations ?.....	59
3.	Pouvez-vous utiliser les ASD d'un confrère ?	60
4.	Comment devez-vous compléter l'attestation ?	60
5.	Qu'est-ce que la souche fiscale (ou reçu) ?	61
6.	Quand devez-vous remettre l'attestation et le reçu ?	61
7.	Qu'est-ce que le double fiscal ?.....	62
8.	Le document justificatif	62
9.	Comment pouvez-vous attester pour le compte d'autrui ?	63
10.	Attestation via un service de tarification.....	63
11.	Comment utiliser les carnets d'ASD ?.....	63
12.	Combien de temps conserver les carnets d'ASD (ainsi que les copies des documents justificatifs) ?	64
III.	Utilisation des AGSD	64
1.	Quand utiliser les AGSD ?	64
2.	Comment utiliser l'AGSD ?	64
3.	Conditions d'utilisation	65
IV.	La nomenclature des prestations de santé	65
1.	Attester en fonction de votre qualification.....	65
2.	Qu'est-ce que la nomenclature ?	66
3.	Devez-vous respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature ?	67
4.	Où pouvez-vous trouver la nomenclature ?	68
5.	Quelle est la base légale de la nomenclature ?	68
6.	Qui établit la nomenclature ?	69
7.	Des questions au sujet de l'interprétation correcte de la nomenclature ?	70
V.	Informations générales relatives à l'application de la nomenclature.....	70
1.	Quand une prestation est-elle remboursable ?	70
2.	Pouvez-vous réaliser des prestations non remboursables ?	70
3.	Quand faut-il utiliser les codes « hospitalisés » ?	70
4.	Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans un but esthétique ?	71
5.	Pouvez-vous attester des prestations couvertes par une autre assurance ?	71
6.	Pouvez-vous attester des prestations effectuées à l'étranger ?	71
7.	Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans le cadre d'un examen organisé par l'employeur ou demandé par des tiers ?	72
8.	Pouvez-vous attester des prestations effectuées chez des assurés détenus en prison ?	72
9.	Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques ?	72
10.	Combien de temps devez-vous conserver les documents, rapports et tracés auxquels la nomenclature fait référence ?	73
11.	Que devez-vous faire cas de prestations diagnostiques pour lesquelles aucune obligation de conservation de documents n'est prévue ?	73
12.	Pouvez-vous demander une indemnisation pour un rendez-vous manqué ?	73

VI.	Points d'attention concernant certaines prestations de la nomenclature du généraliste	73
1.	Avis, consultation, visite, week-end, urgence (article 2).....	73
2.	Prestations techniques urgentes, suppléments (article 26).....	75
3.	Quels honoraires et suppléments demander lors d'un service de garde ?	76
4.	Le tiers-payant est-il autorisé lors d'un service de garde ?	76
5.	Une indemnité est-elle prévue pour la participation à un service de garde ?	77
6.	Qu'est-ce que le supplément de permanence ?	77
7.	Le généraliste comme dispensateur de biologie clinique (article 3).....	77
8.	Aide opératoire en chirurgie (article 16).....	78
9.	Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) (article 25)	78
VII.	Le tiers-payant	79
1.	Qu'est-ce que le tiers-payant ?	79
2.	Pour quelles prestations le tiers-payant est-il obligatoire ?	79
3.	Pour quelles prestations le tiers-payant est-il facultatif ?	79
4.	Comment appliquer le tiers-payant ?	81
5.	Quand ne pouvez-vous pas appliquer le tiers-payant ?	82
6.	L'autorisation de pratiquer le tiers-payant peut-elle vous être retirée ?	82
	3^e Partie - La prescription	83
I.	Règles pour tous les types de prescription.....	84
1.	Que pouvez-vous prescrire en fonction de votre qualification ?	84
2.	Pour quelles prestations l'existence de la prescription est-elle une condition de remboursement ?	84
3.	Que devez-vous mentionner sur la prescription ?	85
4.	Délivrance d'une prescription incomplète : quelles en sont les éventuelles conséquences administratives ?	86
5.	Pouvez-vous mentionner le nom de l'exécutant sur la prescription ?	86
II.	La prescription de kinésithérapie	87
1.	Une prescription est-elle nécessaire pour toutes les prestations de kinésithérapie ?	87
2.	Que devez-vous mentionner sur la prescription de kinésithérapie ?	87
3.	Quel est l'apport du kinésithérapeute dans le choix du traitement ?	88
4.	Quelles techniques sont remboursables ?	88
5.	Comment la nomenclature relative à la kinésithérapie répartit-elle les différentes situations pathologiques ?	89
6.	Combien de séances pouvez-vous prescrire par prescription ?	91
7.	Quand doit débuter le traitement de kinésithérapie ?	91
8.	Par situation pathologique, combien de séances de longue durée sont-elles remboursables au taux de remboursement le plus élevé ?	91
9.	Combien de séances de drainage lymphatique manuel sont-elles remboursables ?....	92
10.	Comment prescrire en cas de nouvelle situation pathologique ?	92
11.	Le kinésithérapeute doit-il établir un rapport ?	94
12.	Que doit mentionner le rapport du kinésithérapeute ?	94
13.	Pouvez-vous vous faire aider par le kinésithérapeute pour rédiger une prescription ? ...	94

III.	La prescription de soins infirmiers à domicile	95
1.	Pour quels soins infirmiers une prescription est-elle nécessaire ?	95
2.	Pour quels soins infirmiers une prescription n'est-elle pas nécessaire ?.....	95
3.	Quels éléments devez-vous mentionner sur la prescription de soins infirmiers ?	95
4.	Remboursement par prestation ou remboursement forfaitaire ?	96
5.	Tous les soins infirmiers sont-ils remboursés par le biais de la nomenclature ?	96
6.	Les soins infirmiers dispensés lors d'une prestation avec un médecin sont-ils remboursables ?.....	97
7.	Quels actes peuvent être confiés à un praticien de l'Art infirmier ?.....	97
8.	En quoi consiste le travail d'un aide-soignant ?.....	101
IV.	La prescription d'imagerie médicale (radiologie, échographie, scanner, IRM, scintigraphie)	102
1.	Qui peut rédiger une prescription d'imagerie médicale?	102
2.	Quels éléments devez-vous mentionner sur la prescription d'imagerie médicale ?	102
3.	Quel est l'apport du radiologue dans la détermination des examens à effectuer ?.....	103
4.	Quelle prestation ne requiert pas de prescription ?	103
V.	La prescription de biologie clinique.....	103
1.	Qui peut prescrire les analyses de biologie clinique ?	103
2.	Que devez-vous mentionner sur la prescription de biologie clinique ?	104
3.	Existe-t-il des restrictions ou des dispositions particulières pour la prescription d'analyses de biologie clinique ?	104
4.	Comment prescrire les analyses à réaliser ?	105
5.	Pouvez-vous prescrire de manière électronique ?	105
6.	Quel est l'apport éventuel du biologiste clinique dans l'exécution de la prescription ?.....	105
7.	À quelles conditions le protocole du biologiste clinique doit-il répondre ?.....	105
8.	Médecine nucléaire in vitro.....	106
9.	Dépistage et suivi du cancer de la prostate	106
VI.	La prescription de médicaments en ambulatoire	106
1.	Qui peut prescrire ?	106
2.	Que pouvez-vous prescrire ?	107
3.	Comment prescrire ?.....	107
4.	Que devez-vous mentionner sur la prescription de médicaments ?	108
5.	Combien de conditionnements pouvez-vous prescrire par ordonnance ?	108
6.	Pouvez-vous prescrire des renouvellements d'ordonnance ?	109
7.	L'intervention de l'assurance soins de santé est-elle dépendante du conditionnement prescrit ?.....	109
8.	Y a-t-il des contraintes quant à la prescription de médicaments ?	109
9.	Points particuliers : la prescription de substances stupéfiantes et pour l'euthanasie	111
10.	Combien de temps la prescription de médicaments est-elle valable ?	111
11.	Obligation de substitution du pharmacien	112
12.	La prescription en DCI.....	112
13.	Prescriptions sous forme de spécialités.....	114
14.	Particularité de la prescription de contraception orale	117
15.	Prescriptions sous forme magistrale	117
16.	Pouvez-vous prescrire un médicament indisponible en Belgique ?	119
17.	Comment pouvez-vous prescrire les médicaments destinés à votre trousse d'urgence ?.....	119
18.	Points d'attention au niveau de la prescription	120
19.	Quels documents spécifiques le pharmacien peut-il délivrer au patient ?	120
20.	L'entretien d'accompagnement	120
21.	Comment commander des carnets de prescription ?.....	121

VII.	La prescription d'anatomopathologie	121
1.	Qui peut prescrire les analyses d'anatomopathologie ?	121
2.	Que devez-vous mentionner sur la prescription d'anatomopathologie ?	122
3.	Le spécialiste en anatomopathologie peut-il déroger à la prescription ?	122
VIII.	Prescription d'examens génétiques	122
IX.	La prescription de logopédie.....	123
1.	Prescription du bilan initial	123
2.	Réalisation du bilan initial	123
3.	Prescription du traitement	124
4.	Envoi de la demande au médecin-conseil	125
5.	Prescription du bilan d'évolution	125
6.	Réalisation du bilan d'évolution.....	125
7.	Prescription de la prolongation de traitement	125
8.	Envoi de la demande au médecin-conseil	127
9.	Rechute	127
X.	La prescription de lunettes, prothèses de l'œil, appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques, prothèses et implants.....	127
1.	Prestations de l'article 27 (réservées aux bandagistes)	127
2.	Prestations de l'article 28 (implants et aide à la mobilité)	128
3.	Prestations de l'article 29 (orthèses, prothèses, appareils orthopédiques)	128
4.	Verres de lunettes montures, lentilles de contact et autres fournitures pour correction visuelle.....	128
5.	Appareils de correction auditive	129
6.	Prestations de l'article 35 et 35bis (implants).....	129
XI.	La prescription d'avis diététique et de soins de podologie chez les patients diabétiques ou insuffisants rénaux chroniques	129
1.	Diabète : avis diététique et soins de podologie	129
2.	Insuffisance rénale chronique : avis diététique.....	130

4^e Partie - Le généraliste et son patient..... 131

I.	Différents types d'assurances soins médicaux.....	132
1.	L'assurance obligatoire "soins de santé" pour les assujettis à la sécurité sociale belge.....	132
2.	L'assurance complémentaire des mutualités	132
3.	Les assurances dans d'autres régimes	132
4.	Les assurances privées et individuelles	133
5.	L'assurance « soins » ou « dépendance » en Flandre	133
6.	Des assurances particulières	133
II.	Assurabilité « soins de santé » du patient	134
1.	Assujetti à la sécurité sociale belge	134
2.	Personne en séjour temporaire en Belgique	135
3.	Demandeur d'asile.....	136
III.	Le ticket modérateur	137
	Le ticket modérateur est-il toujours le même ?	137

IV.	Le maximum à facturer (MAF)	140
V.	Tiers-payant	140
VI.	Droits du patient.....	140
1.	Définitions et champ d'application.....	140
2.	De quels droits le patient bénéficie-t-il ?.....	141
3.	Qui représente le patient si celui-ci est mineur ou incapable d'exercer ses droits lui-même ?.....	143
VII.	Le dossier médical	144
1.	Devez-vous établir un dossier pour chaque patient ?.....	144
2.	Combien de temps devez-vous conserver le dossier médical ?	144
3.	Le dossier médical global.....	144
4.	Le dossier médical d'un enfant	146
VIII.	L'échelonnement des soins.....	146
1.	Envoi chez un spécialiste	146
2.	Patient qui présente une pathologie complexe.....	147
3.	Patient avec une (suspicion de) démence.....	147
IX.	Le médecin généraliste et le patient âgé.....	147
1.	Soins à domicile	147
2.	Soins dans un établissement	147
X.	Le médecin généraliste et le patient hospitalisé	149
1.	Aspect médical : rendre visite à votre patient hospitalisé ?	149
2.	Aspects financiers	150
3.	Aspect juridique : responsabilité de l'hôpital pour les soins y dispensés ?	152
XI.	Les séances d'accompagnement psychologique lors du sevrage tabagique	152
1.	Pour le patient domicilié en Fédération Wallonie-Bruxelles	152
2.	Pour le patient domicilié en Région flamande	153
XII.	Les trajets de soins	153
1.	Quelles sont les conditions ?	154
2.	Quels sont les avantages d'un trajet de soins ?	154
3.	Matériel d'autogestion dans le cadre du trajet de soins “ diabète “	155
4.	Pouvez-vous mettre fin à un trajet de soins ?	159
5.	Pouvez-vous reprendre un trajet de soins déjà conclu par un confrère ?	159
XIII.	Le médecin généraliste et le patient en soins palliatifs à domicile	159
1.	Qu'entend-on par “patient palliatif à domicile“ ?	159
2.	Démarches à accomplir pour la reconnaissance du statut patient palliatif à domicile ?	160
3.	De quels avantages le patient palliatif à domicile bénéficie-t-il ?	160
4.	Pouvez-vous faire appel à des services spécialisés ?	160
XIV.	Euthanasie	161
1.	Euthanasie chez le patient conscient.....	161
2.	Euthanasie sur base d'une déclaration anticipée chez un patient inconscient (coma irréversible)	163

XV. Le décès	165
1. Qui complète le formulaire de décès ?	165
2. Sur le plan légal	165
3. Sur le plan médical	165
XVI. Le Fonds des accidents médicaux.....	167
1. Quelles sont les tâches du Fonds des accidents médicaux ?	167
2. Pour quels dommages le FAM est-il compétent ?	168
3. Le FAM intervient-il pour tous les dommages ?	168
4. Dans quel délai introduire une demande d'intervention auprès du FAM ?	169
5. Une demande auprès du FAM a-t-elle une influence sur un éventuel procès en cours contre un dispensateur de soins ?	169
6. Quelles sont les frais d'intervention du FAM ?	169
7. Devez-vous répondre à une demande de renseignements émanant du FAM ?	169

5^e Partie - L'incapacité de travail..... 171

I. L'incapacité de travail d'un salarié (ouvrier ou employé) ou d'un chômeur dans le cadre de l'assurance indemnités.....	172
1. Définitions des périodes d'incapacité	172
2. Déclaration de l'incapacité de travail	173
3. Le contrôle de l'incapacité de travail pendant l'incapacité primaire	175
4. Conditions légales pour être reconnu en incapacité de travail	176
5. Demande d'entrée en invalidité	177
6. Demande de prolongation de l'invalidité	178
7. Autorisation de travail pendant une période d'incapacité.....	178
8. Rechute	179
9. Droit à l'indemnisation par la mutualité pendant un séjour à l'étranger.....	179
10. Inaptitude définitive pour exercer sa propre fonction dans le secteur privé	179
II. L'incapacité de travail du travailleur indépendant.....	180
1. Définitions des périodes d'incapacité	180
2. Déclaration	180
3. Contrôle de l'incapacité de travail au cours de la période d'incapacité primaire	180
4. Conditions légales pour être reconnu en incapacité de travail	182
5. Demande d'entrée en invalidité	182
6. Demande de prolongation de l'invalidité	182
7. Autorisation de travail pendant une période d'incapacité.....	182
8. Rechute	183
9. Droit à l'indemnisation par la mutualité pendant un séjour à l'étranger.....	183
III. L'incapacité d'autres catégories de travailleurs	184
1. Incapacité de travail de fonctionnaires.....	184
2. Incapacité de travail des personnes sans contrat de travail (chômeurs, ...).....	186
3. Incapacité de travail des enseignants	186
4. Incapacité de travail des militaires	189
5. Incapacité de travail des intérimaires.....	191
IV. Incapacité de travail suite à un accident ou un dommage causé par un tiers.....	191

V.	Incapacité de travail d'un travailleur salarié assujetti à la législation d'un autre Etat de l'Union européenne, en séjour ou en résidence en Belgique	192
VI.	Travailleur salarié assujetti à la législation belge en séjour ou résidence dans un pays de la CEE	193

6^e Partie - Communication..... 195

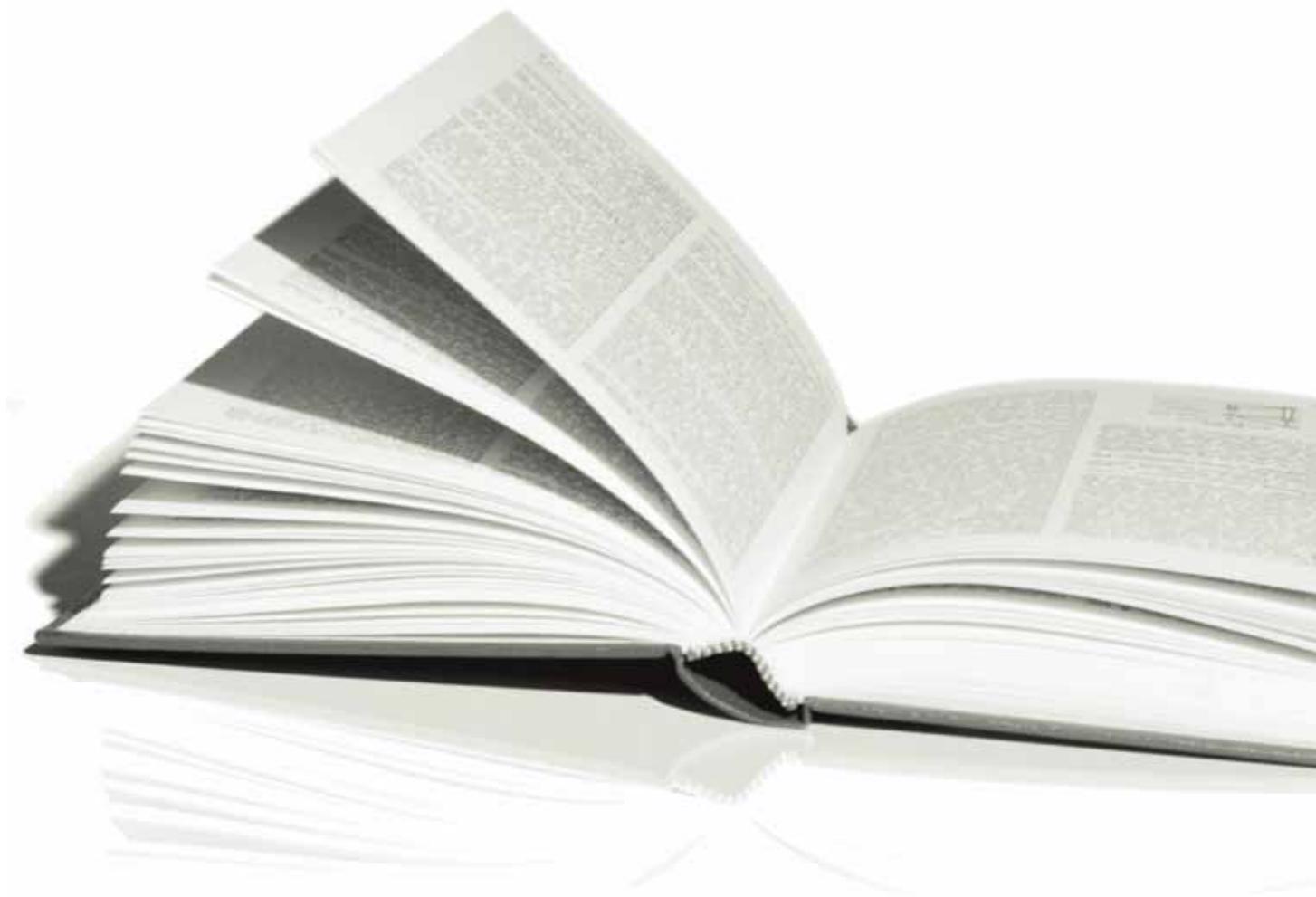
I.	Circulaires.....	196
II.	Transmission électronique des données	196
1.	Recip-e	196
2.	eMediAtt	197
3.	e-Health	197
4.	CareNet	197
5.	MyCareNet	198
6.	Réseaux Santé	198
III.	Plus d'informations	199
IV.	Changement d'adresse	200
V.	Adresses des Commissions médicales provinciales.....	200
1.	Brabant d'expression française.....	200
2.	Hainaut	200
3.	Liège	200
4.	Luxembourg	200
5.	Namur	201
6.	Antwerpen	201
7.	Limburg.....	201
8.	Nederlandstalige Brabant.....	201
9.	Oost-Vlaanderen.....	201
10.	West-Vlaanderen	201

Annexes..... 203

Acronymes	204
Index.....	206

1^{re} Partie

Cadre légal d'activité





Cette première partie aborde les aspects administratifs de la profession. Elle explique notamment les démarches que le médecin devra entreprendre pour pouvoir pratiquer (diplôme, agrément, numéro INAMI). Quelles prestations pouvez-vous effectuer ? Quelles sont vos responsabilités sociale, financière, déontologique et juridique ? Quelles sont les missions de l'INAMI ? Que contient l'Accord médico-mutualiste ? Qu'est le statut social ?

I. Conditions à satisfaire pour exercer la médecine

Pour exercer la médecine, vous devez :

- être titulaire d'un diplôme de Master en Médecine ou certificat ou autre document émis (ou déclaré équivalent) par les autorités belges
- avoir reçu le visa de ce diplôme
- être inscrit sur un tableau provincial de l'Ordre des médecins.

Pour que vos patients soient remboursés de vos prestations par les Organismes assureurs (O.A.), vous devez en plus avoir reçu votre numéro d'identification de l'Institut national assurance maladie et invalidité (INAMI).

Sans que cela ne soit une condition obligatoire, vous pouvez aussi avoir accepté, en partie ou en totalité, ou refusé l'Accord national médico-mutualiste.

1. Diplôme de médecin

Le diplôme (Master en Médecine) est obtenu après des études universitaires : 3 années de bachelier et soit 4¹, soit 3² de master, selon que vous ayez commencé vos études avant ou depuis 2012.

-  Si vous avez obtenu votre diplôme à l'étranger, vous trouverez les renseignements pour obtenir l'équivalence de votre diplôme, le visa et le titre professionnel sur les sites :
 - www.equivalences.cfwb.be, Procédure > Demande de reconnaissance académique (équivalence) de votre diplôme
 - www.enic-naric.net.
-  Si vous désirez vous adresser à une autre Communauté, en néerlandais ou en allemand, renseignements sur :
 - www.zorg-en-gezondheid.be, Per domein > Gezondheidszorgberoepen > Tandartsen.
 - www.dglive.be, Gesundheit.

2. Visa

a. Délivrance par le SPF Santé publique

Le SPF Santé publique³ vous envoie le visa de votre diplôme par recommandé à votre adresse légale dans les jours suivants la délibération du jury universitaire. La possession du visa signifie que votre diplôme est valable et que vous avez les aptitudes physique et psychique pour exercer la médecine⁴.

b. Gestion par la Commission médicale provinciale (CMP)

La CMP de la province où vous exercez est compétente pour juger de ces aptitudes. Elle peut retirer le visa, le suspendre ou imposer des restrictions quant à son maintien, notamment lorsque votre comportement pourrait entraîner de graves conséquences pour vos patients ou la santé publique.

 L'appel contre le retrait du visa n'est pas suspensif⁵, vous ne pouvez donc plus exercer votre profession tant que la procédure d'appel n'est pas terminée.

COMPOSITION DE LA CMP⁶

La Commission médicale provinciale est composée :

- d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire (qui est l'Inspecteur d'Hygiène Fédéral), médecins, et qui constituent le Bureau
- de 2 membres effectifs et 2 suppléants de chaque groupe suivant : médecins, pharmaciens, praticiens de l'Art dentaire, vétérinaires, sages-femmes, praticiens de l'Art infirmier, kinésithérapeutes
- d'un membre effectif et d'un suppléant de chaque groupe suivant : aide-soignant, audiologue et audicien, ergothérapeute, orthoptiste, logopède, technologue en imagerie médicale et technologue de laboratoire médical
- d'un membre effectif et d'un membre suppléant des pratiques non-conventionnelles (acupuncteur, homéopathe, ostéopathe, chiropracteur)
- d'un membre fonctionnaire de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

TÂCHES PRINCIPALES⁷

Les tâches principales de la CMP sont :

- proposer au gouvernement toute mesure pouvant contribuer à la santé publique (entre autres en cas de crises d'ordre sanitaire)
- veiller à la collaboration des dispensateurs de soins à l'exécution des mesures prises par le gouvernement en vue de prévenir ou de combattre des maladies transmissibles ou des maladies pour lesquelles existe une obligation de déclaration
- accorder (sous conditions ou non) ou retirer le visa
- détecter et signaler au parquet l'exercice illégal des professions des soins de santé et des pratiques non conventionnelles

3. Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé coordonnée le 10-05-2015, (nommée Loi professions de santé), art. 25 § 1.

4. Loi professions de santé, art. 119.

5. Plus d'information sur la procédure : Arrêté Royal (A.R.) du 07-10-1976 relatif à l'organisation et au fonctionnement des commissions médicales.

6. Loi professions de santé, art. 118.

7. Loi professions de santé, art. 119.

- veiller à ce que les professions des soins de santé et les pratiques non conventionnelles soient exercées conformément aux lois et règlements
- informer les personnes intéressées des décisions prises envers un professionnel des professions des soins de santé et des pratiques non conventionnelles en matière d'exercice de son activité
- faire connaître aux Ordres intéressés les fautes professionnelles reprochées aux praticiens
- superviser les services de garde des professions de santé (médecins, pharmaciens, praticiens de l'Art dentaire et sages-femmes) et, en cas de manque, éventuellement imposer elle-même une organisation pour la garde
- surveiller les ventes publiques comprenant des médicaments.

3. Inscription au tableau de l'Ordre



Chaque médecin peut être suspendu par l'Ordre des médecins s'il commet des infractions à la déontologie. Un médecin peut également être suspendu par un juge.

Vous devez être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins⁸ de la province où aura lieu votre activité médicale principale (sur présentation du visa et d'un certificat de bonne de vie et mœurs récent).

II. Accès à la profession de médecin généraliste

Pour pratiquer la médecine générale vous devez, après avoir obtenu votre master en médecine, réaliser un master complémentaire en médecine générale.

1. La formation

Cette formation spécifique en médecine générale dure 3 ans, pendant lesquels vous êtes médecin généraliste en formation, appelé aussi candidat-médecin généraliste (CMG) et comporte⁹ deux parties :

- une **théorique** comprenant :
 - un enseignement spécifique théorique en médecine générale comprenant au moins 8 crédits ECTS (système européen de transfert et d'accumulation de crédits)
 - 40 heures de séminaire par an sous la direction d'un maître de stage en médecine générale
- une **pratique** composée de :
 - stage(s) au sein de la pratique d'un ou de plusieurs maître(s) de stage en médecine générale et
 - stage(s) dans des services hospitaliers pertinents pour la formation des médecins généralistes.

Ces stages hospitaliers ne peuvent pas durer plus de 6 mois dans un même service et dépasser 12 mois au total.

Cette formation peut débuter la dernière année du master en médecine.

8. Loi professions de santé, art. 3 § 1 et art. 25 §§ 1 et 2.

9. Arrêté ministériel (A.M.) du 01-03-2010, art. 2 à 9.

2. Le plan de stage¹⁰

Vous devez introduire votre demande d'approbation du plan de stage endéans les trois mois du début de la formation, soit par voie électronique, soit par recommandé postal.

-  La procédure à suivre est sur :
-  www.enseignement.be, Accueil > De A à Z > Agrément des professionnels des soins de santé > Métiers de la santé > Médecins généralistes > Stage et agrément > APSS - médecin généraliste - vade-mecum relatif à la procédure d'agrément.

Le Ministère introduit votre dossier dans la base de données des professionnels de la santé et informe l'INAMI qui vous transmet votre numéro INAMI avec le code de compétence de candidat Médecin généraliste (005 ou 006) dans les plus brefs délais.

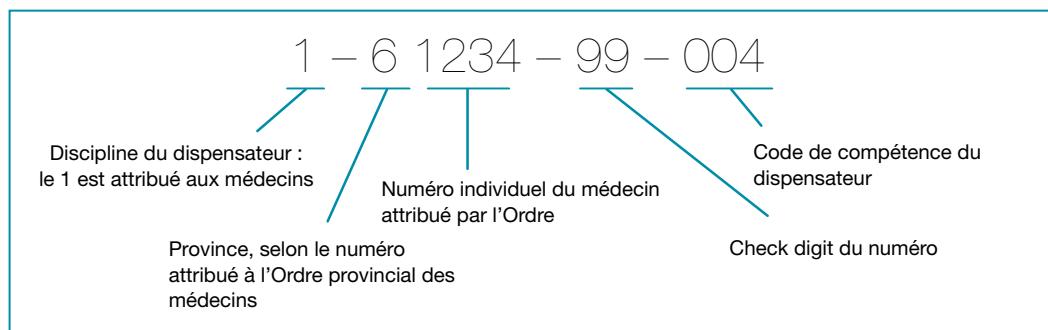
3. Le numéro INAMI

Lorsque l'INAMI est informé de l'approbation de votre plan de stage, il vous attribue un numéro d'identification unique composé de onze chiffres.

Si vous avez obtenu votre diplôme à l'étranger, pour vous attribuer un numéro, l'INAMI doit disposer :

- de l'arrêté ministériel (A.M.) qui fixe l'équivalence de votre diplôme
- du visa de votre diplôme
- de l'A.M. qui fixe votre titre professionnel
- d'une adresse de contact en Belgique.

Description d'un numéro :



Vous ne pouvez attester aucune prestation tant que vous n'avez pas votre numéro.

Vous devez mentionner ce numéro sur tous les documents officiels (prescriptions, certificats, etc.).

-  Toutes les disciplines agréées n'ont pas de code de compétence spécifique (par exemple, la médecine du travail).

10. A.R. du 21-04-1983, art. 10 à 20.

Plus d'informations concernant les codes de compétences : voir point IV. « Attester et prescrire en fonction de votre qualification » et

 www.inami.be, Professionnels > Info pour tous : Code compétence.

4. Enregistrement auprès de la Banque-Carrefour des entreprises

Tout dispensateur de soins travaillant en tant qu'indépendant doit s'inscrire à la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE)¹¹.

Si vous exercez en tant que personne :

- physique, vous devez effectuer les démarches auprès d'un guichet d'entreprise agréé¹²
- morale (S.A., SPRL, etc.), le notaire procède à l'inscription dans la Banque-Carrefour des Entreprises, au dépôt de l'acte constitutif au greffe du SPF Justice et à l'envoi de celui-ci au Moniteur belge.

Tout dispensateur de soins indépendant reçoit le statut « d'entreprise non-commerciale de droit privé ».

Votre numéro d'inscription doit être repris sur le reçu des attestations de soins donnés (voir 2^e Partie, II. 5.).

 Plus d'informations : www.economie.fgov.be, Banque-Carrefour des entreprises > Entreprises et indépendants > Inscription à la banque carrefour.

5. Affiliation à une caisse d'assurances sociales

Lorsque vous devenez travailleur indépendant, vous êtes tenu de vous affilier à une caisse d'assurances sociales.

a. Délai d'affiliation

Vous devez être affilié à une caisse d'assurances sociales de votre choix dès le jour où débute votre activité. Si vous ne vous êtes pas affilié au plus tard le jour où vous débutez votre activité :

- vous courez le risque de devoir payer une amende administrative de 500 à 2.000 EUR
- vous recevrez une mise en demeure vous donnant encore un délai de 30 jours.
Passé ce délai de 30 jours, si votre affiliation n'a toujours pas eu lieu, vous serez automatiquement affilié à la Caisse nationale auxiliaire.

b. Cotisations sociales

Tous les trois mois, votre caisse d'assurances sociales vous réclame des cotisations sociales.

11. Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14-07-1994 (dite Loi ASSI), art. 73*quater* § 1.

12. A.R. du 22-06-2009 portant sur les modalités d'inscription des entreprises non-commerciales de droit privé dans la Banque-Carrefour des Entreprises.

c. Droits

Vos cotisations vous donnent droit à :

- des allocations familiales
- une pension
- l'assurance maladie
- l'assurance continuée
- l'assurance en cas de faillite.

 Plus d'informations sur le site : www.rsvz-inasti.fgov.be > Indépendants.

6. Durée de travail pendant le stage

L'activité que vous pouvez exercer en tant que CMG est limitée de 38 heures minimum à 48 heures maximum par semaine, avec une moyenne de dix à quinze patients par journée de travail¹³.

Des dispositions déterminent la durée de travail des (candidats-)médecins qui travaillent sous contrat ou comme statutaire¹⁴. Elles prévoient que :

- la durée de travail hebdomadaire ne peut pas dépasser :
 - une moyenne de 48 heures calculée sur une période de 13 semaines
 - la limite absolue de 60 heures, sauf conditions exceptionnelles
- chaque période de travail :
 - d'une durée comprise entre 12 et 24 heures, doit être suivie d'une période de minimum 12 heures consécutives de repos
 - ne peut pas dépasser 24 heures, sauf en cas d'urgence
- la durée de travail hebdomadaire moyenne de 48 heures peut être dépassée de 12 heures pour assurer la garde sous les conditions suivantes :
 - conclusion d'un contrat individuel distinct sur base volontaire (aucune obligation ne peut être imposée)
 - perception d'une indemnisation supplémentaire au salaire de base
 - résiliation possible du contrat par les 2 parties moyennant un préavis d'un mois.

Les heures que vous devez consacrer au travail scientifique dans le cadre de votre formation académique sont comptabilisées comme temps de travail à concurrence de 4 heures par semaine dont 2 heures sur le lieu de travail.

7. Devez-vous, en tant que CMG en formation au sein de l'activité d'un maître de stage agréé en médecine générale, participer à un rôle de garde ?

En tant que CMG en formation au sein de l'activité d'un maître de stage agréé en médecine générale, vous devez effectuer au minimum 120 heures de garde de médecine générale par année.

Dans cette situation, vous ne pouvez pas effectuer une garde sans la supervision de votre maître de stage qui doit être disponible à tout moment, au moins par téléphone pour avis.

13. A.M. du 17-07-2009, art. 2.

14. Loi du 12-12-2010 établissant la durée de travail des médecins, dentistes et vétérinaires.

Si le maître de stage est absent, il peut confier la supervision à un autre maître de stage mentionné dans la convention de formation et renseigné au responsable du service de garde.

8. En tant que CMG êtes-vous responsable de vos actes médicaux ?

En tant que CMG, vous êtes assimilé à un employé. La loi relative aux contrats de travail vous est donc applicable : un travailleur est uniquement responsable des dommages qu'il cause à son employeur ou à des tiers en cas de fautes légères répétées, de fautes lourdes ou de dol¹⁵. Tout litige sera arbitré par le Tribunal du travail.

Si vous causez un dommage dans l'exécution de votre contrat, les éléments suivants peuvent être pris en compte pour évaluer votre responsabilité :

- le degré de formation ou le niveau de compétence
- la qualité de la surveillance du maître de stage
- la gravité des faits et votre implication personnelle.

Le maître de stage, quant à lui, est responsable de vos manquements dans le cadre de votre plan de stage, dans la mesure où ces manquements lui sont imputables¹⁶.

Voir aussi le point XI. 5. "De quelle manière pouvez-vous être reconnu responsable de vos actes ?".

9. Indemnité pour le CMG¹⁷

En tant que CMG, vous effectuez votre stage sous un statut spécifique avec certains droits du régime salarié. Avec un plan de stage approuvé, vous avez droit, deux fois maximum, à une indemnité annuelle qui couvre les frais suivants :

- votre allocation de formation de CMG
- les cotisations de sécurité sociale, y compris une indemnité en cas de maladie
- l'assurance couvrant votre responsabilité professionnelle
- l'assurance contre les accidents survenus durant votre formation
- vos frais de déplacement
- un montant compensatoire pour les gardes que vous assurez.

Cette indemnité est gérée par le centre de coordination avec lequel vous avez conclu une convention de coordination. Le paiement se fait mensuellement.

Les maîtres de stage doivent eux aussi conclure une convention avec vous et avec le centre de coordination.

10. Compétences qu'un médecin généraliste doit posséder

« La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire spécifique qui comprend un contenu propre d'enseignement, une recherche scientifique, des niveaux de preuve et une pratique. Il s'agit d'une spécialité clinique orientée vers la première ligne. »¹⁸

Vous devez, à l'issue de votre formation en médecine générale, avoir acquis et développé des compétences spécifiques suffisantes dans différents domaines.

15. Loi du 03-07-1978 relative aux contrats de travail, art. 18.

16. Loi ASSI, art. 157 § 2.

17. A.R. du 17-07-2009 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les candidats-médecins généralistes.

18. A.M. du 01-03-2010.

a. Compétences relatives à la dispensation des soins

Vous devez :

- connaître :
 - le déroulement normal de la vie d'un individu
 - le développement biologique et psycho-social normal
 - l'épidémiologie et l'évolution naturelle des maladies, telles qu'elles se présentent dans la pratique de la médecine générale
 - la manière dont les patients réagissent face à la maladie et à leur état de santé
 - les influences culturelles, religieuses, ethniques sur les aspects de santé et de maladie
 - l'impact des développements sociaux et de la situation professionnelle sur la maladie et l'état de santé
- pouvoir intégrer les principes d'"Evidence Based Medicine (EBM)" dans la résolution de problèmes lors des contacts médecin-patient
- pouvoir intégrer, dans les contacts avec vos patients, les aptitudes de base suivantes :
 - travailler de façon à la fois systématique et orientée dans le cadre de la réponse à apporter à la demande d'aide du patient
 - comprendre les aspects relationnels de la relation médecin-patient et appréhender correctement les aspects psycho-sociaux
 - adopter un comportement adéquat au niveau somatique
 - jouer un rôle de coordinateur et de guide dans le processus de soins
- pouvoir faire un usage adéquat de méthodes d'enregistrement appropriées pour leur usage dans le processus de dispensation des soins ainsi que dans la prévention.

b. Compétences afférentes à certaines catégories de patients, troubles et affections

Vous devez :

- avoir une connaissance suffisante des problèmes aigus et chroniques importants du fait de leur prévalence ou de leur gravité, ceci à tous les âges de la vie, dans la population en général
- porter particulièrement attention aux groupes suivants :
 - les femmes enceintes
 - les nouveau-nés, les nourrissons
 - les enfants
 - la population adulte active y compris les groupes socialement vulnérables
 - les personnes âgées
 - les malades chroniques
 - les personnes en fin de vie.

c. Compétences logistiques

Vous devez :

- avoir acquis les connaissances, aptitudes et attitudes critiques qui vous seront nécessaires pour évaluer la littérature médicale et la formation médicale continue ainsi que pour entretenir votre compétence professionnelle
- pouvoir développer une pratique scientifiquement fondée
- pouvoir collaborer avec d'autres disciplines et fonctionner dans une pratique en réseau de soins, en particulier :
 - dans le cadre de l'approche des soins à domicile
 - des soins palliatifs
 - des soins aux personnes âgées
 - dans des structures de soins à visée préventive
- pouvoir exercer dans le respect de l'éthique médicale.

d. Compétences relatives au fonctionnement personnel

Vous devez être conscient de vos modes de fonctionnement personnels et de vos systèmes de valeurs de façon à vous positionner dans un cadre thérapeutique médical, dans le respect des systèmes de valeurs et de l'autonomie de vos patients.

III. L'agrément de médecin généraliste

1. Comment obtenir l'agrément de médecin généraliste ?

Lorsque vous avez terminé votre master complémentaire en médecine générale, vous devez introduire la demande d'agrément professionnel au moyen d'un formulaire préétabli mentionnant les activités accomplies¹⁹.



La procédure à suivre est sur :



www.enseignement.be, Accueil > De A à Z > Agrément des professionnels des soins de santé > Métiers de la santé > Médecins généralistes > Stage et agrément:

La chambre compétente de la commission d'agrément émet un avis à ce sujet. Le ministre vous communique via votre eHealth-Box ensuite la décision qu'il a prise.

Chaque avis positif est transmis à l'INAMI, après signature de l'arrêté ministériel, en vue de l'octroi du code de compétence de médecin généraliste qui permet aux Organismes assureurs (O.A.) de rembourser les prestations effectuées.

Vous pouvez introduire un recours motivé contre tout avis de la chambre de la commission d'agrément par recommandé au ministre dans les 30 jours qui suivent la notification de l'avis²⁰.

19. A.R. du 21-04-1983, art. 21.

20. A.R. du 21-04-1983, art. 30.

2. Comment conserver votre agrément de médecin généraliste ?

Pour conserver l'agrément et le titre professionnel particulier de médecin généraliste, vous devez maintenir et développer vos compétences par une formation pratique et scientifique²¹.

3. Pouvez-vous demander un retrait ou une suspension de votre agrément²² ?

Vous pouvez demander par écrit au ministre compétent :

- le retrait de l'agrément
- la suspension de l'agrément durant une période de maximum 5 ans (selon la même procédure que la demande d'agrément). Le ministre compétent peut accorder une durée de suspension plus longue (maximum dix ans) si, lorsque durant celle-ci vous exercez à titre principal une activité médicale ou socio-préventive dans le cadre d'un programme de coopération avec un pays en voie de développement ou une activité de recherche médicale auprès d'une institution universitaire ou de niveau équivalent.

Cette demande de suspension est renouvelable une seule fois.

A la fin de la période choisie soit :

- vous demandez une prolongation, pour une durée maximale de 5 ans, à condition que la période continue de suspension ne dépasse pas dix ans
- vous demandez la réactivation de votre agrément
- votre agrément est supprimé.

 www.enseignement.be, Accueil > De A à Z > Agrément des professionnels des soins de santé > Métiers de la santé > Médecins généralistes > Stage et agrément.

IV. Attester et prescrire en fonction de votre qualification

La Nomenclature des prestations de santé (NPS, voir 2^e Partie, IV. 2. « Qu'est-ce que la nomenclature ? ») fixe la qualification requise pour pouvoir attester les prestations²³ (voir 2^e Partie, I. « L'attestation de soins donnés »). Le code de compétence (voir 1^{re} Partie, II. 3. « Le numéro INAMI ») de votre numéro INAMI représente cette qualification.

Les articles cités ci-après font référence aux articles de la NPS.

21. A.M. du 01-03-2010, art. 10.

22. A.R. du 21-04-1983, art. 26.

23. Nomenclature des prestations de soins (NPS), art. 2. D-E.

1. Droits pour « tout médecin »

Comme médecin, quelque soit votre code de compétence de -000 à -009, vous pouvez :

- prescrire des :
 - produits pharmaceutiques
 - examens de biologie clinique
 - examens d'imagerie médicale
 - soins infirmiers
 - prestations de kinésithérapie
 - examens anatomo-pathologiques
 - examens génétiques
 - prestations de bandagisterie.

Pour être remboursées, certaines prestations exigent cependant que vous ayez « le patient en traitement » (voir 3^e Partie, « La prescription »)

- attester :
 - les soins courants (prestations techniques médicales) de l'article 3 § 1^{er}. A. I. réservés à tout médecin
 - les suppléments pour prestations techniques urgentes prévus à l'article 26 § 1^{er}
 - les prestations des chapitres IV « Accouchements » et V « Prestations techniques médicales spécialisées » qui sont précédées du signe °
 - l'aide opératoire au cours des prestations chirurgicales ou des prestations interventionnelles sous contrôle d'imagerie médicale dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 120 ou N 200 ou I 200²⁴
 - la surveillance des bénéficiaires hospitalisés, sous les codes spécifiques mentionnés dans l'article 25 § 1 ou l'article 25 §§ 3 et 3bis
 - les prestations prévues dans le cadre d'un service de soins d'urgence et d'intervention (SMUR) si vous possédez le brevet de médecine aiguë²⁵
 - l'électrocardiographie si vous possédez le certificat.

2. Code 000

Voir point 7.

3. Codes 001 ou 002

Vous êtes « médecin généraliste sur base de droits acquis ».

24. NPS, art. 16 § 5.

25. NPS, art. 25 §§ 3 et 3bis.

a. Définition

Médecin qui est inscrit à l'Ordre des médecins et qui exerçait la médecine générale avant le 1^{er} janvier 1995 sans être porteur d'un certificat de formation complémentaire délivré par le ministre de la Santé publique et dont la situation n'est pas réglée par une des dispositions de l'arrêté ministériel du 01 mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.

b. Vos droits ?

En plus des prestations permises à « tout médecin » (voir Point 1.), vous pouvez attester :

- la consultation 101010 et les éventuels suppléments pour consultation d'urgence prévus à l'article 26 § 1^{er}ter
- les visites prévues à l'article 2 C.
- les prestations de biologie clinique prévues à l'article 3 § 1^{er}. A. II.

4. Codes 003 ou 004

Vous êtes « médecin généraliste (agréé) ».

a. Définition

Médecin agréé en tant que tel par le ministre de la Santé publique.

b. Vos droits ?

En plus des prestations permises à « tout médecin » (voir Point 1.), vous pouvez attester :

- la consultation 101032 et les éventuels suppléments pour consultation d'urgence prévus à l'article 26 § 1^{er}ter
- les prestations réservées au médecin généraliste agréé de l'article 3 § 1^{er} A. II. et B.
- la prestation 102771 pour la gestion du dossier médical global (DMG) (voir 4^e Partie, VII. « Le dossier médical global »)
- la prestation 102852 pour le suivi du patient diabétique de type 2, selon le protocole de soins établi par le Comité de l'assurance, une fois par an, pour autant que le patient soit en possession d'un DMG.

5. Codes 005 ou 006

Vous êtes « médecin généraliste en formation » appelé aussi « candidat médecin généraliste (CMG) » ou « médecin-stagiaire ».

a. Définition

Médecin en formation en médecine générale.

b. Vos droits ?

En plus des prestations permises à « tout médecin » (voir Point 1.), vous pouvez attester les prestations du médecin agréé (code -003 ou -004) sauf les prestations 102771 et 102852.

c. Qui atteste et comment ?

Durant les périodes de stage au sein des pratiques des médecins généralistes agréés :

- en **présence** de votre maître de stage, celui-ci atteste sur ses propres attestations vos prestations sous les codes NPS de médecin agréé
- en **l'absence** de votre maître de stage :
 - si vous effectuez **seul des visites ou des consultations qu'il vous a confiées, lorsqu'il peut être appelé à chaque instant pendant ses déplacements professionnels et peut être à disposition immédiatement**, vous attester vos prestations à 100% des honoraires prévus pour le médecin généraliste agréé, en utilisant les attestations de votre maître de stage mais en y apposant votre propre cachet et la mention “par ordre de... (nom du maître de stage)”
 - **s'il ne peut** être à disposition immédiatement, celui-ci peut **confier la supervision à un autre maître de stage** ou à un médecin généraliste agréé responsable au sein de l'institution où se déroulent les activités médicales spécifiques, dont le nom aura été indiqué dans la convention de formation²⁶. Vous attester comme au § précédent.

En dehors de ces périodes, vous attester vos prestations sur vos propres attestations à 75% des honoraires et taux de remboursement prévus pour les médecins généralistes agréés²⁷.

Après votre stage, pendant la période nécessaire à obtenir votre agrément (voir point III. 1.) vous attester sur vos propres attestations :

- à 75% la consultation du médecin généraliste agréé non accrédité
- à 100% les prestations techniques “tout médecin” de l'article 3 § 1
- et à 75 % les autres prestations techniques.

Vous ne pouvez pas encore attester les prestations 102771 (DMG) et 102852 (suivi du diabète type 2).

6. Codes 007 ou 008

Vous êtes « médecin généraliste agréé ».

a. Définition

Médecin qui est reconnu comme tel par le ministre de la Santé publique dans les conditions déterminées par ce dernier et **ayant obtenu une reconnaissance en réadaptation fonctionnelle et professionnelle pour handicapés**.

b. Vos droits ?

Vous pouvez attester les prestations du médecin généraliste agréé (codes -003 et -004).

26. A.M. du 17-07-2009, art. 3.

27. NPS, art. 1 § 4ter 2.

7. Codes 000 ou 009

Vous êtes « titulaire d'un diplôme de médecin ».

a. Définition

Personne qui conformément à la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé coordonnée le 10-05-2015 peut exercer l'art de guérir et qui n'est pas :

- médecin généraliste (agrément)
- médecin généraliste en formation
- médecin généraliste sur base de droits acquis
- médecin spécialiste²⁸
- médecin spécialiste en formation.

b. Vos droits ?

En plus des prestations permises à « tout médecin » (voir Point 1.), vous pouvez attester la consultation 101010 et les éventuels suppléments pour consultation d'urgence prévus à l'article 26 § 1^{erter}.

8. Le médecin accrédité



Le **médecin accrédité** est celui qui suit régulièrement des formations complémentaires et gère sa pratique en respectant des normes de qualité (voir 1^{re} Partie, VII. « L'accréditation »).



L'accréditation ne modifie pas le code de compétence de votre numéro INAMI. Vous pouvez attester toutes les prestations du médecin généraliste agréé, en utilisant pour la consultation le code de nomenclature 101076 spécifique.

V. Accord national médico-mutualiste

1. Contenu

L'accord médico-mutualiste fixe les **tarifs maximums** que vous pouvez porter en compte et les **avantages sociaux** dont vous bénéficierez, si vous y adhérez.

L'accord peut aussi déterminer :

- des obligations concernant la quantité et l'utilisation rationnelle des prestations de santé
- d'autres éléments tels que le régime du tiers-payant, le ticket modérateur et les indemnités pour les frais de déplacement dans certaines régions rurales

- des objectifs ou une déclaration de principe concernant l'organisation des soins de santé. Par exemple, la collaboration entre le généraliste et le spécialiste, le dossier médical global, les conditions de qualité.

L'accord est **conditionné budgétairement**. Il prévoit donc des mesures de correction en cas de dépassement des objectifs budgétaires.

2. Élaboration de l'accord

La Commission nationale médico-mutualiste (CNMM), également appelée "Médico-Mut", conclut un accord, généralement pour une durée de deux ans. En l'absence de nouvelle convention, la précédente est tacitement reconduite²⁹.

Cet accord doit être approuvé par :

- le Comité de l'assurance³⁰ du Service des soins de santé (principal organe exécutif)
- la Commission de contrôle budgétaire
- le Conseil général de l'INAMI.

L'accord en question est publié au Moniteur belge. Il est ensuite transmis à tous les médecins. Il entre en vigueur³¹ 45 jours après sa publication au Moniteur belge si le pourcentage national de médecins ayant notifié leur refus n'excède pas 40%.

L'accord est applicable par arrondissement administratif où il n'a pas été rejeté par 50% des dispensateurs.

3. Adhésion d'office à l'accord³²

! Si vous ne refusez pas l'accord, vous êtes **conventionné** d'office³³. Vous devez respecter les honoraires de l'accord pour l'ensemble de votre activité professionnelle.

Plus d'informations dans la 2^e Partie, IV. 3. "Devez-vous respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature?" .

4. Formalités pour le refus d'adhésion ou l'adhésion partielle³⁴

Votre refus d'adhésion ou votre adhésion partielle doivent être notifiés dans les 30 jours qui suivent la publication de l'accord au Moniteur belge par l'application en ligne :

 www.MyInami.be

29. Loi ASSI, art. 49 § 4.

30. Loi ASSI, art. 22.

31. Loi ASSI, art. 50 § 3.

32. Accord national médico-mutualiste du 22-12-2015 (dit Accord Médico-Mut.), prolongé par l'Accord du 27-03-2017, point 14.2.

33. Loi ASSI, art. 50 § 3.

34. Accord Médico-Mut., point 14.1.

5. Que représente l'adhésion partielle³⁵ ?

L'adhésion partielle signifie que vous pouvez déroger au montant des honoraires de l'accord pour les consultations, rendez-vous et prestations au cabinet, mais aux conditions cumulatives suivantes :

- un maximum de 3 fois par semaine par plage de maximum 4 heures continues
- et pour autant que le reste de votre pratique représente au moins les 3/4 du total de votre pratique et soit effectué aux taux d'honoraires fixés par l'accord.

Les honoraires de l'accord ne sont pas d'application en cas d'exigences particulières du patient (voir 2^e Partie, IV. 3. « Devez-vous respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature ? »).

Vous pouvez appliquer des changements d'horaire et de lieu soit³⁶:

- après préavis de 30 jours
- sans préavis après affichage de ces changements dans votre cabinet de consultation.

Vous devez communiquer ces changements au secrétariat de la CNMM, soit :

- trente jours avant leur application, la date de leur communication constituant le début du délai de préavis de 30 jours
- sans délai, dès leur application lorsqu'ils sont appliqués après affichage et sans préavis.

6. Dénonciation de l'Accord

Dans certaines circonstances, vous pouvez dénoncer l'accord en cours en suivant une procédure établie³⁷.

7. Information des patients³⁸

Vous devez informer vos patients au moyen d'un affichage clair et visible dans la salle d'attente soit de :

- votre refus d'adhésion à l'accord
- votre adhésion totale
- votre adhésion partielle. Dans ce cas, vous devez afficher les jours et les heures de consultation pendant lesquels vous appliquez les tarifs de l'accord et ceux pendant lesquels vous ne les appliquez pas.

Si vous effectuez vos prestations dans un lieu rassemblant plusieurs dispensateurs de soins, l'obligation d'information peut être organisée de manière commune et centralisée plutôt que par chaque dispensateur de soins individuellement.

 Un **médecin conventionné** est celui qui n'a pas refusé d'adhérer à l'accord médico-mutualiste et respecte les honoraires de l'accord, pour une partie ou l'entièreté de sa pratique.

La loi sur les droits du patient (voir 4^e Partie, VI. 2.) exige aussi que vous avertissiez préalablement vos patients du montant de vos honoraires³⁹.

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Médecins > Soins par le médecin > L'accord national médico-mutualiste.

35. Accord Médico-Mut., point 11.2.2.

36. Accord Médico-Mut., point 14.3.

37. Accord Médico-Mut., point 13.2.

38. Loi ASSI, art. 73 § 1.

39. Loi du 22-08-2002 sur les droits du patient (dite Loi "Droits du patient"), art. 8 § 2.

VI. Statut social

1. Quel est l'avantage financier à adhérer à l'accord médico-mutualiste (statut social)⁴⁰ ?



Le **statut social** est une cotisation annuelle (non imposable) versée par le Service des soins de santé de l'INAMI pour vous, à la compagnie d'assurance ou la caisse de pensions de votre choix, en vue de la constitution d'un capital en cas d'invalidité et/ou de retraite et/ou de décès, si vous avez adhéré à l'accord médico-mutualiste.



Lorsque vous adhérez pour la première fois à l'accord lors de l'attribution de votre numéro INAMI, le bénéfice des avantages sociaux vous est octroyé proportionnellement à la période d'adhésion à cet accord.

2. Quelles sont les conditions pour bénéficier du statut social⁴¹ ?



Pour bénéficier du statut social, vous devez :

- adhérer à l'accord médico-mutualiste, au moins partiellement
- exercer une activité effective pendant toute l'année dans le cadre de l'assurance soins de santé et invalidité
- avoir attesté un montant de remboursement minimal pour des prestations de la nomenclature, calculé sur base de vos données de l'année de référence A-2, A étant l'année d'application).

Toutefois vous ne devez **pas remplir cette dernière condition** pour l'année au cours de laquelle vous :

- débutez ou prolongez une incapacité de travail de longue durée (si vous aviez adhéré aux termes de l'accord au moment où a débuté l'incapacité)
- effectuez à l'étranger un stage figurant dans votre programme de stage⁴²
- bénéficiez de la pension légale ou décédez.

Vous **ne remplissez pas** ces conditions si vous êtes suspendu temporairement (décision définitive), par l'Ordre des médecins ou par un juge, du droit d'exercer l'art de guérir pour une durée minimale de 15 jours.

3. Quelle est la procédure ?

L'INAMI vous envoie un formulaire de demande que vous devez renvoyer complété directement ou via votre assureur ou votre caisse de pensions entre le 1^{er} avril et le 30 juin, à :



INAMI
Service des soins de santé
Avenue de Tervueren 211
1150 Bruxelles

40. Accord Médico-Mut., point 8.

41. A.R. du 06-03-2007.

42. A.R. du 02-08-2007 et du 06-03-2007.

Le Service des soins de santé paye la cotisation à votre assureur ou votre caisse de pensions avant le 15 janvier de l'année qui suit l'exercice concerné.

Vous devez renvoyer ce formulaire directement ou via votre compagnie d'assurance ou caisse de pensions entre le 1er avril et le 30 juin auprès du Service des soins de santé.

 www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Médecins > Interventions financières > Le statut social du médecin.

VII. Accréditation⁴³

1. Qu'est-ce que l'accréditation ?

 L'**accréditation** est un processus qui vise à maintenir une qualité de la pratique professionnelle des dispensateurs.

Elle implique :

- un suivi régulier de formations complémentaires
- une gestion de votre pratique qui respecte des normes de qualité spécifiques telles que l'utilisation judicieuse et socialement justifiée des moyens médicaux.

L'accréditation est valorisée financièrement.

2. L'accréditation est-elle obligatoire ?

La participation à l'accréditation n'est pas obligatoire, mais une démarche personnelle facultative.

3. Que devez-vous faire pour être accrédité ?

a. Au niveau de la pratique professionnelle

Vous devez :

- exercer la médecine générale à titre principal
- avoir un seuil d'activité de 1.250 contacts-patients (consultations et visites) par an. (Ne s'applique pas aux quatre premières années de la pratique, ni aux médecins bénéficiant d'une pension légale)
- tenir à jour des dossiers médicaux
- échanger des données avec tout autre médecin qui soigne le patient
- assurer la continuité des soins
- ne pas avoir reçu de remarques répétées de la part de la commission des profils.

43. Loi ASSI, art. 36bis et Accord Médico-Mut. du 17-02-1997.



Les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) sont créés à l'initiative des médecins généralistes et sont composés de minimum 8 et de maximum 25 médecins. Vous ne pouvez être membre que d'un seul GLEM.

b. Au niveau de la formation continue

Vous devez :

- obtenir au moins 20 crédits-points (CP) par période de 12 mois, dont au minimum 3 CP d'éthique et d'économie
- être membre d'un groupe local d'évaluation médicale (GLEM) et participer à au moins 2 réunions d'une heure par an (une heure de GLEM = 1 CP).

4. Pouvez-vous obtenir votre accréditation en tant que médecin débutant?

Vous pouvez obtenir une accréditation provisoire pour une durée d'un an.

Pour l'obtenir, vous devez **dans les trois mois qui suivent l'obtention de votre agrément :**

- vous inscrire auprès d'un GLEM et
- introduire, une demande d'accréditation provisoire à :



INAMI

Service des soins de santé
Service des relations avec les médecins
Avenue de Tervueren, 211
1050 Bruxelles.



Le formulaire de demande est disponible sur : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Médecins > Qualité des soins > Accréditation > Votre accréditation provisoire si vous êtes récemment ou bientôt agréé > Formulaire de demande d'accréditation provisoire.

5. Pouvez-vous, en tant que médecin déjà installé, demander votre accréditation ?

Si vous remplissez les conditions mentionnées ci-dessus, vous pouvez introduire votre demande auprès de :



INAMI

Président du Groupe de direction de l'accréditation
Avenue de Tervueren, 211
1050 Bruxelles.



Le formulaire de demande est disponible sur : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Médecins > Qualité des soins > Accréditation > Obtenir ou prolonger votre accréditation comme médecin ou pharmacien-biologiste ? > Quand et comment demander de prolonger votre accréditation ? > Demande d'accréditation pour les médecins et les pharmaciens biologistes.

6. Quelle est la durée de validité de l'accréditation et comment la prolonger ?

Votre accréditation est valable à partir du 1^{er} jour du mois qui suit l'approbation de la demande et est valable pour une durée de 3 ans. À l'approche de l'échéance, vous devez faire une demande de prolongation accompagnée des preuves des formations suivies (20 CP par année).

Dès que vous bénéficiez d'une pension légale, vous avez la possibilité de demander une accréditation pour une durée d'un ou trois ans. Le seuil minimum d'activité n'est plus d'application.

Le formulaire pour demander la prolongation est disponible sur :

 www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : médecins > Qualité des soins > Accréditation > Obtenir ou prolonger votre accréditation comme médecin ou pharmacien biologiste > Quand et comment demander de prolonger votre accréditation ? > Demande d'accréditation pour les médecins et les pharmaciens biologistes.

7. Quels sont les avantages liés à l'accréditation ?

Hormis l'impact favorable sur la qualité de la pratique professionnelle, l'accréditation donne droit à :

- une indemnité forfaitaire annuelle dont le montant dépend de l'adhésion ou non à l'accord médico-mutualiste (voir point VI. 1.)
- une majoration des honoraires pour la consultation et la visite, sans modification du ticket modérateur.

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : médecins > Qualité des soins > Accréditation.

VIII. Avantages financiers supplémentaires

1. Soutien financier par le Fonds d'impulsion pour la médecine générale (Impulseo)⁴⁴

Le fonds **Impulseo** réunit des initiatives destinées au soutien de la médecine générale.

Ces aides Impulseo sont de 5 ordres :

a. Un prêt pour les généralistes récemment agréés (Impulseo I)

Il s'agit d'un prêt sans intérêt (15.000 EUR en 2015). Aucune garantie n'est exigée et le remboursement doit être effectué en 5 ans avec une année de franchise de remboursement du capital. Celui-ci est accessible aux généralistes qui dans les 4 ans après leur agrément ou leur retour d'un pays en voie de développement, choisissent d'ouvrir leur cabinet en tant qu'indépendant ou salarié.

b. Une prime pour le généraliste qui s'installe dans une zone déterminée (Impulseo I)

Une prime unique non remboursable (20.000 EUR en 2015) est prévue pour toute nouvelle installation dans une zone :

- reconnue comme comptant un nombre trop faible de médecins généralistes
- d'action positive des grandes villes.

La prime est imposable à un taux particulier.

c. Un prêt pour les installations comme médecin généraliste indépendant.

Un prêt supplémentaire (30.000 EUR en 2015) du Fonds de participation pour les installations comme médecin généraliste indépendant.

d. Une intervention dans les charges salariales pour regroupement de généralistes (Impulseo II)

Il s'agit d'une compensation pour une partie du coût salarial de la personne qui aide les généralistes dans le cadre de l'accueil et de la gestion du cabinet (50% avec un maximum annuel en fonction du nombre de médecins dans le regroupement).

Les conditions sont :

- le regroupement :
 - comporte au moins deux généralistes agrés qui exercent leur activité dans la même zone ou dans des zones avoisinantes (pas nécessairement au même endroit d'installation)
 - emploie au minimum un tiers d'équivalent temps plein à multiplier par le nombre de médecins
 - doit utiliser un dossier médical informatique (DMI) labellisé
 - gère au minimum 150 dossiers médicaux globaux (DMG), multiplié par le nombre de médecins. Pour les médecins débutants il est prévu des quotas adaptés
- il y a un accord de coopération écrit qui répond à des conditions bien particulières
- le contrat de travail garantit le salaire minimum prévu par le Comité paritaire compétent pour les employés chargés de la gestion d'un cabinet
- la demande d'intervention (pour les coûts salariaux de l'année précédente) doit être introduite au plus tard le 30 juin de l'année suivante.

e. Une intervention dans les charge salariales pour le médecin en pratique individuelle (Impulseo III)

Il s'agit d'une compensation pour une partie du coût salarial de la personne qui aide le généraliste dans le cadre de l'accueil et de la gestion du cabinet (50% avec un maximum annuel).

Les conditions sont :

- employer au minimum un tiers d'équivalent temps plein
- gérer au moins 150 DMG.



Les généralistes du regroupement informent leurs patients quant à leur collaboration. Ils négocient avec leurs patients, entre autres, l'autorisation de partager la consultation du dossier médical et ce en accord avec la loi sur les droits du patient, la déontologie et la protection de la vie privée.

f. Une intervention dans les frais de télé-secrétariat (Impulseo III)

Une intervention est prévue pour le recours à des services de télé-secrétariat médical. Cette intervention peut être demandée tant pour les regroupements que pour les médecins en pratique individuelle.

Les conditions sont :

- gérer 150 DMG minimum par médecin
- introduire la demande avant le 30 juin de l'année qui suit celle des périodes facturées

 Les formulaires de demande sont disponibles sur : www.fonds.org, Impulseo : cliquez ici pour plus d'informations.

 Plus d'informations sur :

- www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : médecins > Impulseo
- www.fonds.org, Impulseo : cliquez ici pour plus d'informations.

2. Prime de soutien à la pratique informatisée et à l'utilisation des services e-Health

 La **prime de soutien à la pratique** est un montant annuel visant à soutenir votre pratique de médecine générale.

 Depuis 2016, elle réunit les anciennes :

- allocation de pratique
- prime télématique
- et prime Sumehr⁴⁵.

a. Quel est le montant de la prime ?

La prime augmente en fonction de votre utilisation de la télématique. Les paramètres suivants sont pris en compte :

- utilisation de Recip-e
- demandes électroniques d'autorisation de remboursement de médicaments du chapitre IV
- facturation électronique
- consentement éclairé du patient
- chargement de Sumehr
- gestion électronique du DMG.

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Médecins > Interventions financières > Prime de pratique intégrée.

b. Comment recevez-vous la prime ?

Vous pourrez demander la prime 2016 à partir du 3^e trimestre 2017. La procédure sera publiée sur le site www.inami.be.

45. Accord Médico-Mut., points 4.1.5.1. à 4.1.5.5.

IX. La garde

1. Organisation

Les services de garde garantissent à la population la dispensation régulière et permanente des soins de santé tant en milieu hospitalier qu'à domicile.

L'organisation d'un service de garde pendant le week-end (48 heures par week-end) ou lors des jours fériés légaux (24 heures par jour férié) est obligatoire (un médecin généraliste doit être disponible en permanence pour 100.000 habitants le jour, 300.000 la nuit⁴⁶).

Des organisations professionnelles représentatives des praticiens ou des groupements (cercles de médecins généralistes) peuvent instituer des services de garde⁴⁷.

Les cercles de médecins généralistes chargés de l'organisation du service de garde peuvent également, de leur propre initiative et sur base volontaire, organiser des services de garde en dehors des périodes obligatoires. Des horaires de disponibilité sont prévus.

La Commission médicale provinciale (CMP)⁴⁸ définit les besoins de services de garde et surveille leur fonctionnement. En cas de manquements, la CMP fait appel, d'initiative ou à la demande du gouverneur de la province, à la collaboration des organisations ou des praticiens intéressés en vue d'instituer ou de compléter les services de garde⁴⁹. Si cela ne suffit pas, l'inspecteur d'hygiène fédéral prend toutes les mesures nécessaires afin d'assurer les services de garde en fonction des besoins⁵⁰.

2. Devez-vous participer à un service de garde⁵¹ ?

Pour conserver votre agrément, vous devez participer à un service de garde à moins d'avoir une dispense pour raisons médicales ou autres.

3. Quelles sont les tâches et l'organisation des cercles de généralistes ?



Un **cercle des généralistes** est une association groupant des généralistes exerçant leur activité professionnelle sur un territoire déterminé (zone de généralistes).

46. A.R. du 08-07-2002, art. 5 4°.

47. Loi professions de santé, art. 28 § 1.

48. Loi professions de santé, art. 28 § 2.

49. Loi professions de santé, art. 28 § 2 al. 3.

50. Loi professions de santé, art. 28 § 3.

51. Loi professions de santé, art. 28 et A.R. du 08-07-2002, art. 5.

Les cercles⁵² :

- sont responsables de l'organisation des gardes
- représentent les généralistes dans des organes de concertation (communes, conseils médicaux hospitaliers, Conseil fédéral des cercles des médecins généralistes⁵³)
- stimulent la collaboration multidisciplinaire au sein de la première ligne et avec la deuxième ligne
- enregistrent des données épidémiologiques, les problèmes de sécurité, les plaintes de patients
- établissent un rapport annuel.

Le cercle de médecins généralistes doit obligatoirement fonctionner sous le statut d'ASBL et demander son agrément au SPF Santé publique.

Pour accomplir les tâches citées, les cercles reçoivent des subsides⁵⁴ (forfait annuel par habitant dans la zone de généralistes).

 [www.socialsante.wallonie](http://www.socialsante.wallonie.be) > La Santé > Soins ambulatoires > Les dispositifs > Cercles des médecins généralistes.

4. Rôle de garde sur Internet

La publication du rôle de garde sur un site Internet nécessite de recueillir l'accord unanime des médecins qui participent au service de garde en question et de respecter les règles déontologiques en matière de publicité. Toutes les mesures doivent être prises pour que cette liste soit mise à jour en temps réel⁵⁵.

X. Comment sont organisées les "maisons médicales"⁵⁶ ?

 Une **maison médicale** est composée de plusieurs dispensateurs de soins (médecins et/ou praticiens de l'Art infirmier et/ou kinésithérapeutes) qui choisissent un paiement forfaitaire pour certaines prestations plutôt qu'un paiement à l'acte⁵⁷.

La maison médicale conclut un accord avec les Organismes assureurs (au sein de la commission compétente du Service des soins de santé de l'INAMI) et reçoit un montant forfaitaire mensuel par patient inscrit.

Ce montant dépend du nombre de patients et de leur statut (bénéficiaire de l'intervention majorée ou non).

Le forfait concerne uniquement les consultations et les visites de médecine générale, mais pas les prestations techniques. Il peut, selon l'option prise par la maison médicale, inclure également la kinésithérapie et/ou les soins infirmiers à domicile.

Le patient s'inscrit dans la maison médicale de son choix qui dispense des soins dans une zone déterminée. Dans la plupart des cas, le patient ne paie pas de ticket modérateur pour les consultations et les visites.

52. A.R. du 08-07-2002.

53. A.R. du 16-02-2006.

54. A.R. du 04-06-2003 (intervention financière pour les cercles).

55. Avis du Conseil National de l'Ordre des médecins du 07-02-2015, 1.1.2.

56. Règles relatives à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations, approuvées par le Comité de gestion du SSdS le 26-07-1982, modifiées le ... et par le Comité de l'assurance le 24-07-1995 et le 05-01-1998.

57. Loi ASSI, art. 50.

Le DMG (voir 4^e Partie, VII. 3. "Dossier médical global") est intégré dans le forfait mensuel de la maison médicale.

Lorsque le patient consulte un autre dispensateur de la même qualification (médecin généraliste, infirmier ou kinésithérapeute) ne faisant pas partie de la maison médicale, il n'a pas droit au remboursement des prestations sauf dans les cas suivants :

- consultation d'un autre médecin généraliste dans le cadre d'un service de garde organisé
- séjour temporaire du patient dans une zone où la maison médicale ne délivre pas de soins, par exemple en période de vacances.

Dans ces 2 cas, la maison médicale (et non la mutualité) remboursera le patient à hauteur des tarifs en vigueur.

XI. Vos responsabilités sociale, juridique financière et déontologique

1. Vos prestations en tant que médecin sont-elles limitées ?

Votre titre de médecin vous autorise à exercer l'« art de la médecine », c'est-à-dire :

- l'examen de l'état de santé
- le dépistage de maladies et déficiences
- l'établissement du diagnostic
- l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé
- la vaccination⁵⁸.

Le Code de déontologie médicale fixe néanmoins des limites déontologiques aux actes médicaux que vous posez :

« Sauf cas de force majeure, le médecin ne peut exercer sa profession dans des conditions qui pourraient compromettre la qualité des soins et des actes médicaux... Le médecin ne peut outrepasser sa compétence. Il doit prendre l'avis de confrères, notamment de spécialistes, soit de sa propre initiative, soit à la demande du patient, chaque fois que cela paraît nécessaire ou utile dans le contexte diagnostique ou thérapeutique.»⁵⁹

Dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, vous pouvez uniquement porter en compte les prestations prévues dans la nomenclature pour votre spécialité (voir 2^e Partie, IV. 1.).

 Plus d'informations: www.ordomedic.be.

58. Loi professions de santé, art. 2 § 1.

59. Code de déontologie médicale, art. 35.

2. Pouvez-vous déterminer librement le traitement ou les examens nécessaires à votre patient ?

Votre liberté thérapeutique s'exerce dans certaines limites :

"Le médecin et le praticien de l'Art dentaire apprécient en conscience et en toute liberté les soins dispensés aux patients. Ils veilleront à dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient et tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société.

Ils s'abstiennent de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités."⁶¹

Des mesures sont prévues si **vous prescrivez, exécutez ou faites exécuter** des prestations superflues ou inutilement onéreuses.

Des mesures existent de même pour **toute personne**, physique ou morale, qui **incite** à la prescription ou à l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses.

Sont aussi concernées par ces mesures, car **légalement assimilées** aux dispensateurs de soins⁶², les personnes physiques ou morales qui :

- emploient des dispensateurs de soins
- organisent la dispensation des soins
- organisent la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé.

3. Comment est évalué le caractère inutilement onéreux ou superflu d'une prestation ?

Le caractère inutilement onéreux ou superflu est déterminé de 2 façons.

a. Sur base des indicateurs et des recommandations⁶³

Des recommandations de bonne pratique sont d'abord fixées. Ensuite des indicateurs disent dans quelle mesure la pratique peut dévier de ces recommandations. Quand cette déviation dépasse les indicateurs, on parle alors d'une possible surconsommation.

Les recommandations et les indicateurs sont définis par :

- pour toutes les prestations (prestations attestables, prescriptions de biologie, d'imagerie médicale, de soins infirmiers et de kinésithérapie) et prescriptions pharmaceutiques hormis celles des médicaments du chapitre II : le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ)
- pour les médicaments du chapitre II :
 - les recommandations : la Commission de remboursement des médicaments (CRM)
 - les indicateurs : le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments (CEM)⁶⁴.

La déontologie prévoit aussi l'obligation de tenir compte des moyens que la société met à disposition pour exercer la médecine⁶⁰.

Les autres dispensateurs doivent eux aussi s'abstenir d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge de l'assurance soins de santé.

60. Code de déontologie médicale, art. 36 et 99 à 103.

61. Loi ASSI, art. 73 § 1.

62. Loi ASSI, art. 2n.

63. Loi ASSI, art. 73 §§ 2 et 3.

64. Loi ASSI, art. 73 § 2 al. 2.

En outre, un certain pourcentage minimum de prescriptions de médicaments "bon marché" a été fixé pour chaque discipline⁶⁵. Pour les généralistes, ce pourcentage est de **60%**. (Voir 3^e Partie, VI. 8. a.)

b. En l'absence de recommandations et indicateurs

À défaut d'indicateurs de déviation manifeste visés aux 2 points ci-dessus, votre pratique est comparée avec la pratique de "*dispenseurs normalement prudents et diligents placés dans des circonstances similaires*"⁶⁶. Il est tenu compte entre autres d'informations scientifiques acceptées par des associations et institutions scientifiques qui bénéficient d'une notoriété générale.

4. Pouvez-vous librement hospitaliser votre patient ?

Comme l'hospitalisation engendre des surcoûts pour l'assurance soins de santé, vous devez tenir compte de certaines conditions et restrictions existantes⁶⁷ :

"Lorsqu'il n'est pas possible, de manière ambulatoire, de poser un diagnostic, d'appliquer une thérapeutique ou d'isoler un malade contagieux, le bénéficiaire peut être hospitalisé dans un service hospitalier agréé à cet effet..."

Les patients qui sont colloqués par le biais d'une mesure de protection, répondent automatiquement aux conditions d'hospitalisation.

Plus d'informations sur le rôle du médecin généraliste en cas d'hospitalisation dans la 4^e Partie, X.

5. De quelle manière pouvez-vous être reconnu responsable de vos actes ?

Votre responsabilité peut être établie selon différentes réglementations :

- **administrative :**

- selon la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (dite Loi ASSI⁶⁸), avec comme organe de contrôle le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)



Plus d'informations : www.inami.be, Publications > aperçu de nos publications > Sur le thème du contrôle > Brochure « le Service de contrôle et dévaluation médicaux : missions et procédures »

- selon les autres réglementations : la Commission médicale provinciale veille à ce que les professions des soins de santé et les pratiques non conventionnelles soient exercées conformément aux lois et règlements

- **déontologique** : selon le code de déontologie médicale, sous l'autorité de l'Ordre des médecins. Les sanctions prises par l'Ordre peuvent aller de la suspension momentanée d'exercer l'Art médical, jusqu'à l'interdiction définitive. Ces sanctions peuvent être cumulées avec les sanctions d'instances civiles et pénales

65. Loi ASSI, art. 73 § 2.

66. Loi ASSI, art. 73 § 4.

67. Règlement des soins de santé du 28-07-2003 (nommé RSS), art. 7 § 1.

68. Loi ASSI, art.73bis et 142.

- **pénale** : selon le droit pénal et le code pénal social⁶⁹.

**Exemples :**

- infractions au secret professionnel⁷⁰
- fraude sociale⁷¹
- faux
- faux en écriture⁷²
- usage de faux
- déclarations inexactes et escroquerie en droit pénal social⁷³.

La qualification (juridique) de l'infraction déterminera le tribunal compétent : le tribunal correctionnel ou le tribunal du travail

- **civile** : selon le droit civil. Par exemple en cas de dommages résultant d'une erreur médicale ou de soins de santé⁷⁴.



Plus d'information sur : www.fam.fgov.be. (voir 4^e Partie, XVI.).



Le dispensateur de soins a une obligation de moyens et pas une obligation de résultat vis-à-vis du patient⁷⁵. Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour obtenir de bons résultats sans garantie quant au succès du traitement.

6. Qui est responsable financièrement pour des prestations remboursées à tort par l'assurance soins de santé ?

Lorsque l'assurance soins de santé a remboursé des prestations, à tort parce que vous n'avez pas la qualification requise ou que vous n'avez pas respecté les dispositions légales ou réglementaires, vous devez rembourser⁷⁶ le montant des prestations si :

- vous ayez perçu directement les honoraires
- les prestations ont été payées par le système du tiers-payant.

Toutefois si :

- vous n'avez pas reçu les honoraires pour ces prestations, le patient est solidairement responsable avec vous pour le remboursement dans sa totalité
- une personne physique ou juridique a perçu ces prestations pour son propre compte, cette personne est responsable solidairement avec vous pour le remboursement dans sa totalité.

7. Devez-vous assurer votre responsabilité civile professionnelle ?

La victime d'une faute médicale a droit à la réparation du dommage causé par cette faute⁷⁷. Cette réparation peut survenir jusqu'à trente ans après les faits. Votre responsabilité civile reste donc engagée même après l'arrêt de votre activité professionnelle et, éventuellement, votre décès.

69. Loi du 06-06-2010 introduisant le Code pénal social (CPS).

70. Code pénal, art. 458.

71. CPS, art. 1 § 1.

72. Code pénal, art. 193.

73. CPS, art. 230.

74. Loi du 31-03-2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

75. Code civil, art. 1137.

76. Loi ASSI, art. 164.

77. Code civil, art. 1382.

Vos héritiers pourraient être impliqués.

Vous devez donc être assuré à cette fin⁷⁸ et informer vos patients de ce que vous disposez de cette assurance⁷⁹.

8. Quelles sont les obligations déontologiques en cas de contrats d'association ou de société ?

Chaque contrat (et ses modifications) entre médecins (contrats de formation, contrats d'association ou reprise de clientèle) ou avec des tiers (homes, hôpitaux) doit être transmis au Conseil Provincial de l'Ordre des médecins. Ceci est aussi la règle en cas de formation ou de modification des statuts d'une société⁸⁰.

9. Pouvez-vous interrompre un traitement avec un patient ?

Pour un motif légitime, et si vous avez pris au préalable toutes dispositions en vue d'assurer la continuité des soins par un autre praticien ayant la même qualification légale, vous pouvez interrompre un traitement⁸¹.

10. Pouvez-vous faire de la publicité pour votre cabinet ?

Vous ne pouvez pas faire :

- de publicité au sujet de la gratuité des prestations de la NPS
- référence à l'intervention de l'ASSI dans ces prestations⁸².

Mais vous pouvez porter vos activités médicales à la connaissance du public⁸³.

L'information donnée doit être conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire. Elle ne peut être comparative. Les résultats d'examens et de traitements ne peuvent pas être utilisés.

Elle ne peut inciter à pratiquer des examens et traitements superflus.

11. Pouvez-vous créer un site Internet⁸⁴ ?



Vous pouvez créer un site Internet.

Son adresse ne peut pas constituer une forme de concurrence déloyale ou renvoyer à une discipline ou une technique.

78. Code de déontologie médicale, art. 34 § 2.

79. Loi "Droits du patient", art. 8/1.

80. Code de déontologie médicale, art. 159-165.

81. Code de déontologie médicale, art. 28.

82. Loi ASSI, art. 127 § 2.

83. Code de déontologie médicale, art. 12 et 13.

84. Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 07-02-2015.

Il peut contenir les informations suivantes :

- vos nom et prénom
- vos titres officiels légaux
- la spécialité exercée selon les recommandations du Conseil national de l'Ordre
- des mentions destinées à faciliter votre relation avec le patient
- votre photo, aux dimensions raisonnables
- les renseignements relatifs à l'adresse et à l'accès à votre cabinet
- les numéros de téléphone et fax
- votre adresse e-mail
- les horaires des consultations et visites
- le fait que vous soyez conventionné ou non et vos tarifs
- des instructions liées à la continuité des soins
- un logiciel de prise de rendez-vous est autorisé s'il assure la confidentialité du nom des patients inscrits
- une photographie de l'accès au cabinet.

Toute information relative à la publicité est interdite. Notamment :

- toute forme de publicité trompeuse ou comparative
- un tarif comparatif des honoraires
- l'incitation à la réalisation d'investigations ou de traitements superflus
- les publications, les conférences et autres communications sans caractère scientifique ou qui poursuivent un but commercial
- la publication de témoignages de patients
- la communication de données couvertes par le secret médical, à moins qu'elle ne soit suffisamment sécurisée
- l'utilisation de « cookies » ou de tout autre outil visant à identifier ou à profiler les visiteurs d'un site Internet à leur insu.

Vous devez soumettre votre projet ou toute modification sensible du site à l'approbation du conseil provincial de l'Ordre.

Si votre site Internet est dépendant d'un fournisseur de services ou d'une autre société, les relations entre vous et les autres personne(s) ou société(s) doivent faire l'objet d'une convention soumise à l'approbation du conseil provincial de l'Ordre.

XII. Utilisation d'appareils radiographiques

L'article 17ter 7° énonce les radiographies que vous pouvez porter en compte, pour vos propres patients.

-  Votre **propre patient**, c'est un patient que vous avez en traitement et qui ne vous est pas adressé par un confrère.
-  Si vous utilisez un appareil radiographique, vous devez respecter la réglementation qui concerne la radioprotection⁸⁵. Elle couvre quatre domaines :
 - la formation en radioprotection
 - le local où est installé l'appareil
 - l'appareil lui-même
 - les personnes.

85. NPS, art. 17 § 11.



Plus d'informations : www.afcn.be, Professionnels : Radiologie > Documents : Vadémécum « Utilisation des rayons X à des fins médicales ».

1. La formation en radioprotection⁸⁶

a. Autorisation individuelle d'utilisation

Vous ne pouvez utiliser un appareil radiographique que si vous avez suivi une formation dans le domaine de la radioprotection. Le respect de cette condition est attesté par la détention d'une autorisation personnelle délivrée par l'AFCN, attestant que vous avez suivi une formation universitaire comprenant au moins 45 heures de théorie et 30 heures de pratique, et présenté avec succès un contrôle de connaissances.

Le formulaire « Demande d'autorisation pour l'utilisation des rayons X à des fins de diagnostic médical », décrit de manière pratique la marche à suivre pour obtenir cette autorisation.



Il est disponible sur : www.afcn.be, Professionnels : choisissez votre profil : Secteur médical – Général > Radiologie > Cliquez ici pour plus d'informations concernant l'autorisation d'utilisation individuelle > Demandez votre autorisation d'utilisateur : Diagnostic médical.

Il doit être introduit auprès de :



Agence fédérale de Contrôle nucléaire (AFCN)
Département Santé & Environnement
Service Protection de la Santé, Dosimétrie & Physique médicale
Rue Ravenstein 36
1000 Bruxelles

Si vous utilisez uniquement un ostéodensitomètre et que vous ne disposez pas d'une autorisation individuelle, vous devez suivre et réussir une formation spécifique de 8 heures au moins.

b. Formation continue en radioprotection

Votre autorisation de base n'est valable que dix ans car vous devez aussi maintenir à niveau et développer vos compétences et connaissances en matière de radioprotection en suivant une formation continue de niveau universitaire.

Il n'y a pas à l'heure actuelle de précisions légales sur cette formation continue. En attendant que ces exigences soient formalisées dans la réglementation, l'AFCN recommande aux médecins de poursuivre par eux-mêmes une formation continue de quatre heures au moins.

Des formations sont organisées :

- dans le cadre de l'accréditation
- par des universités
- par le Groupement belge des spécialistes
- par des associations professionnelles.

2. Réglementation concernant le local

Le local où se trouve un appareil doit répondre à la législation concernant les établissements où des rayons X sont utilisés⁸⁷.

Cette réglementation impose des procédures différentes si vous :

- **installez un nouvel appareil**

Vous devez posséder une autorisation de création et d'exploitation⁸⁸. Vous trouverez les étapes à suivre sur le formulaire « Demande d'autorisation de création et d'exploitation d'un établissement classé ».

 Le formulaire est disponible sur : www.afcn.be, Professionnels > Radiologie > Processus d'autorisation et réception : cabinet de radiologie > Déclaration d'un cabinet de radiologie.

Vous devez introduire cette demande par recommandé auprès de l' :

 Agence fédérale de Contrôle nucléaire (AFCN)
Département Établissements & Déchets
Service Établissements médicaux & industriels
Rue Ravenstein 36
1000 Bruxelles

- **possédez un appareil**

Vous devez faire contrôler annuellement les locaux où il se trouve⁸⁹ par un expert qualifié et agréé par l'AFCN, soit :

- du propre service de contrôle de l'établissement où l'appareil se trouve
- de la filiale de l'AFCN
- d'un organisme agréé.

 La liste des organismes agréés est disponible sur : www.afcn.fgov.be, Liens.

- **remplacez ou déménagez un appareil**, vous devez recommencer les formalités.

3. Réglementation concernant l'appareil⁹⁰

a. Marquage

Tout appareil doit porter un marquage CE⁹¹.

b. Contrôles

Vous devez faire réaliser sur place un contrôle annuel de l'appareil à rayons X par un expert agréé en radiophysique médicale.

87. A.R. du 20-07-2001.

88. A.R. du 20-07-2001, art. 8.

89. A.R. du 20-07-2001, art. 23.

90. Arrêté de l'Agence fédérale de contrôle nucléaire du 12-12-2008, basé sur l'A.R. du 20-07-2001, art. 51.6.5 et 81.6.5 al. 4.

91. A.R. du 18-03-1999.



La liste des experts agréés est accessible sur :
www.afcn.be, Réglementation > Experts agréés > En radiophysique médicale dans le domaine de compétence de la radiologie

c. Correction des manquements

Vous devez impérativement remédier vous-même aux manquements constatés en cours d'année⁹² :

- à court terme si l'impact est important en termes de radioprotection
- avant le prochain contrôle annuel sinon.

4. Les personnes

L'exploitant d'un établissement où sont utilisés des rayonnements ionisants est tenu d'organiser à ses frais le suivi dosimétrique de toutes les personnes professionnellement exposées : les travailleurs salariés, les assistants, les stagiaires, les indépendants, etc.

Ces personnes doivent aussi avoir un contrôle médical par un médecin du travail agréé pour le contrôle des personnes professionnellement exposées aux radiations ionisantes.



La liste des experts agréés est accessible sur : www.afcn.be, Réglementation > Médecins agréés

5. Pouvez-vous déléguer la réalisation des radiographies ?

Vous pouvez déléguer la réalisation des radiographies à des auxiliaires, mais selon vos instructions et sous votre surveillance et votre responsabilité. Ces auxiliaires doivent avoir suivi et réussi une formation qui comprend au moins 50 heures.

6. Votre responsabilité lorsque vous utilisez un appareil

Vous êtes responsable des appareils que vous utilisez. Vous devez donc vous assurer de la conformité d'un appareil, même dont vous n'êtes pas propriétaire, avant de l'utiliser.

7. Quels documents devez-vous fournir en cas de contrôle par le SECM ?

Vous devez fournir les documents suivants :

- l'autorisation de création et d'exploitation
- le rapport du contrôle annuel de l'appareil à rayons X
- le rapport du contrôle annuel des locaux
- les autorisations individuelles d'utilisation pour **chaque** utilisateur.

8. Quelles sont les conséquences d'une absence d'autorisation⁹³ ?

Sans les autorisations nécessaires, vous ne pouvez attester ni :

- les radiographies
- les prestations exigeant la conservation des clichés radiographiques dans le dossier.

9. Quels documents devez-vous fournir en cas de contrôle par l'AFCN ?



Les documents suivants entre autres peuvent être demandés en cas de contrôle AFCN :

- l'autorisation de création et d'exploitation d'un établissement de classe III
- l'inventaire de tous les appareils de radiologie/imagerie médicale à base de rayons X utilisés au sein du service
- le rapport de réception des installations dressé par un organisme agréé
- la preuve ou copie de la police d'assurance « Responsabilité civile professionnelle en matière de rayonnements ionisants »
- les rapports « contrôle physique » dressés par un organisme agréé (les rapports des 5 dernières années minimum sont demandés pour vérification, le règlement prévoit que les rapports des 30 dernières années sont disponibles)
- l'information écrite annuelle donnée au personnel professionnellement exposé
- la liste des membres du personnel actifs au sein du service (temps plein + temps partiel, médecins inclus, tout comme les médecins indépendants)
- les dosimétries de toutes les personnes professionnellement exposées (tableaux annuels d'exposition, 5 dernières années)
- les autorisations personnelles d'utilisateur pour les médecins
- les certificats ou attestations relatifs à la formation en radioprotection des auxiliaires
- les procédures écrites disponibles au sein du service (notamment : réalisation d'examens radiologiques sur les enfants, instructions au personnel en ce qui concerne le port de dosimètres,...).

93. NPS, art. 6 § 17.

10. Que faire lors de l'élimination d'un appareil radiographique ?

En cas d'élimination d'un appareil radiographique, veuillez vous référer aux dispositions formulées sur :

 www.afcn.be, Professionnels, Choisissez ici votre profil > Secteur médical - Général > Général > Demande d'autorisation 6. Vous souhaitez éliminer un appareil médical à rayons X ?

XIII. Dispensateur de soins et INAMI

1. L'INAMI

a. Missions

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est une institution publique de sécurité sociale.

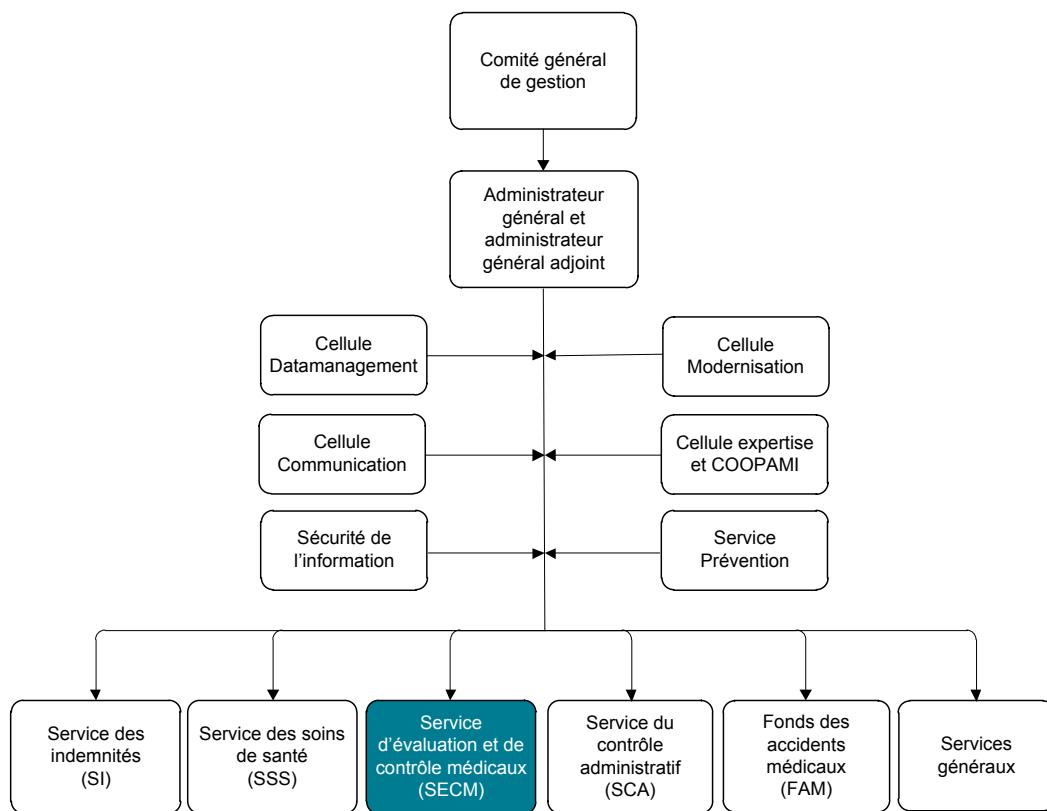
L'INAMI veut gérer au mieux les moyens que la société met à la disposition de l'assurance soins de santé et indemnités (assurance SSI), dans le cadre légal et en concertation avec les acteurs concernés (les partenaires sociaux, les mutualités, les dispensateurs de soins, etc.), de sorte que :

- la population ait accès aux soins de santé nécessaires, que ces soins soient de bonne qualité et efficaces et qu'ils soient dispensés aux tarifs convenus
- les assurés sociaux - travailleurs salariés et travailleurs indépendants - bénéficient d'un revenu de remplacement adéquat en cas de maternité, paternité ou adoption et une possibilité de réinsertion sociale en cas d'incapacité de travail
- les activités des dispensateurs de soins et des mutualités soient financées de manière correcte
- les moyens destinés à l'assurance SSI soient utilisés correctement et que les obligations légales soient respectées par tous les intéressés.

b. Structure

L'INAMI est structuré en 6 services :

- le Service des soins de santé (SSS), responsable de la gestion de l'assurance soins de santé⁹⁴
- le Service des indemnités (SI), responsable de la gestion de l'incapacité de travail et de l'assurance maternité, paternité, adoption⁹⁵
- le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), qui veille à l'application de la législation relative à l'INAMI au niveau de la pratique professionnelle⁹⁶
- le Service du contrôle administratif (SCA), qui effectue le contrôle administratif entre autres des mutualités⁹⁷. En collaboration avec les mutualités, il gère et contrôle le fonctionnement du maximum à facturer (MAF), le système du remboursement majoré
- le Fonds des accidents médicaux (FAM), chargé de l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé⁹⁸
- les Services généraux de support.



94. Loi ASSI, art. 14.

95. Loi ASSI, art. 78.

96. Loi ASSI, art. 139.

97. Loi ASSI, art. 159.

98. Loi du 31-03-2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

c. Représentativité médicale au sein de l'INAMI⁹⁹

Les médecins représentant le corps médical au sein des organes de l'INAMI sont choisis sur base d'élections organisées tous les 4 ans par l'INAMI. Le vote peut se faire de deux façons, par écrit ou de façon électronique.

Un courrier explicatif vous sera adressé en temps voulu.

 Plus de renseignements :

- sur les élections : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Médecins > Exercice du métier > Élections médicales
- sur les organes : www.inami.be, L'INAMI > Organes.

2. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)

La mission du SECM est de contribuer à une utilisation optimale des moyens de l'assurance SSI. Pour atteindre cet objectif, le SECM applique 3 stratégies : l'information, l'expertise et le contrôle¹⁰⁰.

a. Information

Dans le cadre de la politique d'information de l'INAMI et pour éviter les infractions à la législation commises par ignorance, le SECM souhaite informer les dispensateurs de soins.

> Exemples

- Modifications apportées à la législation (site de l'INAMI)
- Informations sur la législation, la nomenclature, les produits pharmaceutiques, etc. (site de l'INAMI)
- Informations pratiques pour les dispensateurs de soins débutants (série de brochures : les Infobox)
- Résultats des activités d'évaluation et de contrôle pour attirer l'attention des dispensateurs de soins sur les (éventuelles) infractions à la législation (feedbacks individuels).

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Info pour tous : Jurisprudence des infractions.

b. Expertise

Lors d'une expertise, le SECM examine la pratique professionnelle d'un groupe de dispensateurs sélectionnés sur la base de critères tels que la discipline exercée ou la manière d'attester certaines prestations.

Le but de l'expertise est essentiellement préventif et vise à informer les dispensateurs de soins au sujet des déviances qui ont été constatées chez eux.

99. Loi ASSI, art. 211.

100. Loi ASSI, art. 139 al. 2 1° à 3°.

c. Contrôle

Le SECM a également une mission de contrôle. Il vérifie si les prestations de l'assurance SSI ont été effectuées par les dispensateurs de soins individuels ou par les établissements de soins conformément aux dispositions légales et/ou réglementaires. Pour ce faire le SECM dispose d'un personnel d'inspection composé de médecins-inspecteurs, de pharmaciens-inspecteurs et d'infirmiers-contrôleurs¹⁰¹.

S'ils constatent des infractions, ils peuvent les transmettre aux instances prévues par la loi pour suites utiles : des mesures peuvent éventuellement être infligées selon des procédures légales¹⁰².

 Les infractions sont classées en 10 catégories avec des mesures¹⁰³ spécifiques pour chacune¹⁰⁴:

1. Porter en compte des prestations non effectuées (réalité).
2. Porter en compte des prestations sans tenir compte des règles de la nomenclature existantes (conformité).
3. Porter en compte des prestations qui ne sont pas prévues dans la nomenclature¹⁰⁵ par exemple des interventions à but esthétique.
4. Porter en compte des prestations superflues ou inutilement onéreuses (surconsommation).
5. Prescrire des prestations superflues ou inutilement onéreuses (sur-prescription).
6. Prescrire des médicaments superflus ou inutilement onéreux (médicaments du chapitre IV sans autorisation préalable du médecin-conseil).
7. Ne pas délivrer ou compléter incorrectement des documents obligatoires.
8. Inciter à prescrire ou exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses.
9. Demandez des acomptes en dehors des limites visées à l'article 53 § 1/1.
10. Ne pas respecter l'obligation d'application du régime du tiers-payant.

Les dix catégories d'infractions s'appliquent aussi aux personnes physiques ou morales qui :

- emploient des dispensateurs de soins
- organisent la dispensation des soins
- organisent la perception des sommes dues par l'assurance soins de santé¹⁰⁶.

 Plus d'informations : www.inami.be

- sur le fonctionnement du SECM : Publications > aperçu de nos publications > Sur le thème du contrôle > Brochure « le Service de contrôle et d'évaluation médicaux : missions et procédures »
- sur la structure du SECM : L'INAMI > Notre structure administrative > Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM).

101. Loi ASSI, art. 146 § 1.

102. Loi ASSI, art. 141-146bis.

103. Loi ASSI, art. 73bis.

104. Loi ASSI, art. 142 § 1.

105. Loi ASSI, art. 34.

106. Loi ASSI, art. 2n.

d. Quelles sont les compétences du personnel d'inspection du SECM ?

Pour mener à bien ses missions, le personnel d'inspection a un certain nombre de compétences¹⁰⁷.

Les principales sont :

- pénétrer librement, dans l'exercice de sa mission, à toute heure du jour et de la nuit, sans avertissement préalable, dans tous les lieux de travail ou assimilés
- pénétrer dans les locaux habités, munis d'une autorisation de visite domiciliaire délivrée par le juge d'instruction
- interroger toute personne dont l'audition est nécessaire
- procéder à la recherche et à l'examen des supports d'information contenant des données sociales et des données dont la tenue est imposée par la législation
- procéder à la recherche et l'examen des supports contenant toute autre donnée nécessaire pour les besoins de l'enquête
- télécharger ou prendre des copies, sous n'importe quelle forme, des supports d'information ou des données qu'ils contiennent ou se les faire fournir sans frais
- exiger une traduction des données dans une des langues nationales si elles sont établies dans une autre langue qu'une des langues nationales
- faire des constatations par image
- obliger tous les dispensateurs de soins à lui fournir tous les renseignements et documents dont il a besoin pour mener ses investigations
- saisir ou mettre sous scellés tout support d'information – livres, registres, documents, supports électroniques – nécessaire à l'accomplissement de sa mission
- demander tout document officiel d'identification (la carte d'identité, le passeport, le permis de conduire, etc.), faire des constats, prendre des photos
- donner des avertissements ou dresser des procès verbaux de constat (PVC)
- informer les instances ordinaires (Ordres des médecins et des pharmaciens)¹⁰⁸, le Procureur du Roi¹⁰⁹, d'autres services fédéraux de contrôle dans la mesure où les renseignements recueillis dans l'exercice de sa mission relèvent de la compétence de ces tiers¹¹⁰.

Toute personne qui fait obstacle à l'accomplissement de la mission du personnel d'inspection s'expose à des sanctions¹¹¹.

La communication et l'utilisation de ces renseignements et documents doivent respecter le secret médical¹¹².

Lorsque le personnel d'inspection constate des infractions aux dispositions légales ou réglementaires concernant l'assurance soins de santé, il dresse des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire.

107. CPS, art. 23 à 39, et Loi ASSI, art. 150.

108. Loi ASSI, art. 146 § 3.

109. Code d'instruction criminelle, art. 29.

110. CPS, art. 54.

111. CPS, art. 209.

112. Loi ASSI, art. 150.

Lors d'une audition ou lors de la notification d'un procès-verbal de constat, le personnel d'inspection joint au procès-verbal de constat une **invitation au remboursement volontaire** (IRV) qui vous invite à procéder au remboursement total des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé.

Si le montant à rembourser :

- est inférieur ou égal à 3.000 EUR, le remboursement total dans les 2 mois à compter du jour suivant la notification du PVC entraîne l'extinction irrévocable des poursuites administratives et le dossier est clôturé. Ceci ne s'applique plus pour une IRV ultérieure s'il y a notification d'un nouveau PVC dans les 3 ans qui suivent la première IRV
- est supérieur à 3.000 EUR, le remboursement total n'empêche pas une éventuelle procédure administrative, ni l'application de mesures de récupération ou d'amendes administratives.

2^e Partie

Attestation

des prestations





Dans cette partie vous trouverez des informations sur la manière d'attester correctement les soins donnés : le document à utiliser, comment le compléter, quelles prestations y mentionner en fonction de la nomenclature des soins de santé. Sous quelles conditions les attester ? Quand et comment appliquer le tiers-payant ?

I. L'attestation de soins donnés



L'attestation de soins donnés (ASD) est le document qui permet le paiement ou remboursement par l'assurance soins de santé des prestations réalisées auprès d'un patient.



"Attester", c'est compléter et signer l'ASD.

Vous engagez ainsi :

- votre responsabilité quant à la réalité et la conformité des mentions apportées
- l'assurance soins de santé qui remboursera ou paiera le montant des prestations dont le code de nomenclature est mentionné.

Il existe plusieurs modèles papier, établis par un règlement¹¹³ :

- attestation de soins donnés (ASD) utilisée lors de soins apportés par un dispensateur individuel
- attestation globale de soins donnés (AGSD) utilisée lors de soins apportés par plusieurs dispensateurs ou en institution (voir point III.).

Dans certains cas, l'attestation doit se faire par voie électronique.

113. RSS, art. 6, annexe 10.

Modèles :

- ASD

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APPoser UNE VIGNETTE DE L'OA					
Nom et prénom du patient : 14					
Organisme assureur : NISS :					
Adresse du patient :					
ATTESTATION DE SOINS DONNÉS					
A COMPLÉTER PAR LE DISPENSATEUR					
Nom et prénom du patient : 1					
Consultation	Visite (1)	2	3		
Date	N° de consultation	4			
Frais de déplacement :					
Autres prestations (2)					
Date de la prestation	N° de consultation		Date de la prestation	N° de consultation	
5	6	15			
(a)	(a)		(a)	(a)	
Prescrit par : Nom et prénom en date du : / / Nom et prénom Numéro d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : Laboratoire ou apperellage ou service agrémenté sous le n° : Date de la réception de la prescription : / / Le patient est hospitalisé / ambulant (1) : 13 N° de l'établissement : Service :					
(1) Délai des remboursements utilisés (2) Horaires des examens déjà utilisées		7	A.R. 15.07.2002	EUR	
Identification du dispensateur : 8					
9 A					
Date : Signature du dispensateur 10					
REÇU OU SOUCHE FISCALE					
Perçu pour le compte du N° BCE : 12					
Reçu la somme de : EUR Date : Signature 10					

- AGSD

II. Utilisation des ASD

1. Devez-vous délivrer une ASD¹¹⁴ ?

Si les prestations que vous effectuez sont remboursées par l'assurance soins de santé, vous devez délivrer une ASD :

- au patient (voir point 6)
- ou à sa mutualité en cas d'application du tiers-payant.

Si vous effectuez à la fois des prestations remboursables et non-remboursables, vous devez délivrez en plus au patient un document justificatif (voir point II. 8. "Le document justificatif")¹¹⁵.

2. Où pouvez-vous obtenir vos attestations ?



Vous pouvez les commander sur le site www.medattest.be, soit :

- en ligne, après avoir reçu par courrier un identifiant et un code d'activation
- en imprimant le bon de commande disponible sur le site que, soit :
 - vous envoyez à :
 INAMI - attestations
boîte postale 30005
1000 Bruxelles
 - vous faxez au 02 278 55 00.

Un centre de contact est joignable au 02 274 09 34, du lundi au vendredi de 8 à 19 heures et le samedi de 8 heures 30 à 12 heures.

Le paiement au préalable est obligatoire ; vous pouvez le faire par services bancaires en ligne, par carte de crédit ou par virement. En cas de commande de plus d'une boîte, le prix est réduit. Vous pouvez désigner un mandataire pour les commandes en ligne.

La commande est livrée dans les 9 jours ouvrables suivant la réception du paiement.

Vous pouvez aussi utiliser l'eShop de eHealth.



Plus d'informations sur :

- www.ehealth.fgov.be, Prestataires de soins > Services en ligne > eShop
- www.medattest.be
- www.inami.be, Professionnels > Info pour tous > Commande d'attestations.

114. Loi ASSI, art. 53 al. 1.

115. Loi ASSI, art. 53 1/2.

3. Pouvez-vous utiliser les ASD d'un confrère ?

Dans les cas d'extrême urgence, les mutualités pourront accepter et comptabiliser - à titre exceptionnel - des prestations que vous avez mentionnées sur des attestations de soins vierges d'un confrère ou d'une consœur à condition que :

- vous barriez les coordonnées du confrère ou de la consœur
- vous apposez votre cachet avec votre numéro INAMI
- vous remettez au confrère ou à la consœur un reçu mentionnant le nombre de carnets d'attestations et leurs numéros
- le confrère ou la consœur note dans son livre-journal les numéros des carnets qu'il (elle) vous a remis.

4. Comment devez-vous compléter l'attestation ?

Vous devez mentionner les éléments suivants sur l'ASD (voir le modèle au point II).¹¹⁶ :

- En 1. le nom et le prénom du patient à qui les soins ont été dispensés
 - En 2. la date de la consultation ou de la visite. Cette date peut être différente de la date de délivrance en 9. de l'attestation (les deux dates sont à mentionner)
 - En 3. le numéro de nomenclature de la consultation ou de la visite effectuée (voir IV. Attester en fonction de la nomenclature)
 - En 4. les frais de déplacements éventuels
 - En 5. la(les) date(s) d'(une) éventuelle(s) autre(s) prestation(s)
 - En 6. le(s) numéro(s) de nomenclature d'(une) éventuelle(s) autre(s) prestation(s)
 - En 7. la mention¹¹⁷ :
 - “oui” si vous avez perçu l'intégralité du ticket modérateur
 - “non” ou « 0 » si vous n'avez pas perçu de ticket modérateur
 - ou le montant **effectif** payé, y compris le ticket modérateur, afin que la mutualité puisse vérifier si le maximum à facturer est dépassé ou non (voir 4^e Partie, V. Maximum à facturer, MAF)
 - En 8. votre cachet
 - En 9. la date de la délivrance de l'ASD
 - En 10. votre signature : en apposant votre signature, vous êtes responsable de l'exactitude des données mentionnées sur l'attestation et/ou le reçu
 - En 11. la date éventuelle de la perception des honoraires que vous ayez effectué les prestations pour votre propre compte ou pour compte d'autrui¹¹⁸
 - En 12. le montant des honoraires perçus
 - En 13. les numéros de l'hôpital et du service si le patient est hospitalisé
- La zone 14 reprend les renseignements de mutualité (manuscrits ou par vignette). Vous devez la compléter en cas d'application du tiers-payant papier.
- La zone 15 est réservée à la mutualité.

116. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 1 et RSS, art. 6.

117. A.R. du 15-07-2002, art. 3.

118. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 1.

5. Qu'est-ce que la souche fiscale (ou reçu) ?



La **souche fiscale ou reçu** est la partie détachable au bas de l'ASD. Elle reprend votre numéro d'inscription à la BCE (voir 1^{re} Partie, I. 4.).

Bien que les 2 parties (attestation et reçu) soient attachées, elles sont soumises à 2 législations totalement différentes :

- la loi ASSI pour l'ASD
- la loi fiscale pour le reçu.

6. Quand devez-vous remettre l'attestation et le reçu ?

Pour la loi ASSI, vous devez remettre l'ASD au patient **dès que possible¹¹⁹ et au plus tard deux mois¹²⁰** après la fin du mois au cours duquel vous avez effectué les prestations.

Cependant, le Code des impôts¹²¹ vous impose de délivrer l'ASD **lors de la prestation¹²²**, que le patient vous paie ou non.



En pratique : si votre patient vous paie la (les) prestation(s) et/ou le(s) ticket(s) modérateur(s) :

- **immédiatement, en espèces ou par carte bancaire**, et si vous :
 - réalisez uniquement des **prestations remboursables**, vous lui remettez l'ASD avec le reçu, que vous ne pouvez pas détacher, avec la mention du montant perçu¹²³
 - réalisez à la fois des **prestations remboursables et non-remboursables**, vous lui remettez :
 - l'ASD avec le reçu que vous ne pouvez pas détacher, avec le seul montant relatif aux prestations remboursables sur le reçu
 - un document justificatif (voir Point 8.), avec le montant total perçu pour les deux types de prestations
 - utilisez le **tiers-payant**, vous gardez la partie supérieure de l'ASD pour l'envoyer à la mutualité et vous remettez au patient le reçu, que vous pouvez détacher, avec le montant perçu (voir § ci-après)
- si le patient vous paie de **manière différée** :
 - **par versement ou virement** : vous lui remettez en même temps l'ASD avec le reçu, que vous ne pouvez pas détacher, avec la mention « 0 » sur le reçu
 - **en espèces ou par carte bancaire (« comptant différé »)** :
 - lors de la prestation, vous lui remettez l'ASD avec le reçu, que vous ne pouvez pas détacher, avec la mention « 0 » sur le reçu
 - lors de la perception des honoraires¹²⁴, vous barrez la partie supérieure d'une ASD et vous remettez **uniquement** le reçu avec le montant perçu.

Dans ces deux cas, vous pouvez, si vous le souhaitez, lui faire signer une reconnaissance de dette ou un reçu pour l'ASD non réglée.

119. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 8.

120. A.R. du 19-05-1995, art.1.

121. Code des impôts sur les revenus 1992 (CIR), art. 320.

122. CIR, Directives et commentaires administratifs, Commentaire du CIR, 320/25.

123. CIR, art. 320 § 1 al. 2.

124. CIR, Directives et commentaires administratifs, Commentaire du CIR, 320/25.

Si vous réalisez des **prestations remboursables et non-remboursables** vous devez délivrer un document justificatif (voir Point 8. « Le document justificatif »).

- si vous utilisez le **tiers-payant** : (voir point VII. « Le tiers-payant »), vous remettez :
 - au patient, lors de la prestation, selon que vous utilisez :
 - l'ASD papier, le reçu que vous devez détacher¹²⁵ avec le montant perçu (même « 0 »)
 - la voie électronique, un document justificatif (voir Point 8. « Le document justificatif »).
 - à la mutualité, soit les données par voie électronique, soit la partie supérieure de l'ASD, **dès que possible**¹²⁶, et au plus tard **dans les deux mois** qui suivent la fin :
 - du mois au cours duquel la prestation a été effectuée
 - du trimestre si une facturation trimestrielle est autorisée¹²⁷.
- si vous **cumulez des prestations** en tiers-payant et en paiement direct ou différé, vous utilisez deux ASD distinctes et vous respectez, pour chacune, les modalités ci-dessus.

Les mutualités ne peuvent rembourser (en partie ou en totalité) une intervention si elles n'ont pas reçu d'attestation de soins donnés¹²⁸.

7. Qu'est-ce que le double fiscal ?



Le **double fiscal** de l'attestation est la copie carbone. Il mentionne les prestations attestées et leur numéro de nomenclature mais pas l'identité du patient.

L'ASD et le double fiscal (copie carbone) portent le même numéro de carnet et de feuillet. Ce double est destiné à un contrôle fiscal éventuel. Le SECM peut toutefois l'exiger dans le cadre de ses compétences¹²⁹.

8. Le document justificatif

a. Quand devez-vous remettre au patient un document justificatif ?



Vous devez remettre ce document justificatif soit¹³⁰ :

- à la demande du patient
- lorsque vous attestez en même temps des prestations remboursées et non remboursées par l'ASSI
- lorsque vous pratiquez le tiers-payant par voie électronique.

b. Que contient le document justificatif ?



Le document justificatif doit reprendre¹³¹ :

- la date
- vos données d'identification (nom, prénom, adresse)
- pour chaque éventuelle prestation non-remboursable : un libellé et le montant à payer

125. CIR, Directives et commentaires administratifs, Commentaire du CIR, 320/25.

126. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 8.

127. A.R. du 19-05-1995, art. 1.

128. Loi ASSI, art. 53 § 1 al. 7.

129. CPS, art. 28 2^e.

130. Loi ASSI, art. 53 § 1/2.

131. Loi ASSI, art. 53 § 1/2.

- pour les prestations remboursables : le montant total à payer (avec les suppléments).
Si vous utilisez le tiers-payant, en plus, pour chaque prestation :
 - le code ou libellé
 - le montant payé par la mutualité
 - le montant éventuellement payé par le patient
- le montant total à payer (avec les acomptes).

Le document ne reprend pas :

- l'identité du patient
- votre signature.

Vous devez en conserver une copie pendant huit ans (voir point 12.)

! Si vous utilisez le tiers-payant, vous devez aussi envoyer un document justificatif à la mutualité (voir point VII.).

www Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Info pour tous : remise d'un document justificatif au patient.

9. Comment pouvez-vous attester pour le compte d'autrui ?

Lorsque vous n'êtes pas le responsable fiscal mais que celui-ci est une société ou une association, vous devez utiliser les ASD au nom de la société ou l'association pour attester vos prestations.

! Vous devez mentionner vos coordonnées (nom, prénom, numéro INAMI) sur l'ASD car chaque dispensateur des prestations doit être identifié¹³².

10. Attestation via un service de tarification

En tiers-payant, vous pouvez envoyer à un service de tarification, soit :

- vos ASD signées
- un relevé de vos prestations. Dans ce cas, le service établira d'abord les ASD que vous devrez signer par après, car vous assumez toujours l'entièvre responsabilité des prestations attestées.

Le service envoie ensuite les ASD à chaque mutualité concernée avec un relevé des montants à vous payer en tiers-payant.

11. Comment utiliser les carnets d'ASD ?

Pour l'administration fiscale, vous devez utiliser les carnets par année civile. Vous devez commencer l'année par un nouveau carnet et suivre l'ordre de leur numérotation.

132. RSS, art. 6 § 2.

12. Combien de temps conserver les carnets d'ASD (ainsi que les copies des documents justificatifs) ?

Les carnets et les copies des documents justificatifs doivent être conservés pendant huit ans à partir du 1^{er} janvier de l'année où ils ont été utilisés¹³³.



Un carnet utilisé en 2017 pourra être détruit à partir du 1^{er} janvier 2025.

III. Utilisation des AGSD

1. Quand utiliser les AGSD ?

Pour attester les prestations effectuées :

- en hospitalisation
- en institution
- par un groupement de dispensateurs

vous devez utiliser des attestations globales de soins donnés (AGSD)¹³⁴. Celles-ci permettent de porter en compte globalement les prestations effectuées par plusieurs dispensateurs de soins chez un seul et même patient. Ces prestations peuvent avoir été effectuées le même jour ou à des dates différentes.



Les honoraires des prestations que vous attestez pour des malades hospitalisés sont obligatoirement perçus par l'hôpital¹³⁵.

2. Comment utiliser l'AGSD ?

Les éléments suivants doivent être mentionnés sur l'AGSD (voir modèle au point I.) :

1. l'identité de la personne qui a reçu les soins
2. les prestations mentionnées sur plusieurs lignes horizontales avec, sur chacune de ces lignes :
 1. la date
 2. le numéro de nomenclature de la prestation
 3. le numéro INAMI et le nom du dispensateur de soins
 4. le numéro INAMI et le nom du prescripteur
 5. le montant de l'intervention O.A.

133. CIR, art. 315 al. 3.

134. RSS, art. 6 § 14.

135. Loi du 10-07-2008, relative aux hôpitaux, art. 147.

3. Conditions d'utilisation

En cas d'utilisation d'AGSD, les conditions suivantes doivent être remplies¹³⁶ :

- pour chaque prestation, le dispensateur qui a effectué la prestation doit être identifié
- des documents internes doivent exister. Par document interne, il faut entendre chaque document qui mentionne la prestation effectuée (c.à.d. le numéro de nomenclature) et le dispensateur de soins qui l'a réellement effectuée. Le dispensateur de soins qui a effectué la prestation doit signer ce document. Un formulaire de tarification, un dossier médical, un registre, etc. peuvent faire fonction de documents internes, sous forme électronique ou pas. Ces documents internes doivent être conservés durant 3 ans
- le signataire de l'AGSD doit être un médecin ou un dispensateur de soins appartenant à la profession dont relèvent les prestations attestées
- le dispensateur de soins doit rédiger un mandat écrit par lequel il consent à faire attester ses prestations par le signataire de l'AGSD.

Un mandat écrit peut être une procuration écrite, une disposition dans le statut ou le contrat de travail ou prendre une autre forme. Le mandat écrit est important pour déterminer la responsabilité lorsque surgit un litige concernant l'attestation. Lorsqu'il n'y a pas de mandat écrit et si le dispensateur de soins, dont le nom est mentionné en regard de la prestation portée en compte, conteste l'attestation délivrée en son nom, ou la réalité et la conformité de la prestation, le signataire peut être considéré comme responsable de l'attestation fautive

- le responsable doit signer l'AGSD sous la formule : *"Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles."*

! L'existence de documents internes ne vous dégage pas de votre responsabilité quant à l'exactitude des prestations attestées sur les plans de la réalité et de la conformité.

IV. La nomenclature des prestations de santé

1. Attester en fonction de votre qualification

La nomenclature fixe la qualification requise pour pouvoir porter en compte les prestations à l'assurance obligatoire soins de santé¹³⁷.

Le code de compétence de votre numéro INAMI représente cette qualification (voir 1^{re} Partie, IV.).

136. RSS, art. 6 § 14.

137. Nomenclature des prestations de santé (NPS), art. 2. D-E.

2. Qu'est-ce que la nomenclature ?



La **nomenclature des prestations de santé** (NPS) est :

- l'énumération des **prestations attestables et remboursables** par l'assurance soins de santé
- et l'ensemble des **règles d'application** expliquant les conditions de remboursement.

Pour chaque prestation, la nomenclature donne les informations suivantes :

- la **qualification** requise pour pouvoir porter en compte la prestation à l'assurance soins de santé
- un **nombre de 6 chiffres** (code de nomenclature) identifiant la prestation. Dans la plupart des cas, il y a 2 numéros par prestation :
 - un pour les patients ambulatoires
 - un pour des patients hospitalisés.
 C'est ce numéro que vous devez mentionner en 3 ou 5 sur l'ASD
- une **définition** : une description de la prestation même, complétée ou non par les conditions quantitatives ou qualitatives quant aux conditions de remboursement (voir ci-dessous)
- une **valeur relative** qui renseigne sur le taux de remboursement. Elle consiste en :
 - une **lettre-clé** qui regroupe un certain nombre de prestations. Par exemple, M pour la kinésithérapie, W pour l'Art infirmier, B pour la biologie clinique, N entre autres pour des consultations et des visites.
La valeur en EUR de la lettre-clé fait l'objet de concertation entre les dispensateurs de soins et les mutualités
 - un **coefficient** qui est un facteur de multiplication
- des **règles d'application** expliquant les conditions de remboursement d'une ou plusieurs prestation(s). Dans ce cas, elles sont mentionnées normalement à la fin du chapitre.
Quand vous étudiez un code spécifique de la nomenclature, il est donc important de prêter attention au chapitre en question jusqu'à la fin.



Le Comité de l'assurance établit des règles interprétatives sur base de propositions du conseil technique compétent. Elles précisent la nomenclature et elles sont publiées au Moniteur Belge. Vous pouvez les consulter sur le site de l'INAMI.

Des règles interprétatives peuvent préciser la nomenclature.



Exemple

Consultation d'un médecin généraliste agréé, article 2 A de la NPS (consultations et visites) :

Code	Définition de la prestation	Lettre clé	Coefficient
101076	Consultation au cabinet du médecin généraliste agréé accrédité	N Q (supplément accréditation)	8 30

Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, la nomenclature mentionne des précisions à propos de cette prestation à la fin de l'article 2 A consultations et visites : "Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection : les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation".



Plus d'informations : www.inami.be, Nomenclature.



Consultez les **tarifs des prestations** sur : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coûts et remboursements, En savoir plus > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité.

3. Devez-vous respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature ?

a. Un accord médico-mutualiste existe

VOUS ÊTES CONVENTIONNÉ

Dans le cadre de la convention (activité complète ou partielle), vous ne pouvez pas demander plus que les honoraires mentionnés dans la nomenclature, sauf dans 2 situations :

- lors d'exigences particulières du patient¹³⁸, c'est-à-dire :
 - les visites non urgentes effectuées à la demande du patient en dehors des heures ou du programme de votre tournée normale
 - les appels entraînant un déplacement d'une importance inhabituelle
 - les appels de nuit, de week-end ou au cours d'un jour férié, quand vous n'êtes pas de garde, lorsqu'il est établi que le service de garde organisé sur place est suffisant
 - les consultations réalisées à la demande expresse du patient après 21 heures ou les samedis, dimanches et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si, pour des raisons personnelles, vous assurez des consultations accessibles au public, recevez sur rendez-vous ou effectuez des visites à ces heures et ces jours.



Si le patient pose des exigences particulières, vous devez l'informer préalablement de leurs conséquences financières¹³⁹

- quand les revenus du ménage (lorsqu'il n'y a qu'un titulaire dans le ménage) ou du titulaire concerné (lorsqu'il y en a plusieurs dans le ménage) dépassent certains montants fixés dans l'accord national médico-mutualiste¹⁴⁰.



Lorsqu'un patient qui a débuté un traitement pendant les heures où vous respectez l'accord doit, pour ce traitement, se représenter à votre cabinet (y compris en dehors des heures pendant lesquelles vous respectez les honoraires de l'accord), vous devez appliquer le régime d'honoraires de la première consultation.



Les montants de la nomenclature représentent le remboursement maximal pour la prestation concernée. Vous pouvez demander moins que ce montant si vous le désirez. Vous devez mentionner ce montant sur l'ASD.

VOUS N'ÊTES PAS CONVENTIONNÉ

Vous pouvez fixer librement le montant de vos honoraires à condition de respecter le code de déontologie¹⁴¹.

Vous devez cependant respecter les honoraires mentionnés dans la nomenclature :

- pendant un service de garde organisé, aussi bien dans votre cabinet que pendant les visites à domicile ou dans un poste de garde organisé
- en cas d'application du tiers-payant (voir point VII. "Le tiers-payant").



Cette disposition particulière est rarement appliquée par le corps médical.

138. Accord Médico-Mut., point 11.2.3.

139. Loi "Droits du patient", art. 8.

140. Loi ASSI, art. 50 § 6.

141. Code de déontologie médicale, art. 71.



Si vous n'informez pas vos patients sur les jours et heures pendant lesquels vous n'avez pas adhéré à l'accord, vous êtes supposé y avoir adhéré, et vous devez alors respecter les honoraires de la nomenclature¹⁴².

b. Il n'y a pas d'accord médico-mutualiste

Vous pouvez fixer librement vos honoraires, aux mêmes conditions et suivant les mêmes restrictions qu'un médecin non conventionné. Au lieu des tarifs de l'accord, vous devez appliquer les tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique peut toutefois imposer des tarifs maximums.

4. Où pouvez-vous trouver la nomenclature ?



Vous pouvez consulter la NPS sur le site de l'INAMI : www.inami.be, sur la page d'accueil, vous avez un accès :

- soit direct :
 - à la recherche d'un numéro de code
 - ou à la Recherche avancée
- soit via la rubrique Nomenclature :
 - au texte complet
 - ou à Nomensoft, moteur de recherche :
 - par numéro de code
 - par mot(s) et/ou par expression(s) dans le libellé
 - par article ou par navigation dans l'arborescence
 - au moyen d'une combinaison de ces méthodes de recherche.

“Nomensoft” donne pour chaque numéro de code, entre autres :

- le libellé de la prestation
- les honoraires et remboursements (avec historique)
- la date d'entrée en vigueur
- les valeurs-clés.

5. Quelle est la base légale de la nomenclature ?

L'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établit la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

L'article 34 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (Loi ASSI) énumère les prestations de nature préventive et curative.

Le Moniteur belge publie les adaptations sous forme d'arrêté royal en faisant référence à l'A.R. du 14 septembre 1984.

6. Qui établit la nomenclature ?

La plupart du temps, ce sont les **conseils techniques**, dont le Conseil technique médical (CTM) et, le cas échéant, les commissions de conventions, qui font des **propositions** ou formulent des **avis** pour adapter le libellé des prestations de la NPS ou en ajouter de nouvelles¹⁴³.

Sur base de ces avis et propositions, le **Comité de l'assurance** du Service des soins de santé **décide** des modifications et adaptations de la nomenclature, moyennant approbation, au niveau budgétaire, du Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire.

Le **ministre des Affaires sociales**, qui peut proposer ou refuser des modifications, **formalise** ces modifications dans un arrêté royal qui entre en vigueur après publication au Moniteur belge.

Compositions

Le **Conseil technique médical** est composé¹⁴⁴:

- pour 2/3 de praticiens issus des facultés de médecine des universités de Belgique et des organisations professionnelles représentatives du corps médical
- pour 1/3 de médecins des Organismes assureurs.

Le **Comité de l'assurance** est composé¹⁴⁵ de représentants des :

- O.A. (mutualités) : chaque O.A. ayant droit à un représentant au moins
- organisations représentatives :
 - du corps médical
 - des praticiens de l'Art dentaire
- pharmaciens d'officines, hospitaliers et biologistes
- gestionnaires :
 - d'établissements hospitaliers
 - de services et institutions
 - de maisons de repos
 - d'établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle
- kinésithérapeutes, praticiens de l'Art infirmier et auxiliaires paramédicaux
- organisations représentatives :
 - de l'ensemble des employeurs
 - de l'ensemble des travailleurs salariés
 - des travailleurs indépendants
(uniquement avec voix consultative).

143. Loi ASSI, art. 27 al. 3.

144. Loi ASSI, art. 28 § 2.

145. Loi ASSI, art. 21 § 1 al. 1.

7. Des questions au sujet de l'interprétation correcte de la nomenclature ?

Vous pouvez :

- consulter le site : www.inami.be. Vous y trouverez entre autres le texte en vigueur de la nomenclature, ainsi que les règles interprétatives
- vous adresser à d'autres organismes tels que les O.A. et les organisations professionnelles qui disposent aussi d'informations à ce sujet
- en l'absence de réponse, adresser votre question à l'INAMI. (Voir 6^e Partie, III. Plus d'informations). Ce service traitera la question ou, le cas échéant, la présentera au Conseil technique compétent qui traitera la question au fond.

V. Informations générales relatives à l'application de la nomenclature

1. Quand une prestation est-elle remboursable ?

Les prestations énumérées dans la NPS sont remboursables si elles :

- sont exécutées selon ses dispositions
- relèvent de votre qualification (voir point IV. 1).

2. Pouvez-vous réaliser des prestations non remboursables ?

Vous pouvez réaliser les prestations non remboursables pour lesquelles vous vous estimez compétent. Les honoraires, que vous déterminez librement¹⁴⁶ sont dans ce cas entièrement à charge du patient. Vous devez l'en informer préalablement¹⁴⁷.

Vous ne devez pas délivrer d'ASD, mais le patient peut demander un reçu.

-  Si vous effectuez à la fois des prestations remboursables et des prestations non-remboursables, vous devez délivrer au patient un document justificatif¹⁴⁸ (voir point II. 8.).

3. Quand faut-il utiliser les codes « hospitalisés » ?

Le patient a le statut "hospitalisé" quand il est admis dans un hôpital, général ou psychiatrique, jusqu'à la fin de l'hospitalisation. Une sortie pendant le week-end ou pour un congé ne met pas fin à l'hospitalisation. Pendant ces périodes, vous devez utiliser le code de nomenclature pour patient hospitalisé.

146. Loi professions de santé, art. 15 al. 2 et Loi ASSI, art. 50 § 6 al. 2.

147. Loi "Droits du patient", art. 8.

148. Loi ASSI, art. 53 § 1/2 al. 1 2^e et al. 2 et 3.

Par contre, en cas d'hospitalisation dans un hôpital de jour, vous devez utiliser les codes pour patient ambulatoire, tant pendant l'hospitalisation qu'après la sortie.

4. Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans un but esthétique ?

Vous pouvez attester les prestations esthétiques dans les cas admis dans les programmes de rééducation fonctionnelle et professionnelle en vue de permettre au patient d'obtenir ou de conserver un emploi¹⁴⁹.

Les interventions pratiquées dans un but uniquement esthétique ne sont pas remboursées.

5. Pouvez-vous attester des prestations couvertes par une autre assurance ?

Vous ne pouvez pas attester les prestations exigibles à un tiers en vertu du droit commun, d'une autre législation belge ou d'une législation étrangère¹⁵⁰. Vous devez demander le paiement au patient ou à ce tiers.

Toutefois, la mutualité peut avancer (au patient ou à vous en tiers-payant) le montant de ces prestations dans certains cas.



Exemples :

- lors d'un accident de travail, lorsque la reconnaissance de l'accident de travail n'est pas encore établie
- lors d'un accident de droit commun, lorsque la responsabilité d'un tiers n'est pas encore déterminée.

La mutualité récupère ses avances auprès du tiers reconnu responsable par après (droit de subrogation)¹⁵¹.

Si les montants accordés en vertu du droit commun ou d'une autre législation sont inférieurs aux montants prévus par l'assurance soins de santé, celle-ci rembourse la différence entre les deux.

6. Pouvez-vous attester des prestations effectuées à l'étranger ?

Vous ne pouvez pas attester les prestations effectuées :

- chez un bénéficiaire qui ne se trouve pas sur le territoire belge
- en dehors du territoire belge, sauf dispositions contraires¹⁵².

Une réglementation spécifique peut s'appliquer, en particulier pour les communes frontalières.

149. Loi ASSI, art. 34 al. 2 et NPS, art. 1 § 7.

150. Loi ASSI, art. 136 § 2.

151. Loi ASSI, art. 136 § 2 al. 4.

152. Loi ASSI, art. 136 § 1.

7. Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans le cadre d'un examen organisé par l'employeur ou demandé par des tiers ?

Vous ne pouvez pas attester les prestations requises par les employeurs, les institutions publiques ou les organismes privés.



Il s'agit entre autres des prestations effectuées en vue de délivrer :

- des attestations d'aptitude
- des certificats

réclamés par des clubs sportifs, des fédérations ou d'autres institutions privées ou publiques.

Cela est également valable lorsque les coûts liés à ces prestations sont entièrement à charge des administrations publiques, d'une institution publique ou d'une institution d'utilité publique.

Si les coûts liés à ces prestations ne sont que partiellement à charge des administrations publiques, d'une institution publique ou d'une institution d'utilité publique, l'assurance soins de santé rembourse la différence à concurrence des tarifs de l'assurance¹⁵³.

L'assurance soins de santé ne rembourse pas les prestations techniques de diagnostic effectuées en réponse à une initiative de l'employeur s'adressant à l'ensemble ou à une partie du personnel de son entreprise ou de l'un de ses services¹⁵⁴.

8. Pouvez-vous attester des prestations effectuées chez des assurés détenus en prison ?

Vous ne pouvez pas attester les prestations aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement de défense sociale. Cette interdiction n'est pas d'application pour la période pendant laquelle le bénéficiaire se trouve hors de la prison ou hors de l'établissement de défense sociale (par exemple, dans le cadre d'une surveillance électronique ou en cas de mesure de semi-liberté)¹⁵⁵.

9. Pouvez-vous attester des prestations effectuées dans le cadre de la recherche scientifique ou d'essais cliniques ?

Vous ne pouvez pas attester les prestations effectuées dans le cadre de la recherche scientifique ou dans le cadre d'essais cliniques de produits ou d'appareillages à la demande de firmes commerciales¹⁵⁶, sauf si celles-ci répondent aux recommandations cliniques généralement admises ou au consensus scientifique¹⁵⁷.

153. RSS, art. 2.

154. RSS, art. 3.

155. RSS, art. 5.

156. NPS, art. 1 § 9.

157. Loi ASSI, art. 34 al. 3.

10. Combien de temps devez-vous conserver les documents, rapports et tracés auxquels la nomenclature fait référence ?

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations (voir 4^e Partie, VII. 2.), la nomenclature prévoit que vous conserviez les rapports, documents, tracés et graphiques mentionnés dans les libellés de la nomenclature, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire au moins 2 ans¹⁵⁸.

11. Que devez-vous faire cas de prestations diagnostiques pour lesquelles aucune obligation de conservation de documents n'est prévue ?

Le dossier que vous tenez doit démontrer l'exécution des prestations diagnostiques¹⁵⁹ pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé.

12. Pouvez-vous demander une indemnisation pour un rendez-vous manqué ?

Si le rendez-vous n'a pas été décommandé en temps utile et si vous en avez averti vos patients, par exemple par un avis dans la salle d'attente, vous pouvez leur réclamer une indemnisation.

-  Vous ne pouvez cependant pas porter en compte à l'assurance soins de santé une attestation de soins donnés à cette occasion¹⁶⁰.

VI. Points d'attention concernant certaines prestations de la nomenclature du généraliste

1. Avis, consultation, visite, week-end, urgence (article 2)

a. Avis

-  Par **avis** (prestation 109012), il faut entendre la rédaction et la signature en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers.
-  Les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite.

158. NPS, art. 1 § 8.

159. NPS, art. 1 § 8.

160. Code de déontologie médicale, art. 13.



Lors du remplacement d'un médecin, si vous travaillez dans son cabinet, vous devez attester des consultations et non des visites pour les prestations que vous y effectuez.

b. Consultation



La **consultation** (examen du malade au cabinet) est la prestation pour laquelle le patient se déplace pour la recevoir.

Vous devez attester une consultation :

- dans votre propre cabinet
- dans un service de clinique ou polyclinique
- dans un cabinet médical fonctionnant au sein d'une entreprise et ouvert à d'autres personnes que les travailleurs de ladite entreprise, pour les soins donnés aux personnes étrangères à l'entreprise¹⁶¹.



! Vous ne pouvez pas demander de frais supplémentaires pour les documents établis à l'occasion d'une consultation ou d'une visite.



Lorsque la demande de visite a été faite entre 8 et 18 heures, vous devez attester cette prestation comme une visite de journée même si, pour des raisons qui vous sont propres, vous l'effectuez en dehors de ces heures.

c. Visite



Par **visite au domicile** du patient, il faut entendre la prestation que le patient demande à l'endroit où il réside habituellement, temporairement ou accidentellement - hormis le cas où il séjourne dans un établissement de soins dans lequel il s'est rendu pour y recevoir des soins.

Vous devez attester une visite :

- dans tout établissement dans lequel le bénéficiaire séjourne dans un but autre que celui de subir une observation ou un traitement médical (p. ex. home, garderie, internat, etc.)
- sur la voie publique en cas d'accident
- dans les entreprises, disposant ou non d'un service médical, pour les travailleurs qui y sont occupés¹⁶².

Le médecin généraliste et le pédiatre sont les seuls à pouvoir attester des visites.

Dans certaines régions rurales, vous pouvez attester des frais de déplacement.

d. Chez les patients hospitalisés

Si vous êtes agréé, vous pouvez attester une visite par semaine au patient hospitalisé (code 109723). Vous devez noter le rapport de la concertation avec le spécialiste dans votre dossier.

Plus d'informations sur les visites au patient hospitalisé : voir 4^e Partie, X. 1.

e. Communication de renseignements au médecin-conseil de la mutualité

Les consultations, visites et avis visent les relations entre le médecin et l'assuré. Lorsque vous communiquez des renseignements au médecin-conseil qui les a demandés, aucun remboursement de l'assurance soins de santé ne peut être accordé pour ce fait.

161. NPS, art. 2 règle interprétative n° 01.

162. NPS, art. 2 règle interprétative n° 01.

f. Notions d'“urgence” et de “week-end”

Pour les visites et consultations, les conditions d'urgence et/ou de week-end, de nuit et de jours fériés sont :

“... ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés ou quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites pendant les jours et heures susmentionnés ; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes à la suite d'une exigence particulière du patient”¹⁶³.

2. Prestations techniques urgentes, suppléments (article 26)

a. Quand pouvez-vous attester le supplément d'honoraires pour prestations techniques urgentes ?

Vous pouvez attester le supplément d'honoraires :

- la nuit, entre 21 heures et 8 heures
- le week-end, du samedi 8 heures au lundi 8 heures
- les jours fériés, à partir de 21 heures la veille jusqu'à 8 heures le jour suivant¹⁶⁴.

b. A quelles conditions pouvez-vous attester les suppléments d'honoraires ?

“Ces suppléments ne peuvent être portés en compte que quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles effectue des prestations techniques à ce moment ; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes à la suite d'une exigence particulière du patient”¹⁶⁵.

c. Comment devez-vous calculer le montant de ces suppléments d'honoraires ?

Vous devez calculer le montant des honoraires en fonction de la lettre-clé et du coefficient de la prestation. En cas de prestations multiples, vous devez calculer le supplément d'honoraires sur la base de la somme des nombres coefficients des prestations et ce pour chaque période de 24 heures (commençant à 8 heures du matin)¹⁶⁶.

Le calcul de la valeur de la lettre-clé se fait selon la formule suivante : $N = I \times 0.6 K$.

- !** Vous ne pouvez pas attester de supplément d'honoraires pour les accouchements et pour les prestations de biologie clinique¹⁶⁷.

163. NPS, art. 2 F.

164. NPS, art. 26 § 2.

165. NPS, art. 26 § 5.

166. NPS, art. 26 § 7.

167. NPS, art. 26 § 4.

d. Quels sont les jours fériés légaux ?

Les jours fériés sont¹⁶⁸ les :

- 1^{er} janvier
- lundi de Pâques
- 1^{er} mai
- jeudi de l'Ascension
- lundi de Pentecôte
- 21 juillet
- 15 août
- 1^{er} novembre
- 11 novembre
- 25 décembre.

3. Quels honoraires et suppléments demander lors d'un service de garde ?

Au cours du service de garde officiel, vous devez appliquer les tarifs de l'accord pour les honoraires, même si vous n'êtes pas conventionné (voir aussi 2^e Partie, IV. 5.). Des numéros spécifiques sont prévus pour les prestations effectuées après 19 heures en semaine, la nuit ainsi que les samedis, les dimanches et les jours fériés légaux.

Pour les suppléments, il faut distinguer :

- la consultation. Celle-ci s'accompagne d'un supplément d'urgence¹⁶⁹ (voir point VI. 1. f.):
 - le samedi, le dimanche ou le jour férié entre 8 et 21 heures
 - la nuit entre 21 et 8 heures
- les suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes effectuées au cours d'un service de garde (voir point VI. 2.).

4. Le tiers-payant est-il autorisé lors d'un service de garde ?

Lors d'un service de garde, le tiers-payant est autorisé, même si vous n'avez pas adhéré à l'accord¹⁷⁰. Néanmoins, vous devez respecter les honoraires de la nomenclature¹⁷¹.

168. NPS, art. 26 § 2.

169. NPS, art. 2.

170. A.R. du 18-09-2015, art. 9 al. 5.

171. Loi ASSI, art. 35 § 1 al. 5.

5. Une indemnité est-elle prévue pour la participation à un service de garde ?

a. Honoraires de disponibilité

 L'**honoraire de disponibilité**¹⁷² est le montant forfaitaire par heure prévu pour la participation à un service de garde organisé pour tous les week-ends (48 heures), les jours fériés (24 heures) et les nuits de semaine (de 19 heures à 8 heures).

Les honoraires de disponibilité ne concernent pas les services organisés en vue de garantir la continuité des soins pour ses propres patients.

Pour les CMG, l'indemnité pour la garde de semaine ou du week-end est comprise dans le salaire. Un repos compensatoire est obligatoire¹⁷³.

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : médecins > Interventions financières > Honoraires de disponibilité en médecine générale.

b. Supplément pour les services de garde en soirée

Pour le médecin de garde, un supplément d'honoraires est prévu pour les consultations qu'il effectue en semaine entre 19 heures et 21 heures (pseudocode 101091).

6. Qu'est-ce que le supplément de permanence ?

 Le **supplément de permanence** est un honoraire (pseudocode 101113) que vous pouvez compter pour les consultations effectuées entre 18 et 21 heures dans le cadre de votre propre pratique médicale si vous êtes inscrit dans un rôle de garde.

Le patient en est totalement remboursé s'il a un DMG et consulte un médecin qui a accès à son DMG.

Les périodes de permanence doivent être communiquées au cercle de médecins généralistes auquel vous appartenez.

 Les suppléments pour les services de garde et les suppléments de permanence ne sont pas cumulables.

7. Le généraliste comme dispensateur de biologie clinique (article 3)

Vous ne pouvez attester qu'un nombre restreint d'analyses de biologie si vous ne possédez pas un agrément supplémentaire (voir ci-après)¹⁷⁴.

172. A.R. du 25-11-2002.

173. A.M. du 17-07-2009, art. 4 § 2..

174. NPS, art. 3 § 1 A, II.



Les médecins généralistes avec code de compétence -001 ou -002 ont aussi droit aux 3 suppléments d'honoraires pendant la garde et la permanence.

**Exemples :**

- examen microscopique d'urine au moyen d'une chambre de comptage de Fuchs Rosenthal
- réalisation d'un frottis cervical et vaginal.

Ces prestations sont remboursées sans honoraires forfaitaires. Aucun ticket modérateur n'est dû pour ces prestations.

Pour les autres prestations de laboratoire, vous devez demander un agrément au SPF Santé publique¹⁷⁵. Le numéro d'agrément de laboratoire doit être mentionné sur l'attestation de soins donnés. L'agrément implique également la participation obligatoire au contrôle de la qualité.



Les analyses qualitatives et semi-quantitatives au moyen de bandelettes, comprimés, tablettes ou autres moyens semblables ne sont pas considérées comme des dosages et ne sont donc pas remboursables¹⁷⁶.



Si vous effectuez des prélèvements de sang, à la demande d'une polyclinique ne possédant pas de laboratoire, vous ne pouvez pas attester de consultation. En effet, le prélèvement sanguin n'est pas remboursé comme tel, les honoraires étant compris dans les honoraires pour l'analyse¹⁷⁷.

8. Aide opératoire en chirurgie (article 16)¹⁷⁸

Les honoraires pour l'aide opératoire au cours des prestations chirurgicales ou prestations interventionnelles sous contrôle d'imagerie médicale dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 120, N 200 ou I 200 s'élèvent à 10% de la valeur relative de la prestation effectuée. En cas de prestations chirurgicales multiples effectuées en une même séance, chez un même malade, la somme des honoraires prévus est égale à 10% de ce que le chirurgien peut attester. En cas de prestations interventionnelles de l'article 34, les honoraires pour l'aide opératoire sont calculés sur base du montant des honoraires prévus pour la prestation principale affectée du coefficient le plus élevé.

Ces honoraires sont applicables "quelle que soit la qualification" du médecin assistant à l'intervention.



Il n'y a pas d'honoraires pour aide en cas d'une prestation de diagnostic endoscopique ou en cas d'intervention non saignante.

9. Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) (article 25)

La NPS prévoit des prestations (590446, 590472, 590435) pour l'assistance par un médecin d'un service agréé de soins d'urgence en cas :

- d'intervention médicale extra-murale à la suite d'un appel via le système d'appel uniformisé (112)
- de transport urgent entre hôpitaux.

Seul le médecin porteur d'un brevet de médecine aiguë¹⁷⁹ peut attester ces prestations.

175. A.R. du 03-12-1999.

176. NPS, art. 24 § 8.

177. NPS, art. 24 § 7.

178. NPS, art. 16 § 5.

179. A.R. du 10-08-1998.



Le cumul avec la prestation 109734¹⁸⁰ ou avec une consultation ou une visite est interdit.

VII. Le tiers-payant

1. Qu'est-ce que le tiers-payant ?



Le **tiers-payant** est le mode de paiement par lequel le dispensateur de soins reçoit le montant de l'intervention remboursé par l'ASSI directement de la mutualité du patient¹⁸¹.

Le patient ne paie que les éventuels tickets modérateurs et suppléments.



Le **tiers-payant social** est le droit accordé à certaines catégories de patients de demander au dispensateur de soins l'usage du tiers-payant (voir point 3. 2^e bullet).

2. Pour quelles prestations le tiers-payant est-il obligatoire¹⁸² ?

Le tiers-payant **doit** s'appliquer pour :

- le prix de la journée d'entretien et les prestations de santé dispensées à des personnes hospitalisées
- la mammographie dans le cadre de certains dépistages du cancer du sein
- les prestations 102771 (dossier médical global) ou 102852 (suivi du patient diabétique de type 2) si le patient en fait la demande
- la consultation (et les éventuelles prestations techniques effectuées durant) des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) chez le médecin généraliste, conventionné ou non, ainsi que dans un service de garde de médecine générale.

3. Pour quelles prestations le tiers-payant est-il facultatif ?

Vous **pouvez** appliquer le tiers-payant pour des prestations dispensées dans les circonstances particulières suivantes au patient (et aux personnes à sa charge)¹⁸³ soit :

- qui se trouve dans :
 - un centre de soins de santé mentale
 - un centre de planning familial et d'éducation sexuelle
 - un centre d'accueil pour toxicomanes



Dans ces cas, vous ne devez pas envoyer vos ASD directement à la mutualité mais via le centre qui y joint la demande d'application du tiers-payant



Bien que non imposées par la loi, les médicaments délivrés dans les officines ouvertes au public le sont toujours selon les modalités du tiers-payant.

180. Honoraires pour assistance médicale prêtée à un patient par le médecin généraliste agréé, pendant son transfert urgent par ambulance vers un hôpital.

181. A.R. du 18-09-2015 à relier à la Loi ASSI, art. 53 al. 13.

182. A.R. du 18-09-2015, art. 9 al. 3.

183. A.R. du 18-09-2015, art. 9 al. 3.

- une institution spécialisée dans les soins dispensés aux enfants, personnes âgées ou handicapées

! Dans ce cas, vous ne pouvez demander le tiers-payant que pour les prestations non couvertes par un forfait. Vous ne devez pas envoyer vos ASD directement à la mutualité mais via le centre qui y joint la demande d'application du tiers-payant



Si vous êtes non conventionné vous pouvez aussi appliquer le tiers-payant social.

- qui peut bénéficier du tiers-payant social, c'est-à-dire :

- se trouve dans une situation occasionnelle de détresse financière

abc La **situation occasionnelle de détresse financière** représente les situations où le patient ne peut payer, ni comptant, ni de manière différée, par manque de moyens ou pour des motifs sociaux. Ce n'est pas le cas si le patient dispose de moyens suffisants mais est momentanément dépourvu d'argent.

! Le SECM est compétent pour contrôler l'application systématique et abusive de cette déclaration

- bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance (BIM). Vous pouvez être informé du statut « bénéficiaire de l'intervention majorée » de votre patient par :

- la consultation en ligne des données du patient via la lecture de sa carte d'identité (voir 4^e Partie, II.)

- la vignette de mutualité sur laquelle le dernier chiffre du premier code titulaire est un 1 (=XX1/XXX)

- une attestation spécifique délivrée par l'organisme assureur

- est dispensé, ainsi que les personnes à sa charge, de l'obligation de cotisation parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant du revenu d'intégration*

- est en chômage contrôlé depuis au moins six mois avec la qualité de chômeur complet et qui a la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isole*

- a le droit aux allocations familiales majorées*

- bénéficie du statut « malade chronique »*

- pendant un service de garde organisé¹⁸⁴

- qui a le statut de « patient palliatif à domicile »

- qui est dans un état comateux

- qui décède lors du traitement.



* Dans ces situations, vous êtes informés du statut du patient grâce :

- dans les trois premières, à une attestation
- dans la quatrième, un courrier que la mutualité a envoyé au patient.

4. Comment appliquer le tiers-payant ?

! Si vous appliquez le tiers-payant, vous devez vérifier l'identité de votre patient, sauf s'il existe une relation de confiance avec lui qui fait présumer que son identité est connue. Jusqu'à une date à déterminer, cela se fait sur présentation d'une pièce d'identité.

a. Pour la consultation des patients BIM

Pour la consultation (et les éventuelles prestations techniques effectuées durant) des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) chez vous, conventionné ou non, ainsi que dans un service de garde de médecine générale :

- si vous disposez d'un logiciel de gestion des dossiers médicaux à jour, vous devez utiliser My-Carenet et délivrer au patient un document justificatif généré automatiquement par le logiciel et reprenant¹⁸⁵ :
 - pour les prestations remboursables :
 - le montant éventuel (ticket modérateur par exemple) à payer, avec les suppléments
 - le montant facturé directement à la mutualité
 - pour chaque prestation non-remboursable : le montant à payer, avec un libellé.

Dans ce cas, le paiement par la mutualité se fait dans les deux semaines après la réception

- si votre logiciel n'est pas encore à jour, vous devez appliquer le tiers-payant au patient **qui le demande** en utilisant la voie « papier »
- si vous n'êtes pas informatisé, vous devez appliquer le tiers-payant par voie « papier ».

b. Pour les autres prestations

Dans ces cas, vous envoyez les ASD à la mutualité.

Pour les prestations effectuées chez un patient se trouvant dans une situation permettant l'application du tiers-payant, le paiement doit avoir lieu dans les trente jours de la réception des documents par la mutualité¹⁸⁶.



Plus d'informations :

- www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : médecins > Exercice du métier > Régime du tiers-payant pour médecins généralistes
- www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement : En savoir plus > Facilités financières > Tiers-payant social.

185. Loi ASSI, art. 53 § 1/2 .

186. A.R. du 18-09-2015, art. 4 § 1 al. 2.

5. Quand ne pouvez-vous pas appliquer le tiers-payant ?

En dehors des situations prévues aux points 2 et 3 ci-avant où le tiers-payant est obligatoire ou toujours autorisé, vous ne pouvez pas appliquer le tiers-payant pour les consultations et les visites au domicile, ni pour les frais de déplacement¹⁸⁷.

6. L'autorisation de pratiquer le tiers-payant peut-elle vous être retirée ?

Le Fonctionnaire-dirigeant du SECM peut vous imposer une **interdiction** de pratiquer le tiers-payant si vous¹⁸⁸ :

- faites l'objet d'une condamnation pénale définitive liée à des irrégularités au détriment de la loi ASSI
- faites l'objet d'une décision définitive de suspension du droit d'exercer l'Art médical d'au moins quinze jours, prononcée par le Conseil de l'Ordre en rapport avec une répartition illicite d'honoraires ou avec la surconsommation
- commettez des infractions à l'article 73bis de la loi ASSI (voir 1^{re} Partie, XII. 2. c.).

S'il existe des indices graves, précis et concordants de fraude dans votre chef, le Fonctionnaire-dirigeant du SECM peut **suspendre** le paiement par les mutualités des montants dus en tiers-payant, totalement ou partiellement, et pour une période maximale de 12 mois. Vous pouvez faire appel, mais il n'est pas suspensif¹⁸⁹.

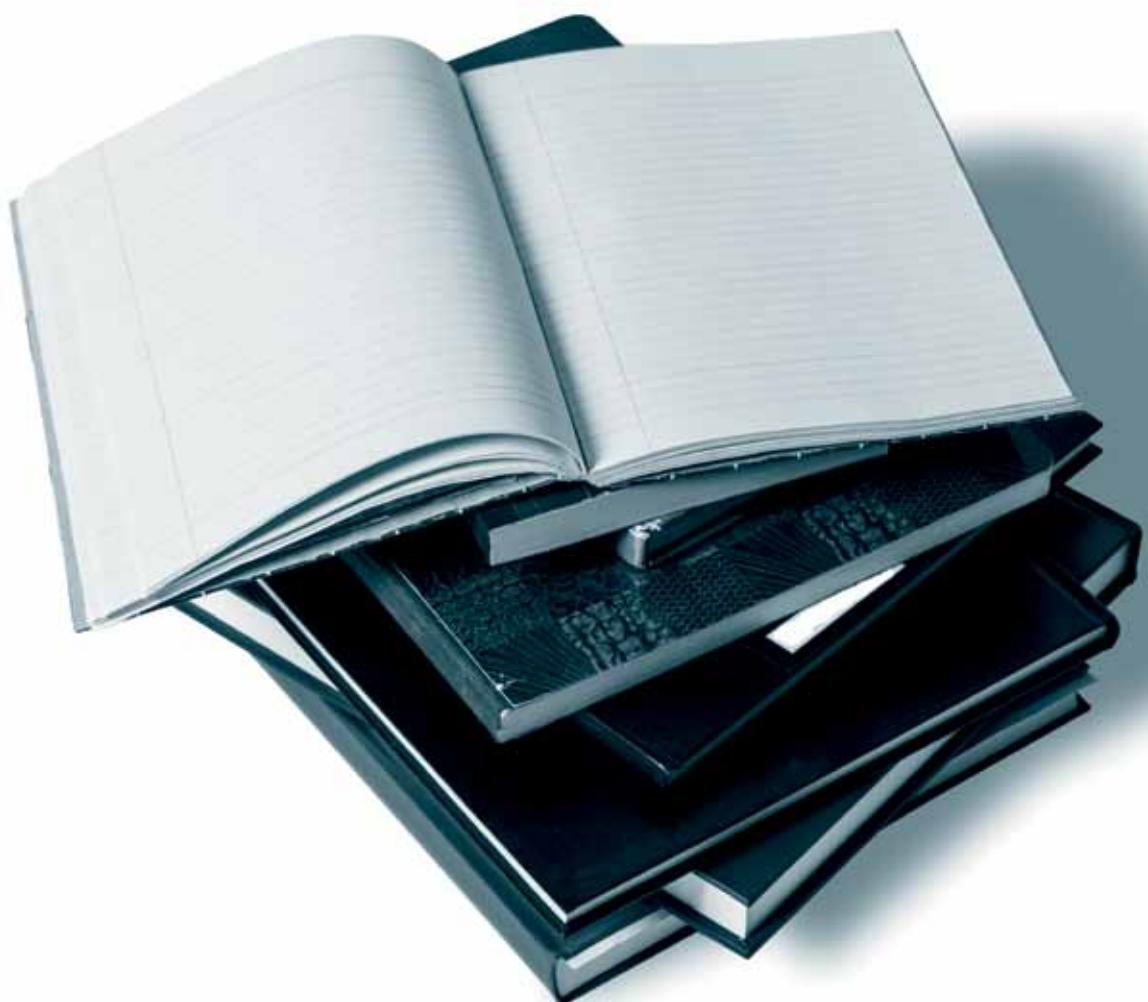
187. A.R. du 18-09-2015, art. 9 al. 2.

188. A.R. du 18-09-2015, art. 11.

189. Loi ASSI, art. 77sexies.

3^e Partie

La prescription





Dans cette partie, vous trouverez des informations pour vous aider à établir des prescriptions de soins paramédicaux (infirmier, kinésithérapeutique, logopédique), d'examens techniques (imagerie médicale, biologie clinique, anatomo-pathologie), de médicaments, etc.

I. Règles pour tous les types de prescription

1. Que pouvez-vous prescrire en fonction de votre qualification ?

La nomenclature fixe la qualification requise pour pouvoir prescrire.

Le code de compétence de votre numéro INAMI représente cette qualification (voir 1^{re} Partie, IV.).

2. Pour quelles prestations l'existence de la prescription est-elle une condition de remboursement¹⁹⁰ ?

L'existence d'une prescription constitue une condition de remboursement dans les domaines suivants :

- kinésithérapie (voir 3^e Partie, II.)
- pratique de l'Art infirmier (soins à domicile). Certaines prestations, comme les toilettes par les praticiens de l'Art infirmier sont exemptes de cette obligation (voir 3^e Partie, III.)
- imagerie médicale (voir 3^e Partie, IV.)
- biologie clinique (voir 3^e Partie, V.)
- médicaments (voir 3^e Partie, VI.)
- anatomo-pathologie (voir 3^e Partie, VII.)
- examens génétiques (voir 3^e Partie, VIII.)
- logopédie (voir 3^e Partie, IX.)
- prestations des bandagistes, orthopédistes, opticiens, audiciens, orthoptistes (voir 3^e Partie, X.)
- diététique et podologie (voir 3^e Partie, XI.)
- appareils à parler pour les personnes ayant subi une laryngectomie, prothèses externes en cas de mutilations faciales, prothèses capillaires, lunettes télescopiques, matériel destiné au traitement à domicile d'hémochromatoses sévères (voir 3^e Partie, XII.).

¹⁹⁰. RSS, art. 6 § 17.

3. Que devez-vous mentionner sur la prescription ?

a. Données administratives minimales

Les données minimales que vous devez mentionner sur la prescription figurent sur le modèle présenté ci-après, nommé dans la réglementation modèle "annexe 32"¹⁹¹. Le modèle en tant que tel n'est pas obligatoire pour autant que les données minimales soient communiquées.

- !** Les modèles pour la prescription de médicaments en ambulatoire, des prestations de diététique, de podologie¹⁹² et l'imagerie médicale¹⁹³ sont fixés par arrêté royal.

Dans la mesure du possible, vous devez vérifier l'exactitude des données administratives.

Annexe 32

FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE PRESCRIPTIONS

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE	
Adresse du titulaire:	
Compléter ou apposer la vignette O.A.	
Nom et prénom du titulaire:	
Organisme assureur:	
Numéro d'inscriptions:	
A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR	
Nom et prénom du patient:	
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)	
Date de naissance du patient (2):	
(1) Biffer les mentions inutiles (2) Uniquement en cas de lunettes pour enfants âgés de moins de 12 ans.	

Prestations et/ou fournitures	

ETABLISSEMENT HOSPITALIER (Si le patient est hospitalisé)

Nom de l'établissement:
.....
Numéro d'identification
Service:

PRESCRIPTEUR

Nom et prénom:
.....
Adresse:
.....
N° d'ident. I.N.A.M.I.:
Date:
Signature

191. RSS, annexe 32.

192. RSS, annexe 66.

193. RSS, annexe 82.

Une mention incomplète des données administratives minimales favorise les abus.

Les manquements souvent constatés sont les suivants :

- mention absente ou illisible du nom du patient. La prescription ayant un caractère individuel, l'absence ou l'illisibilité du nom du patient porte préjudice et peut ouvrir la porte aux abus
- absence de signature : cela facilite la falsification de la prescription
- absence de date : la date est essentielle, entre autres parce que la durée de validité de certaines prescriptions est limitée (par exemple pour les médicaments).

! Vous ne pouvez sous aucune condition accéder à la demande du patient ou de sa famille de prescrire à un autre nom que celui du patient.

! Rédiger une prescription après le début de la réalisation des soins est incorrect ("post-prescription").

b. Données spécifiques concernant le contenu et la motivation médicale

La **nomenclature** fixe, par secteur (kinésithérapie, soins infirmiers, imagerie médicale, biologie clinique, etc.), des conditions spécifiques supplémentaires concernant le **contenu** et la **motivation médicale** de la prescription. Les rubriques suivantes expliqueront ces points en détail.

4. Délivrance d'une prescription incomplète : quelles en sont les éventuelles conséquences administratives ?

Pour **celui qui exécute la prescription**, une prescription valable est souvent une condition de remboursement. Il lui est par conséquent conseillé de rendre toute prescription incomplète au prescripteur en vue de la corriger.

Pour **le prescripteur**, une amende de 50 à 500 EUR peut être appliquée lorsqu'il n'a pas rédigé correctement les documents administratifs ou médicaux¹⁹⁴.

5. Pouvez-vous mentionner le nom de l'exécutant sur la prescription¹⁹⁵ ?

La loi garantit le libre choix du dispensateur de soins. Vous ne pouvez donc pas mentionner ou faire référence à un dispensateur particulier.

194. Loi ASSI, art. 142 § 1 7°.

195. Loi ASSI, art. 127 et Loi "Droits du patient", art. 6.

II. La prescription de kinésithérapie¹⁹⁶

1. Une prescription est-elle nécessaire pour toutes les prestations de kinésithérapie ?

À l'exception du "rapport écrit" toutes les prestations de kinésithérapie ne sont remboursables que si elles ont été prescrites :

- par un médecin
- ou aussi, en cas de dysfonction temporo-mandibulaire, par un praticien de l'Art dentaire¹⁹⁷, sous forme d'un document¹⁹⁸ manuscrit ou informatisé.

2. Que devez-vous mentionner sur la prescription de kinésithérapie ?

Vous devez mentionner :

Au minimum :

1. les nom et prénom du patient
2. vos nom, prénom et numéro INAMI
3. la date de la prescription
4. votre signature (pas de façon électronique)
5. le nombre maximum de séances (limité et dépendant de la pathologie)
6. le diagnostic et/ou les éléments de diagnostic de l'affection à traiter
7. la localisation anatomique des lésions lorsque le diagnostic ne la précise pas.

Éventuellement :

8. le numéro de nomenclature, avec la valeur relative, et la date de l'intervention chirurgicale pour les pathologies aiguës reprises dans le § 14 5° A. a) 1) 2) et 3) (remboursement plus important)
9. la motivation d'une 2^e séance par jour
10. la nature et la fréquence du traitement si vous le souhaitez expressément
11. la prescription d'un examen kinésithérapeutique à titre consultatif
12. la demande d'un rapport
13. la date du début du traitement, en cas de différence avec la date de la prescription.

196. NPS, art. 7.

197. NPS, art. 7 § 3 et loi professions de santé, art. 43 § 6.

198. NPS, art. 7 § 3.



Le kinésithérapeute a toujours la possibilité d'effectuer moins de prestations que le nombre prescrit s'il estime que la poursuite du traitement est superflue ou inutile.

3. Quel est l'apport du kinésithérapeute dans le choix du traitement ?

Le kinésithérapeute détermine, sous sa responsabilité, la **conception** et la **fréquence** du traitement ainsi que la **nécessité** éventuelle de **l'effectuer** totalement ou partiellement **au domicile** du patient, sauf si vous précisez celle(s)-ci.

En cas de désaccord, le kinésithérapeute prendra contact avec vous en vue d'éventuelles modifications. Vous devez mentionner ces modifications ainsi que votre accord dans le dossier du patient. **Sans votre autorisation, le kinésithérapeute doit exécuter la prescription sans modifications.**

4. Quelles techniques sont remboursables ?

La nomenclature définit les techniques remboursables :

“La séance individuelle de kinésithérapie doit comprendre un ou plusieurs actes qui ressortissent à la compétence des kinésithérapeutes et exige, si la situation du bénéficiaire le permet, une participation active du patient sous la forme d'une thérapie active d'exercices, y compris les instructions et conseils en vue d'une prévention secondaire. Une participation active n'est pas exigée de la part des enfants pour lesquels une participation active et consciente n'est pas encore possible ou de la part de patients qui sont totalement dépendants.”¹⁹⁹

La nomenclature impose par ailleurs certaines limitations :

- **aucun remboursement** pour :

- certaines techniques et thérapies qui ne peuvent pas être considérées comme des techniques de mobilisation ou des thérapies physiques. Il s'agit de :
 - la gymnastique oculaire ou orthoptique
 - la magnothérapie
 - la sonothérapie (à distinguer de l'ultrasonothérapie qui n'est pas visée ici)
 - la réflexologie plantaire
 - l'auriculothérapie
 - l'hippothérapie
 - les applications de chaud et/ou de froid exécutées seules
 - les prestations d'acupuncture
 - les tractions vertébrales par table mécanique, à moteur électrique ou par suspension
 - l'endermologie²⁰⁰
- les prestations à caractère purement esthétique
- les prestations d'hygiène individuelle (par exemple la gymnastique d'entretien, le fitness, les séances de sauna et de bronzage)
- les prestations d'accompagnement ou de préparation de toute activité sportive (par exemple le stretching)

199. NPS, art. 7 § 9bis.

200. NPS, art. 7 règle interprétative n° 8.

- un **remboursement sous conditions** pour certaines prestations qui ne peuvent être remboursées que si elles ne sont pas appliquées exclusivement :
 - les techniques physiques dans le cadre de l'électrothérapie
 - la thérapie par ultrasons
 - la thérapie laser et les diverses techniques d'application de chaleur
 - les massages.



Les massages peuvent toutefois être remboursés, même lorsqu'ils sont appliqués exclusivement :

- en cas de lymphœdème acquis ou congénital
- lorsque l'état de santé du patient ne permet pas une participation active.

5. Comment la nomenclature relative à la kinésithérapie répartit-elle les différentes situations pathologiques ?

La NPS répartit les différentes situations et pathologies en huit groupes auxquels s'appliquent différentes modalités de prescription et d'exécution.

a. Groupe 1 : Les pathologies courantes

Ce groupe concerne les prestations effectuées lors d'affections et situations autres que celles prévues dans les groupes 2 à 8.

b. Groupe 2 : Les pathologies lourdes de la liste E

Ce groupe énumère une liste de pathologies lourdes (liste E).

Toutes les prestations effectuées chez les patients qui présentent ces pathologies doivent être attestées selon la nomenclature de ce groupe, à l'exception des prestations effectuées :

- dans le cadre de la grossesse (groupe 4)
- chez le patient palliatif à domicile (groupe 7)
- en hospitalisation de jour (groupe 8).

Une 2^e séance le même jour est autorisée si une justification est mentionnée dans le dossier médical du patient.

Un ticket modérateur réduit est appliqué dans ce cas²⁰¹.

 La liste de pathologies lourdes est disponible sur : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé > Kinésithérapeutes > Kinésithérapie et prestations pour pathologies lourdes (liste E) : demander une réduction de la part payée par votre patient > pathologies lourdes reprises sur la liste E.

201. A.R. du 23-03-1982, art. 7 § 3°.

c. Groupe 3 : Les affections autorisant une 2^e séance le même jour

En dehors des situations prévues dans le groupe 2, ce groupe reprend les pathologies pour lesquelles une 2^e séance est autorisée pour :

- les patients hospitalisés ou l'ayant été
- et pour lesquels une des prestations suivantes de la NPS a été attestée :
 - prestations de l'article 13 § 1 (réanimation) : 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045
 - prestations de l'article 14 K (orthopédie) : les prestations de valeur égale ou supérieure à N 500, à l'exception des prestations 289015 - 289026, 289030 - 289041, 289052 - 289063 et 289074 - 289085.

Dans ces cas, une 2^e prestation journalière peut être attestée au maximum 14 fois pendant les 30 jours qui suivent le jour où une des prestations mentionnées ci-dessus a été attestée.

d. Groupe 4 : Grossesse et post-partum

Ce groupe concerne les prestations effectuées dans le cadre de la préparation à l'accouchement et dans le cadre de la rééducation post-natale.

e. Groupe 5 : Les pathologies dites aiguës de la liste F (pathologies A)

Ce groupe concerne les prestations dispensées aux personnes **non hospitalisées** présentant des pathologies mentionnées dans la liste F, pathologie A.

f. Groupe 6 : Les pathologies dites chroniques de la liste F (pathologies B)

Ce groupe concerne les prestations dispensées aux personnes **non hospitalisées** présentant des pathologies chroniques mentionnées dans la liste F, pathologie B.

 La liste F (pathologies A et B) est disponible sur : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé > Kinésithérapeutes > Remboursement de la kinésithérapie pour les pathologies des listes Fa et Fb > la liste Fa (F aigüe) ou > la liste Fb (F chronique).

g. Groupe 7 : Soins palliatifs à domicile

Toutes les prestations effectuées chez un patient palliatif à domicile relèvent de cette catégorie. Le patient est considéré comme patient palliatif à domicile s'il bénéficie de l'intervention forfaitaire qui lui est spécifiquement destinée²⁰².

Une deuxième séance peut être attestée le même jour pour le patient palliatif atteint en outre d'une des pathologies mentionnées au groupe 2. La motivation de cette deuxième séance doit se trouver dans le dossier.

Il n'y a pas de ticket modérateur pour les soins palliatifs à domicile²⁰³.

202. A.R. du 02-12-1999, 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, art. 2.

203. A.R. du 23-03-1982, art. 7 octies al. 1 3°.

h. Groupe 8 : Soins en hôpital de jour

Ce groupe ne comprend pas de pathologie mais une seule prestation. Celle-ci peut être réalisée et attestée pour chaque patient admis en hôpital de jour. La durée moyenne des prestations, calculée sur l'ensemble des prestations journalières réalisées, doit être de 15 minutes.

6. Combien de séances pouvez-vous prescrire par prescription ?

Il n'y a pas de limitation du nombre de séances par prescription.

7. Quand doit débuter le traitement de kinésithérapie²⁰⁴ ?

Si vous prescrivez un traitement dont la date de début diffère de la date de la prescription, il doit débuter dans les 2 mois à partir de la date de la prescription. Si ce délai est dépassé la mutualité ne pourra pas rembourser le montant des prestations.

8. Par situation pathologique, combien de séances de longue durée sont-elles remboursables au taux de remboursement le plus élevé ?

Par situation pathologique, le nombre total de séances de longue durée (20 ou 30 minutes) remboursables au taux de remboursement le plus élevé est limité et dépend du groupe auquel appartient l'affection (voir tableau ci-après).

! Lorsque le nombre maximum de séances est atteint, le kinésithérapeute doit attester une prestation avec un autre code impliquant un remboursement inférieur (ticket modérateur plus élevé). Il n'y a pas de limitation du nombre de séances remboursables de ce type.

Pour le traitement des affections de la liste F-b, il est prévu une prestation avec un remboursement intermédiaire de la 61^e à la 80^e séance dans la même année calendrier (remboursement moindre que pour les 60 premières prestations, mais plus important qu'après la 80^e séance).

! Les prestations de drainage lymphatique manuel en cas de pathologie chroniques de la liste F-b sont considérées comme des prestations de longue durée.

Tableau 1 : Nombre de séances de longue durée remboursables au taux de remboursement le plus élevé

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6	Groupe 7
Autres que groupes 2 à 7****	Pathologie E	2 ^e séance le même jour	Grossesse	Pathologie aiguë de la liste Fa	Pathologie de la liste Fb	Patient palliatif à domicile
18 par année civile	Max. 2 par jour, durée illimitée	Max. 14 fois une 2 ^e séance le même jour dans les 30 jours qui suivent l'intervention chirurgicale	9 par grossesse*	60** au cours de la période de un an à partir de la date de la 1 ^{re} séance	60*** par année civile Une prolongation par année civile est possible	1 par jour, durée illimitée

* Séances pendant l'hospitalisation non comprises.
** 120 séances en cas de polytraumatisme.
*** Incluant les prestations de drainage lymphatique manuel.
**** Le groupe 8 n'est pas concerné par ces dispositions.

9. Combien de séances de drainage lymphatique manuel sont-elles remboursables ?

En cas de :

- **pathologie lourde (groupe 2) :** 120 séances, peu importe la durée de la séance
- **pathologie chronique (groupe 6) :** 60 séances pour une seule et même situation pathologique sont remboursables par année civile au tarif le plus avantageux.

Lorsque ce nombre de séances est atteint, le kinésithérapeute doit attester une autre prestation avec remboursement inférieur.

10. Comment prescrire en cas de nouvelle situation pathologique ?



Une **nouvelle situation pathologique**, est une situation qui :

- est apparue après la mise en route du traitement de kinésithérapie, au cours de :
 - la même année civile pour les groupes 1 et 6
 - la première année après le début du traitement pour le groupe 5
- et qui est indépendante de la situation pathologique initiale.

En cas de **nouvelle** situation pathologique, l'autorisation du médecin-conseil est toujours nécessaire pour mettre en route un traitement de kinésithérapie avec remboursement au taux le plus élevé.

La demande au médecin-conseil de la mutualité doit être faite par le kinésithérapeute qui doit joindre un rapport rédigé par le médecin-traitant (ou par lui-même) décrivant les situations pathologiques successives et mentionnant leurs dates d'apparition.



Cela implique qu'en cas de **récidive** d'une même situation pathologique au cours de :

- la même année civile pour les pathologies des groupes 1 et 6
- la première année après le début du traitement pour les pathologies du groupe 5

aucune séance supplémentaire avec remboursement au taux le plus élevé ne peut être obtenue.

Le tableau suivant présente le nombre de séances de longue durée remboursables avec le taux de remboursement le plus élevé en fonction des nouvelles situations pathologiques.

Tableau 2 : nombre de séances de longue durée remboursables avec le taux de remboursement le plus élevé en fonction des nouvelles situations pathologiques

Première situation pathologique	Nombre de séances de longue durée remboursables avec le taux de remboursement le plus élevé en fonction des nouvelles situations pathologiques
Groupe 1	Autres que les groupes 2 à 6
	Max. 18 par pathologie nouvelle et max. 2 nouvelles situations pathologiques par année civile (= maximum 36). Le solde éventuel des situations pathologiques précédentes peut être épuisé.
Groupe 2	Pathologie E
Groupe 5	Liste F : pathologie aiguë <p>Prestations supplémentaires, soit (= pas de cumul)</p> <p>a) Pathologie groupe 1 : max. 18 séances par nouvelle situation pathologique avec un maximum de 36 pour le reste de l'année civile.</p> <p>b) Pathologie groupe 5 : 60 séances (ou 120 en cas de polytraumatisme) un an après le début du traitement de la nouvelle pathologie. La période pour la pathologie originelle est annulée.</p> <p>c) Pathologie groupe 6 : 60 séances (au tarif le plus avantageux) + 20 séances au tarif intermédiaire pour la période restante de l'année civile. Durant les 2 années civiles suivantes, une seule série de 60 + 20 séances peut être attestée pour une nouvelle situation pathologique.</p>
Groupe 6	Liste F : pathologie chronique <p>Soit (= pas de cumul) :</p> <p>a) Pathologie groupe 1 : max. 18 séances par nouvelle situation pathologique avec un maximum de 36 pour le reste de l'année civile.</p> <p>b) Pathologie groupe 5 : 60 séances (ou 120 en cas de polytraumatisme) un an après le début du traitement de la nouvelle pathologie.</p> <p>c) Pathologie groupe 6 : 60 séances (au tarif le plus avantageux) + 20 séances au tarif intermédiaire pour la période restante de l'année civile. Durant l'année civile suivante, une seule série de 60 + 20 séances peut être attestée pour les situations pathologiques présentes l'année précédente.</p>

11. Le kinésithérapeute doit-il établir un rapport ?

Pour les affections des groupes 2, 5 et 6, le kinésithérapeute a l'obligation de rédiger un rapport une fois par année civile ou à la fin de chaque situation pathologique.

Pour les pathologies des autres groupes, le kinésithérapeute peut rédiger le rapport d'initiative ou à votre demande. Dans ce cas cette prestation n'est ni remboursée par l'assurance soins de santé ni facturable au patient.

12. Que doit mentionner le rapport du kinésithérapeute ?

Le rapport de kinésithérapie obligatoire et remboursable doit mentionner les éléments suivants :

1. une description de l'affection
2. une synthèse de l'examen de kinésithérapie et du traitement effectué
3. une description de l'évolution clinique
4. éventuellement, une brève référence aux conseils donnés en matière de prévention secondaire
5. le programme recommandé à suivre à domicile.

Le kinésithérapeute détermine la forme et le contenu du rapport non obligatoire.

13. Pouvez-vous vous faire aider par le kinésithérapeute pour rédiger une prescription ?

L'examen de kinésithérapie à titre consultatif vous permet d'obtenir, au préalable, de la part du kinésithérapeute, une proposition de traitement éventuel. Vous devez alors vous référer à cet examen dans la prescription.

Vous pouvez demander cet examen uniquement si le traitement a lieu au domicile du patient ou au cabinet du kinésithérapeute. Vous ne pouvez le demander qu'une seule fois par situation pathologique.

III. La prescription de soins infirmiers à domicile²⁰⁵

1. Pour quels soins infirmiers une prescription est-elle nécessaire ?

Une prescription d'un médecin est requise lorsque les prestations sont effectuées dans le cadre de soins infirmiers à domicile attestées via l'article 8 de la nomenclature²⁰⁶, sauf pour :

- la toilette
- la visite d'un infirmier relais pour des soins de plaie(s) spécifique(s)
- la surveillance d'une plaie avec un pansement bioactif durant la période pour laquelle un soin de plaie a été prescrit
- les forfaits A, B, C.

2. Pour quels soins infirmiers une prescription n'est-elle pas nécessaire ?

Un praticien de l'Art infirmier peut effectuer sans prescription les actes de la liste B1 des prestations techniques²⁰⁷ (voir point 7.).

3. Quels éléments devez-vous mentionner sur la prescription de soins infirmiers ?

Vous devez mentionner **sur toutes** les prescriptions :

1. le nom et le prénom du patient
2. vos nom et numéro INAMI
3. la nature des soins à dispenser
4. leur nombre
5. la fréquence à laquelle ils doivent être dispensés
6. les données requises pour pouvoir identifier les soins attestés (la seule mention du numéro de nomenclature ne suffit donc pas)
7. si les soins doivent s'étendre sur plus d'une séance.

Pour **l'administration de médicament(s) et de solution(s) médicamenteuse(s)**, vous devez également mentionner sur la prescription la nature et la dose du (des) produit(s) à administrer.

Pour **l'alimentation entérale et parentérale ou l'administration de perfusion(s)**, vous devez également mentionner sur la prescription le débit et la quantité par périodes de 24 heures.

205. NPS, art. 8.

206. NPS, art. 8 § 2.

207. A.R. du 18-06-1990, annexe I.

Pour les perfusions, l'alimentation parentérale et l'analgésie chronique via cathéter épidural, vous devez rédiger un rapport médical circonstancié qui sera envoyé au médecin-conseil de la mutualité avec la prescription.

Pour les **soins de plaie(s)**, vous devez également mentionner sur la prescription :

1. une description de la (des) plaie(s), afin de pouvoir déterminer s'il s'agit de soins de plaie(s) ordinaires, complexe(s) ou spécifique(s)¹⁸⁸
2. la fréquence maximale des soins
3. la posologie des médicaments à appliquer
4. la période au cours de laquelle la (les) plaie(s) doi(ven)t être soignée(s).

4. Remboursement par prestation ou remboursement forfaitaire ?

L'attestation par le praticien de l'Art infirmier peut se faire via **un remboursement** :

- **par prestation.** Il s'applique dans la plupart des cas
 - **forfaitaire.** Il s'applique pour **les patients** :
 - **lourdement dépendants** : la valeur du forfait (A, B, C) dépend de la gravité de l'état de dépendance physique et du fait qu'il s'agit ou non d'un patient palliatif.
L'état de dépendance physique du patient est déterminé à l'aide d'une échelle d'évaluation²⁰⁹. Le praticien de l'Art infirmier remplit l'échelle d'évaluation et soumet le résultat pour approbation au médecin-conseil. Dans certaines circonstances, lors de la détermination de la nature du forfait et de l'état palliatif, vous pouvez être sollicité pour l'évaluation du résultat obtenu
-  Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé > Infirmiers> Soins par l'infirmier> Echelle d'évaluation(Katz)> L'échelle d'évaluation ou> Directives pour l'utilisation de l'échelle d'évaluation.
- **diabétiques** : les honoraires forfaitaires sont appliqués entre autres pour l'établissement du dossier infirmier spécifique au patient diabétique en collaboration avec vous, pour l'éducation aux soins autonomes et la compréhension de la pathologie.

5. Tous les soins infirmiers sont-ils remboursés par le biais de la nomenclature ?

Seuls les soins dispensés :

- au domicile du patient
 - au cabinet du praticien de l'Art infirmier
 - dans un centre de jour pour personnes âgées
- sont remboursés en utilisant les prestations de la NPS.

Les soins infirmiers dispensés entre autres :

- à des personnes hospitalisées
 - à des patients dans des :
 - établissements de repos et de soins
 - établissements de soins psychiatriques
 - centres de jour (autres que pour les personnes âgées)
 - maisons de repos pour personnes âgées
- sont remboursés sur une base forfaitaire.

208. NPS, art. 8 § 8.

209. NPS, art. 8 § 5.

6. Les soins infirmiers dispensés lors d'une prestation avec un médecin sont-ils remboursables ?

Ces soins font partie intégrante de la consultation, de la visite ou de la prestation technique.

7. Quels actes peuvent être confiés à un praticien de l'Art infirmier ?

Ces actes sont énumérés dans les listes²¹⁰:

- B1 = prestations ne requérant pas de prescription médicale
- B2 = prestations requérant une prescription médicale
- C = actes médicaux qu'un médecin peut déléguer aux praticiens de l'Art infirmier en présence du médecin²¹¹.

Tableau 3 : Prestations infirmier(e)s

B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
1. Traitements	
Système respiratoire	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Aspiration et drainage des voies aériennes ○ Soins infirmiers et surveillance auprès des patients ayant une voie respiratoire artificielle ○ Manipulation et surveillance d'appareils de respiration contrôlée ○ Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens non-invasifs ○ Administration d'oxygène 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manipulation et surveillance d'un système de drainage thoracique ○ Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens invasifs
Système circulatoire	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place d'un cathéter intraveineux dans une veine périphérique, prélèvement de sang et perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique, éventuellement avec l'usage d'un régulateur de débit ○ Mise en place d'une perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique via un système porte sous cutané connecté à une veine, prélèvement de sang et utilisation d'un régulateur de débit 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enlèvement d'un cathéter artériel ou veineux profond ○ Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses ○ Préparation, administration et surveillance de perfusions et de transfusions intraveineuses éventuellement moyennant l'emploi d'appareils particuliers ○ Surveillance et manipulation d'appareils de circulation extracorporelle et de contre-pulsion ○ Prélèvement et traitement de sang transfusionnel et de ses dérivés ○ La saignée

210. A.R. du 18-06-1990, annexe I, fixée en application de la Loi professions de santé, art. 46 § 3.

211. A.R. du 18-06-1990, annexe II, en exécution de la Loi Professions de santé, art. 46 § 3.

Tableau 3 : Prestations infirmier(e)s - suite

B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
1. Traitements	
Système digestif	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enlèvement manuel de fécalome 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, réalisation et surveillance d'un : <ul style="list-style-type: none"> ○ lavage gastrique ○ lavage intestinal ○ lavement ○ tubage et drainage gastro-intestinal ○ Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde de gastrostomie à ballonnet
Système urogénital et obstétrique	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Irrigation vaginale ○ Soins vulvaires aseptiques 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, administration et surveillance : <ul style="list-style-type: none"> ○ d'un sondage vésical ○ d'une instillation urétrale ○ d'un drainage de l'appareil urinaire ○ Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet
Peau et organes des sens	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, réalisation et surveillance de : <ul style="list-style-type: none"> ○ soins de plaies cutanées ○ soins aux stomies, plaies avec mèches et drains ○ enlèvement de corps étrangers non incrustés dans les yeux 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, réalisation et surveillance : <ul style="list-style-type: none"> ○ pour l'enlèvement de matériels de suture ○ pour l'enlèvement de mèches, de drains et de cathétérés cutanés ○ du lavage du nez, des oreilles et des yeux ○ de thérapies utilisant la chaleur et le froid ○ de bains thérapeutiques ○ enlèvement d'un cathéter épидural ○ Application thérapeutique d'une source de lumière ○ Application de ventouses, sangsues et larves
Métabolisme	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation, réalisation et surveillance d'une : <ul style="list-style-type: none"> ○ hémodialyse ○ hémo-perfusion ○ plasmaphérèse ○ dialyse péritonéale ○ Maintien du bilan hydrique

Tableau 3 : Prestations infirmier(e)s - suite

B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
1. Traitements	
Administration de médicaments	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation et administration de médicaments par les voies suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ○ orale (y compris par inhalation) ○ rectale ○ vaginale ○ sous-cutanée ○ intramusculaire ○ intraveineuse ○ respiratoire ○ par hypodermoclyse ○ par cathéter gastro-intestinal ○ par drains ○ application de collyre ○ gouttes auriculaires ○ percutanée ○ Préparation et administration d'une dose d'entretien médicamenteuse par le biais d'un cathéter épidual, intrathécal, intraventriculaire, dans le plexus, placé par le médecin, dans le but de réaliser une analgésie chez le patient ○ Préparation et administration d'un vaccin
Techniques particulières	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Soins infirmiers aux prématurés avec utilisation d'un incubateur ○ Surveillance de la préparation du matériel à stériliser et de la procédure de stérilisation ○ Manipulation des produits radioactifs 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enlèvement de bandes plâtrées ○ Drainage de liquide cérébral via une dérivation ventriculaire sous contrôle permanent de la pression intracrânienne ○ Application de traitement d'immobilisation de toutes blessures, après manipulation éventuelle par un médecin, ainsi que la mise en place de bandes plâtrées ou de dérivés et l'utilisation d'autres techniques d'immobilisation
2. Alimentation et hydratation	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Alimentation et hydratation entérales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alimentation parentérale
3. Mobilisations	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Installation et surveillance d'un patient dans une position fonctionnelle avec support technique 	
4. Hygiène	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Soins d'hygiène spécifiques préparatoires à un examen ou à un traitement ○ Soins d'hygiène chez les patients souffrant de dysfonction de l'A.V.Q. 	

Tableau 3 : Prestations infirmier(e)s - suite

B1 Prestations sans prescription	B2 Prestations avec prescription
1. Traitements	
Administration de médicaments	
5. Sécurité physique	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Transport des patients, nécessitant une surveillance constante ○ Mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance ○ Mesures de prévention des infections ○ Mesures de prévention d'escarres 	
6. Activités de soins infirmiers liées à l'établissement du diagnostic et du traitement	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques ○ Mesure de la glycémie par prise de sang capillaire 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Préparation et assistance* lors d'interventions invasives de diagnostic ○ Manipulation d'appareils d'investigation et de traitement des divers systèmes fonctionnels ○ Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ○ Prélèvement de sang : <ul style="list-style-type: none"> ○ par ponction veineuse ou capillaire ○ par cathéter artériel en place ○ Administration et interprétation de tests intradermiques et cutanés
7. Assistance* lors de prestations médicales	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie ○ Préparation du patient à l'anesthésie et à une intervention chirurgicale 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participation à l'assistance et à la surveillance du patient durant l'anesthésie ○ Préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ou médicale
8. Prestations réservées aux prestataires infirmiers spécialisés en soins intensifs et d'urgences	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Réanimation cardio-respiratoire avec utilisation de techniques invasives ○ Surveillance des paramètres des systèmes cardiovasculaire, respiratoire et neurologique ○ Utilisation de matériel de surveillance des systèmes cardiovasculaire, respiratoire et neurologique ○ Accueil, évaluation, triage et orientation des patients 	

* Le terme "assistance" utilisé dans la liste ci-dessus implique que le médecin et l'infirmier réalisent conjointement les actes chez un patient et qu'il existe entre eux un contact visuel et verbal direct²¹².

La liste C ci-après énumère les actes médicaux que vous pouvez confier au personnel infirmier. Vous devez toujours prescrire ces actes qui doivent être exécutés sous des conditions bien déterminées, parfois en hospitalisation²¹³.

1. Préparation et administration d'isotopes et de traitement de chimiothérapie.
2. Préparation et administration de thérapie au moyen de matériel radioactif ou d'appareil d'irradiation.
3. Surveillance des paramètres relevant des différentes fonctions biologiques.
4. Manipulation d'appareils d'imagerie médicale.
5. Analyses, relevant du domaine de la biologie clinique, de liquides corporels, excréptions, urines et sang complet, au moyen de techniques simples à proximité du patient, sous la responsabilité d'un laboratoire de biologie clinique agréé à l'exception de la glycémie par prise de sang capillaire.
6. Remplacement d'une canule trachéale.
7. Débridement des plaies de décubitus.
8. Préparation, assistance, instrumentation et soins postopératoires lors d'une césarienne.
9. L'exécution de toutes les prestations de la liste B1 et B2 et les actes médicaux délégués pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum dans la mesure où ils portent sur les pathologies ou les anomalies résultant ou non de la grossesse et dans le cadre de la collaboration pluridisciplinaire au sein des services spécialisés dans la pathologie concernée.
10. Prélèvement sanguin par ponction artérielle.
11. Mise en place d'un cathéter intra-osseux (uniquement si spécialisé en soins intensifs et d'urgence).

Certaines prestations peuvent être effectuées par une personne, sans formation professionnelle, de l'entourage du patient, après une formation délivrée par un médecin ou un infirmier. Ceux-ci délivre un document indiquant quelle(s) prestation(s) la personne peut effectuer et pendant combien de temps²¹⁴.

8. En quoi consiste le travail d'un aide-soignant ?

Il aide les infirmiers et travaille sous leur responsabilité. Les infirmiers peuvent lui déléguer certaines tâches²¹⁵ y compris à domicile²¹⁶.

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Aides-soignants.

213. A.R. du 18-06-1990, art. 5 en application de la Loi professions de santé, art. 23 § 1 al. 2 et 3 et art. 46 § 3 II.

214. Loi professions de santé, art. 124 1^o al. 4.

215. A.R. du 12-01-2006.

216. NPS, art. 8 § 12.

IV. La prescription d'imagerie médicale (radiologie, échographie, scanner, IRM, scintigraphie)

1. Qui peut rédiger une prescription d'imagerie médicale²¹⁷?

Un médecin spécialiste en radiodiagnostic peut porter en compte les prestations qu'il a effectuées si elles ont été prescrites par un **dispensateur ayant le patient en traitement**, c'est-à-dire, soit par un :

- médecin à l'exclusion du radiologue
- dentiste, dans le cadre des soins dentaires.

2. Quels éléments devez-vous mentionner sur la prescription d'imagerie médicale²¹⁸ ?

La demande (une par problème clinique) doit contenir les éléments suivants, la forme étant laissée libre :

- l'identification du patient :
 - ses nom et prénom
 - sa date de naissance
 - son sexe
- les informations cliniques pertinentes
- l'explication de la demande de diagnostic
- les informations supplémentaires pertinentes : allergie(s), diabète, insuffisance rénale, grossesse, implants, autres
- l'(es) examen(s) proposé(s)
- l'(es) examen(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic : CT, RMN, Rx, échographie, autres, inconnu
- votre cachet avec vos nom, prénom, adresse et numéro INAMI
- la date de la prescription
- votre signature

217. NPS, art. 17 § 12.

218. NPS, art. 17 § 12.

3. Quel est l'apport du radiologue dans la détermination des examens à effectuer ?

Le radiologue peut remplacer l'examen proposé par le prescripteur par un examen plus approprié pour pouvoir répondre à la demande de diagnostic, vu le contexte clinique et les examens précédents.

Le radiologue doit expliquer la substitution dans le protocole de l'examen effectué²¹⁹.

4. Quelle prestation ne requiert pas de prescription ?

Seule la mammographie (prestation 450192-450203) réalisée dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez les femmes en post-ménopause (50 à 69 ans) dans un centre reconnu par les communautés ne requiert pas de prescription. La convocation est considérée comme une prescription dans ce cas. Aucun ticket modérateur n'est réclamé²²⁰.

V. La prescription de biologie clinique

Les prestations de biologie clinique sont décrites aux articles suivants de la nomenclature des prestations de soins (NPS) :

- art. 3 § 1 C, art. 18 § 2 B e) et art. 24 pour les prestations que vous pouvez prescrire
- art. 3 § 1 A pour les prestations attestables par le médecin généraliste que vous pouvez attester.

1. Qui peut prescrire les analyses de biologie clinique ?

Les analyses de biologie clinique peuvent être attestées si elles ont été prescrites **par le dispensateur de soins ayant le patient en traitement**, soit :

- un médecin
- un dentiste dans le cadre des soins dentaires
- une accoucheuse dans le cadre des soins obstétricaux de sa compétence²²¹.

Pour les analyses de biologie clinique effectuées par le médecin généraliste lui-même : voir 2^e Partie, VII. 2. « Le généraliste comme dispensateur de biologie clinique ».

219. NPS, art. 17 § 12.

220. NPS, art. 17 § 12 6°.

221. NPS, art. 24 §§ 5 et 9 1.

2. Que devez-vous mentionner sur la prescription de biologie clinique ?

Vous devez mentionner²²² :

- **les données administratives**
 - les nom, prénom, adresse, date de naissance et sexe du patient
 - vos nom, prénom, adresse et numéro INAMI
 - la date de la prescription
 - votre signature
 - la date de prélèvement de l'échantillon si vous procédez au prélèvement ou si vous le faites effectuer par du personnel médical sous votre responsabilité
- **les données médicales** : les données cliniques dont le biologiste a besoin pour pouvoir orienter ses examens et les effectuer de façon experte. Ces données cliniques **doivent** être disponibles en cas d'analyse avec **règle de diagnostic**.
- **les analyses à effectuer.**

3. Existe-t-il des restrictions ou des dispositions particulières pour la prescription d'analyses de biologie clinique²²³ ?

Seul le dispensateur de soins ayant le patient en traitement, ou un dispensateur faisant partie du groupe de dispensateurs, (à condition qu'il ait accès au dossier du patient), peut prescrire les analyses de biologie clinique.

Vous ne pouvez pas prescrire des analyses ou tests à propos desquels vous n'avez pas de connaissances suffisantes ou que vous n'êtes pas capables d'interpréter correctement dans le contexte clinique présenté par votre patient.

Vous ne pouvez rédiger la prescription d'analyses de biologie clinique qu'après examen du patient.

Vous ne pouvez pas prescrire les tests de dépistage d'affections congénitales chez les nouveau-nés (prévus dans les programmes de screening néonatal organisé en vertu d'une réglementation Santé publique) qui ne peuvent pas être portés en compte dans le cadre de l'assurance soins de santé.

 **Exemple :** La piqûre au talon pour dépister le crétinisme et la phénylcétonurie²²⁴.

Pour certaines analyses, des règles de diagnostic déterminent sous quelles conditions elles sont remboursées (pathologie(s) ou autre(s) caractéristique(s) du patient, un résultat positif d'une autre analyse, etc.).

222. NPS, art. 24 § 9 2.

223. NPS, art. 24 § 9.

224. NPS, art. 24 § 10.

4. Comment prescrire les analyses à réaliser²²⁵ ?

Vous devez prescrire les analyses soit par :

- une **liste positive** des diverses analyses prescrites.

Les demandes dans lesquelles les analyses non souhaitées sont biffées sur des listes préétablies ne sont donc pas acceptées.

Lorsque les demandes sont constituées par des listes préétablies sur support papier ou écran d'ordinateur, elles doivent vous permettre d'indiquer positivement et séparément chaque analyse demandée.

L'usage de libellés à prestations multiples ou de cases de tête permettant de demander en une fois plusieurs analyses n'est pas autorisé

- la **demande de mise au point biologique d'un syndrome** déterminé

- la **mention du type d'examens** souhaités, devant un tableau clinique donné.

Cette demande ou la mention permettront au médecin spécialiste en biologie clinique de sélectionner les tests les plus appropriés et la séquence de ceux-ci, dans le but de préciser au mieux le diagnostic ou de guider le traitement avec un minimum de tests.

5. Pouvez-vous prescrire de manière électronique²²⁶ ?

Vous pouvez prescrire les analyses de manière électronique à condition de garantir l'identification, l'autorisation et l'authenticité du prescripteur.

6. Quel est l'apport éventuel du biologiste clinique dans l'exécution de la prescription ?

Le **médecin spécialiste en biologie clinique** peut, sur la base des données cliniques ou des résultats partiels déjà acquis, modifier par suppression(s) ou ajout(s) la liste des analyses prescrites ou choisir le(s) test(s) répondant au mieux aux besoins définis par le prescripteur.

Le **pharmacien-biologiste** ou le **master** (anciennement licencié) **en sciences** doit :

- obtenir votre accord préalable dans les cas où, en fonction de l'adéquation de la technique utilisée au traitement ou à l'état du patient, il se propose de modifier la liste des analyses prescrites
- vous faire préciser les tests à effectuer si la prescription ne comporte que la demande de mise au point biologique d'un syndrome déterminé ou la mention du type d'examens souhaités.

7. À quelles conditions le protocole du biologiste clinique doit-il répondre ?

Le biologiste clinique doit établir un protocole sur papier ou sur support électronique des examens exécutés en réponse à chaque prescription.

225. NPS, art. 24 § 9 3 et 4.

226. NPS, art. 24 § 9 3 dernier alinéa.

Ce protocole, validé par le biologiste responsable de l'interprétation de l'ensemble des examens, mentionnera :

1. les résultats de toutes les analyses effectuées
2. leur caractère normal ou pathologique
3. la date de prélèvement de l'échantillon ou des échantillons
4. le numéro d'enregistrement donné à la prescription
5. des commentaires ou une conclusion générale dans la mesure où cela peut être significatif pour le diagnostic indiqué ou pour le traitement.

Le médecin spécialiste en biologie clinique doit pouvoir justifier la sélection des analyses effectuées en fonction des informations médicales reçues. Le pharmacien-biologiste ou le master en sciences doit pouvoir justifier les raisons techniques et l'accord du prescripteur ayant conduit à la modification de la liste d'analyses prescrites.

8. Médecine nucléaire in vitro

Vous devez mentionner les données concernant les éventuels critères diagnostiques sur la prescription. Le prescripteur est responsable de la communication de ces données²²⁷.

9. Dépistage et suivi du cancer de la prostate

Le dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) est remboursé dans 2 circonstances²²⁸ :

- suivi thérapeutique du cancer de la prostate (2 fois par an)
- dépistage du cancer de la prostate au-delà de 40 ans avec antécédents familiaux de cancer de la prostate avant 65 ans (une fois par an).

VI. La prescription de médicaments en ambulatoire

1. Qui peut prescrire ?

Peuvent prescrire²²⁹ :

- les médecins
- les dentistes dans le cadre des soins dentaires
- les sages-femmes : dans le cadre du suivi de la grossesse normale, des accouchements eutociques et des soins aux nouveau-nés bien portants²³⁰.

Le remboursement de certains médicaments dépend de la qualification du prescripteur.

227. NPS, art. 18.

228. NPS, art. 18.

229. Loi professions de santé, art. 42.

230. Loi professions de santé, art. 62 § 3 et A.R du 15-12-2013 et annexe.

2. Que pouvez-vous prescrire ?

Vous pouvez prescrire tous les produits actifs que vous désirez soit :

- sous forme magistrale
- sous forme de spécialités
- en DCI (Dénomination commune internationale)

mais tous ne sont pas remboursés. De plus, certains remboursements sont soumis à des conditions imposées pour des raisons médicales et/ou budgétaires, avec contrôle à postériori (voir point 4. a. Chapitre II) ou à priori (voir point 4. a. Chapitre IV).

! Les prescriptions de substances stupéfiantes et psychotropes font l'objet d'une réglementation particulière (voir point 9. a.).

3. Comment prescrire ?

Pour obtenir le remboursement de leurs médicaments, vos patients non hospitalisés doivent recevoir de votre part, une prescription, sous forme papier ou électronique.

a. Sous forme papier (ordonnance)

Le modèle de l'ordonnance est imposé²³¹.

 0.00000,00.000	Nom et prénom du prescripteur
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR: nom et prénom du bénéficiaire:	
Réserve à la vignette du conditionnement	R/
Cachet du prescripteur	Date et signature du prescripteur
délivrable à partir de la date précisée ou à partir du:	
PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS	

Manuscrite, vous devez la compléter entièrement vous-même, la dater et la signer.

Si elle est imprimée par une imprimante d'ordinateur, elle doit respecter ce modèle et la lisibilité du code-barres doit être assurée (le code-barres mentionne votre identité au travers du numéro INAMI).

b. Sous forme électronique

La prescription s'effectue par le programme Recip-e intégré dans les logiciels de gestion des dossiers médicaux.

4. Que devez-vous mentionner sur la prescription de médicaments²³² ?

La prescription de médicaments doit reprendre :

1. vos nom, prénom, numéro INAMI en chiffres et en code-barres, (et en théorie adresse et qualification professionnelles, numéro de téléphone et adresse électronique éventuelle)
2. les nom, prénom (et en théorie date de naissance) du patient
3. le nom de la spécialité ou la dénomination commune du médicament (DCI ou principe actif)
4. le dosage unitaire du médicament
5. la mention du nombre d'unités dans le conditionnement et du nombre de conditionnements, ou la mention de la durée de la thérapie en semaines et/ou jours
6. la forme d'administration
7. la posologie journalière du médicament et, le cas échéant, la mention précisant que le médicament est destiné à un enfant ou à un nourrisson
8. votre signature, la date de la prescription et, le cas échéant, la date de délivrance que vous fixez
9. la mention « urgent » si la délivrance des médicaments est urgente (en dehors des heures d'ouverture normales de la pharmacie)
10. éventuellement :
 - le nombre et/ou la durée du(des) renouvellement(s) autorisé(s)
 - que vous prescrivez un médicament en dénomination commune en vue de la délivrance d'une préparation magistrale
 - que vous prescrivez en dehors des indications remboursables.

5. Combien de conditionnements pouvez-vous prescrire par ordonnance ?

La prescription ne peut comporter qu'un seul type de conditionnement pour un produit actif remboursé, à l'exception des²³³ :

- médicaments mentionnés avec la lettre M (comme par exemple l'insuline et les vaccins)
- médicaments mentionnés avec la lettre V (antiparkinsoniens, antidiabétiques oraux, antiépileptiques et antihypertenseurs : maximum 120 jours de traitement, délivrés avec un nombre minimal de conditionnements et aussi bon marché que possible)
- médicaments en DCI, prescrits pour une durée maximale de 3 mois.

232. A.R. du 10-08-2005.

233. A.R. du 21-12-2001, art. 92 et 92bis.

6. Pouvez-vous prescrire des renouvellements d'ordonnance ?

Pour les produits actifs :

- **non-remboursés**, vous pouvez prescrire librement les renouvellements que vous souhaitez
- **remboursés**, vous pouvez seulement renouveler la prescription de produits stupéfiants, si vous mentionnez intégralement le nombre et la date du/des prochain(s) renouvellement(s).

7. L'intervention de l'assurance soins de santé est-elle dépendante du conditionnement prescrit ?

Pour certaines spécialités pharmaceutiques, la taille du conditionnement remboursable est limitée. Si un conditionnement plus grand est prescrit, le remboursement sera limité au plus grand conditionnement remboursable.

Lorsque la taille du conditionnement prescrit n'est pas disponible, le pharmacien doit délivrer le conditionnement de la taille inférieure la plus proche de celle du conditionnement prescrit initialement.

Lorsque votre prescription ne fait pas mention de la taille du conditionnement à délivrer, l'assurance soins de santé ne remboursera que le plus petit conditionnement²³⁴.

8. Y a-t-il des contraintes quant à la prescription de médicaments ?

Vous devez respecter :

- une proportion de prescription de médicaments bon marché
- les modalités de remboursement.

Voir aussi la 1^{re} Partie, XI. 2. "Pouvez-vous déterminer librement de quel traitement ou de quels examens votre patient a besoin ?"

a. Prescription de médicaments « bon marché »

Vous devez vous abstenir de prescrire des médicaments inutilement onéreux et/ou superflus.

Le caractère inutilement onéreux de la prescription est évalué selon le pourcentage de "**médicaments bon marchés**" prescrits. Ce pourcentage minimum imposé à chaque discipline est fixé par la loi. Pour les médecins généralistes il est de **60%**²³⁵.

 Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Médecins > Soins par le médecin > Médecin et dentiste : Prescrire un pourcentage minimum de médicaments bon marché.

234. A.R. du 21-12-2001, art. 93 § 3.

235. Loi ASSI, art. 73 § 2.



La DDD d'un médicament est supposée être fonctionnellement équivalente aux DDD d'autres médicaments. On peut donc additionner le nombre de DDD de différents médicaments. L'utilisation s'exprime généralement en DDD par 1.000 habitants par jour.

COMMENT EST ÉVALUÉ CE POURCENTAGE ?

Le volume de médicaments prescrits est évalué en “defined daily dose” (DDD).

 La **DDD** ou **Defined Daily Dosis** (dose quotidienne déterminée) est une unité de mesure de la consommation journalière **moyenne** de médicaments **pour des adultes** et **pour l'indication principale**.

Un comité international d'experts attribue à chaque médicament une dose qui correspond à la dose d'entretien et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en recommande l'utilisation. Les DDD sont régulièrement actualisées à l'aide des nouvelles données scientifiques. La valeur d'une DDD d'un certain médicament peut être différente de la dose généralement prescrite en Belgique. Ceci est par définition le cas pour les enfants.

QUELS SONT LES MÉDICAMENTS QUI SERVENT À CALCULER LE POURCENTAGE DE PRESCRIPTIONS « BON MARCHÉ » ?

Ces médicaments sont :

- les spécialités originales dont le prix a été abaissé au niveau de celui des médicaments génériques²³⁶
- les médicaments génériques.

 Un **médicament générique** est un médicament équivalent à celui d'une marque mais commercialisé sous une autre dénomination, même par d'autres fabricants, après expiration du brevet du principe actif.

Au moment de l'octroi du remboursement, le médicament générique doit être au moins 30% moins cher par rapport au médicament original. Ce prix inférieur se justifie essentiellement par l'absence de frais de recherche et de développement.

Par rapport au médicament original, le médicament générique doit :

- contenir le(s) même(s) principe(s) actif(s)
- avoir le même dosage par unité, la même forme galénique et le même mode d'administration
- avoir la même biodisponibilité, c'est-à-dire donner lieu aux mêmes concentrations dans l'organisme
- les copies.

 Une « **copie** » de médicament est un médicament utilisé et documenté systématiquement depuis au moins 10 ans dans l'Union européenne, enregistré sous une autre dénomination sur base d'un dossier bibliographique.

Pour obtenir le statut de « copie », la firme qui introduit la demande doit se référer de manière détaillée aux textes de la littérature qui indiquent que le médicament est utilisé depuis longtemps dans la pratique médicale.

La documentation fournie doit :

- couvrir tous les aspects de sécurité et d'efficacité
- contenir un aperçu de la littérature pertinente (aussi bien avant qu'après commercialisation) et les études épidémiologiques comparatives.
- les spécialités prescrites en DCI
- les spécialités (généralement récentes) pour lesquelles il n'existe pas encore d'alternative bon marché.

236. Loi ASSI, art. 35ter.



Plus d'informations : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Médicaments.

b. Respect des modalités de remboursement

Les médicaments remboursables sont énumérés dans une liste établie sous forme de chapitres selon les modalités de remboursement²³⁷. Les médicaments les plus fréquemment prescrits figurent aux chapitres I, II et IV.

9. Points particuliers : la prescription de substances stupéfiantes et pour l'euthanasie

a. Stupéfiants²³⁸

Le pharmacien ne peut délivrer des stupéfiants et certains psychotropes que sur prescription originale, datée et signée d'un dentiste, d'un médecin ou d'un médecin vétérinaire.

La prescription par Recip-e n'impose pas de conditions supplémentaires. Par contre, la prescription manuscrite doit être entièrement écrite de votre main afin que le pharmacien puisse s'assurer de l'authenticité de la prescription. Elle mentionnera lisiblement vos nom et adresse, le produit prescrit et, **en toutes lettres**, forme, dosage, quantité exacte, etc.

Le pharmacien qui reçoit une photocopie de prescription ou une prescription informatisée contenant des médicaments stupéfiants a donc l'obligation légale de refuser leur délivrance, sous peine de sanctions pénales.

Le pharmacien peut renouveler la prescription uniquement si vous mentionnez intégralement le nombre et la date du(des) renouvellement(s).

b. Euthanasie

Le pharmacien doit vous délivrer **personnellement** les médicaments destinés à l'euthanasie sur base d'une prescription où vous mentionnez **explicitement** que vous agissez selon la loi sur l'euthanasie²³⁹ (voir 4^e Partie, XIV. 7.).

10. Combien de temps la prescription de médicaments est-elle valable ?

L'assurance soins de santé rembourse les médicaments **jusqu'à la fin du 3^e mois calendrier** qui suit soit :

- la date de la prescription
- la date de délivrance que vous avez déterminée, si celle-ci est précisée²⁴⁰.

! Si vous indiquez une date de délivrance sur la prescription, le pharmacien ne peut délivrer un médicament avant cette date. Le respect de la date de délivrance est une condition de remboursement.

237. A.R. du 21-12-2001, art. 2 et annexes.

238. A.R. du 31-12-1930, art. 19 et A.R. du 22-01-1998.

239. Loi sur l'euthanasie du 28-05-2002 (dite Loi sur l'euthanasie), art. 3bis.

240. A.R. du 21-12-2001, art. 93.

11. Obligation de substitution du pharmacien²⁴¹

Pour les traitements aigus au moyen **d'antibiotiques et d'antimycosiques**, le pharmacien **doit** substituer à une spécialité pharmaceutique que vous avez prescrit un autre médicament aux conditions suivantes :

- une même substance active ou combinaison de substances actives
- un même dosage
- une même voie d'administration
- une même fréquence d'administration
- un prix plus avantageux
- aucune objection thérapeutique du prescripteur
- respect des spécifications de la forme d'administration
- absence d'allergie à un excipient.

Dans les autres cas, en raison d'une rupture de stock, le pharmacien peut exceptionnellement substituer dans le but d'assurer :

- la continuité des soins (obligation selon la santé publique et le Code de déontologie)
- l'aide et l'assistance aux personnes (obligation selon le Code pénal)
- le traitement en cas d'urgence ou de garde
- un traitement aussi rapidement que possible (obligation selon la santé publique et le Code de déontologie).

Dans ce cas, il doit en informer le patient et si possible le prescripteur.

Si la substitution n'est pas possible, il doit effectuer les démarches nécessaires pour se procurer le médicament dans les meilleurs délais ou adresser le patient à un autre pharmacien de garde après s'être assuré que ce dernier dispose du médicament²⁴².

12. La prescription en DCI

a. Qu'est-ce qu'une prescription en DCI (Dénomination commune internationale) ?



Une **prescription en DCI** reprend la dénomination du principe actif tel que figurant dans l'Anatomical therapeutic chemical classification (code ATC) ou dénomination générale courante.

b. Que doit mentionner une prescription en DCI ?

Une prescription en DCI doit mentionner :

- la dénomination commune internationale
- la forme d'administration
- la dose journalière
- le dosage unitaire du médicament
- le nombre d'unités d'utilisation par conditionnement ou la mention de la durée de la thérapie en semaines et/ou en jours.

241. Loi professions de santé, art. 31 al. 2.

242. A.R. du 21-01-2009, annexe 1 Guide des bonnes pratiques pharmaceutiques officinales, F. principes et règles générales 7.4.

Certaines spécifications sont :

- **obligatoires** :
 - type de libération (immédiate release versus modified release)
 - véhicule dans le cas des médicaments à usage dermatologique
- **facultatives** : par exemple, sécable, soluble, etc.

Si vous mentionnez une durée de traitement (avec un maximum de 3 mois²⁴³), le pharmacien délivre le plus petit conditionnement remboursable se rapprochant le plus de la durée du traitement. Ceci signifie que le nombre d'unités dans le conditionnement dispensé ne peut jamais dépasser la durée du traitement.

Lorsque la prescription est imprécise ou incomplète en ce qui concerne la taille du conditionnement, le conditionnement remboursable délivré doit être le plus proche possible du nombre prescrit d'unités d'utilisation, mais ne peut en aucun cas dépasser ce nombre²⁴⁴.

Si le nombre d'unités d'utilisation n'est pas déterminé, le pharmacien délivrera le conditionnement remboursable de la plus petite taille.

c. Que délivre le pharmacien en cas de prescription en DCI ?

En cas de prescription en DCI, le pharmacien délivre obligatoirement une spécialité pharmaceutique parmi le groupe des médicaments « les moins chers ».

Pour déterminer les spécialités « les moins chères », les spécialités pharmaceutiques remboursables sont groupées comme suit :

- principe actif identique (ou combinaison de principes actifs)
- concentration identique
- taille de conditionnement identique.

Parmi chacun de ces groupements, la spécialité avec le coût par unité d'utilisation le plus bas et les spécialités dont le coût par unité d'utilisation ne lui est pas supérieur de plus de 5 % feront partie de la « fourchette » des médicaments « les moins chers ».

En résumé : tous les médicaments qui sont jusqu'à 5 % plus chers que le médicament le moins cher, tombent dans la « fourchette » des médicaments « les moins chers » délivrables.

Le groupe des médicaments les moins chers contient minimum 3 spécialités différentes, même s'ils dépassent le seuil des 5 %.

243. A.R. du 21-12-2001, art. 92.

244. A.R. du 21-12-2001, art. 93 § 3.

d. Quelles prescriptions ne peuvent pas être considérées comme prescriptions en DCI ?

Dans les situations suivantes, votre prescription ne peut pas être considérée comme une prescription en DCI :

- mention d'un nom commercial avec la mention supplémentaire d'une alternative moins chère (par exemple, « Voltaren® DCI », « Voltaren® dénomination commune internationale » ou « Voltaren® générique »).
- Dans ce cas, le pharmacien doit soit :
- délivrer la spécialité prescrite
 - après consultation avec le prescripteur, délivrer la spécialité la plus adéquate pour le patient
- mention du nom commercial d'un générique contenant complètement ou partiellement la DCI (par exemple, Docdoxycycline). Dans ce cas le pharmacien doit délivrer le générique prescrit, la substitution n'étant pas autorisée
 - prescription en DCI avec mention supplémentaire d'une firme ou d'un laboratoire (p. ex. « Doxycycline (Docpharma) » ou « Doxycycline (Pfizer) » ou « Doxycycline (EG) »)
 - prescription d'une préparation magistrale.

Dans ces 2 derniers cas, le pharmacien délivre conformément à la prescription.

! La prescription sous DCI place la responsabilité financière du côté des pharmaciens permettant aux prescripteurs de se concentrer entièrement sur le choix qualitatif du médicament. Il incombe au pharmacien de délivrer le médicament le moins cher répondant à la prescription sous DCI tout en tenant compte de la disponibilité du produit et de la continuité des soins.

13. Prescriptions sous forme de spécialités

+ Vous pouvez prescrire des spécialités pharmaceutiques hors des conditions de remboursement si vous faites mention de la non-remboursabilité sur la prescription (mention «TPNA», Tiers-Payant Non Applicable).

Les spécialités remboursées sont reprises dans la liste de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 (dite ici « liste B »).

a. Chapitre I

Les médicaments du chapitre I sont remboursés s'ils sont prescrits pour une indication qui figure dans leur notice scientifique.

Voir aussi : obligation de substitution du pharmacien au point 11.

b. Chapitre II

Ces médicaments sont remboursés pour les indications qui correspondent aux "recommandations" émises par la Commission de remboursement des médicaments, sur base des données de bonne pratique médicale.

Dans ce cas, vous devez conserver les documents justifiant la prescription dans le dossier du patient. Un contrôle spécifique (**contrôle à posteriori**) est possible pour cette catégorie de médicaments.

 Plus d'informations: www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Médicaments > Remboursement d'un médicament > Spécialités pharmaceutiques remboursables > Liste des spécialités pharmaceutiques: les Chapitres > Remboursement des spécialités pharmaceutiques du chapitre II : le contrôle a posteriori.

c. Chapitre IV

Ces médicaments ne sont remboursés que dans certaines conditions, **après accord du médecin-conseil de la mutualité (contrôle à priori)**. Le prescripteur doit faire parvenir au médecin-conseil les données médicales spécifiques aux médicaments cités au paragraphe B du chapitre IV. Cette demande peut aussi se faire par voie électronique. Le patient reçoit de sa mutualité une autorisation de remboursement accordée par le médecin-conseil en fonction des conditions du Chapitre IV.

DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Les médicaments énumérés au chapitre IV sont repris en trois catégories selon le type de demande à introduire. Les deux premières prévoient un formulaire que vous devez l'utiliser obligatoirement sans modification. Les 3 types sont :

- **demande de remboursement spécifique à un médicament**

Pour ces médicaments, les conditions de remboursement imposent l'utilisation d'un formulaire spécifique qui doit être reproduit intégralement tel qu'il a été publié au Moniteur belge. Vous devez disposer du code de compétence INAMI prévu dans les conditions du paragraphe concerné du chapitre IV et conservez les résultats des examens exigés dans le dossier du patient.

- **demande de remboursement non spécifique à un médicament²⁴⁵**

Pour ces médicaments, les conditions de remboursement fixées au chapitre IV imposent un formulaire de demande non-spécifique. Ce formulaire de demande de remboursement doit correspondre au modèle publié au Moniteur belge. Si vous n'avez pas le code de compétence INAMI mentionné dans les conditions du paragraphe concerné du chapitre IV, conservez dans le dossier du patient le rapport ou l'attestation du spécialiste prévu au paragraphe concerné. Dans le cadre du contrôle, ces documents peuvent être demandés.

- **autres demandes**

Pour les derniers médicaments, sans utilisation d'un formulaire, vous devez envoyer au médecin-conseil une demande avec toutes les données qui permettent de vérifier si elles répondent aux conditions du remboursement prévues dans le Chapitre IV.

Vous pouvez retrouver les modalités et les formulaires éventuels pour chaque produit ou spécialité remboursable sur :

 www.inami.be, Programmes Web > Médicaments du chapitre IV : Formulaire de demande : Accéder au programme web.



Le remboursement n'est pas remis en cause si une modification des conditions de remboursement intervient durant la période d'autorisation.

AUTORISATION DE REMBOURSEMENT

La mutualité envoie au patient un des trois modèles d'autorisation²⁴⁶ de remboursement suivants. Soit:

- un formulaire "b" ou « d »²⁴⁷ d'une spécialité pharmaceutique remboursable pendant une période déterminée sans précision du nombre de conditionnements. Le formulaire "d" a une durée de vie illimitée
- un formulaire "e"²⁴⁸ d'une spécialité pharmaceutique remboursable pendant une période déterminée avec précision du nombre de conditionnements. Sur chaque prescription, le pharmacien mentionnera le numéro d'ordre figurant sur l'autorisation. Lors de la délivrance du dernier conditionnement autorisé le pharmacien doit attacher le formulaire à la prescription correspondante.



Si vous prescrivez une spécialité différente de celle qui figure sur l'autorisation, le remboursement est autorisé pour autant qu'en cas d'utilisation d'un formulaire :

- "b" ou "d" : la spécialité prescrite figure dans le même paragraphe du chapitre IV et le même groupe de remboursement, même si le principe actif est différent
- "e" :
 - le(s) principe(s) actif(s) des deux spécialités soi(en)t identique(s)
 - les spécialités appartiennent au même paragraphe du chapitre IV avec le même groupe de remboursement
 - la quantité du principe actif principal contenue dans le dernier conditionnement qui est effectivement délivré ne soit pas supérieure de plus de 6% par rapport à celle contenue dans le conditionnement qui est mentionné sur l'autorisation concernée.

RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION

Le formulaire « d » a une durée de vie illimitée.

Pour les formulaires « b » et « e », si les conditions de remboursement de la spécialité pharmaceutique le permettent, vous pouvez demander la prolongation de l'autorisation. La procédure est identique à celle de la première demande.

AUTRES CHAPITRES

Chapitre III : produits pour perfusion

Chapitre IVbis : médicaments importés (spécialités non enregistrées)

Chapitre V : supprimé (antérieurement fibrinogène humain concentré de la Croix-Rouge)

Chapitre VI : radio-isotopes

Chapitre VII : ne contient aucun médicament.



Un même médicament peut appartenir à plusieurs chapitres en fonction des indications reconnues pour lesquelles il est prescrit. Le ticket modérateur du patient peut varier selon l'indication.

246. A.R. du 21-12-2001, art. 80ter.

247. A.R. du 21-12-2001, annexe III

248. A.R. du 21-12-2001, annexe III

Le site de l'INAMI reprend des banques de données qui permettent de trouver toutes les informations utiles pour chaque médicament (modalités de remboursement, prix unitaire, possibilité de comparaison avec des médicaments équivalents, etc.). Pour y accéder :

 www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Médicaments > Remboursement d'un médicament > Spécialités pharmaceutiques remboursables > Liste des spécialités pharmaceutiques : les Chapitres.

14. Particularité de la prescription de contraception orale

Si vous prescrivez un contraceptif oral à base d'associations oestro-progestatives ou à base uniquement de progestagènes, le pharmacien peut, sauf interdiction expresse de votre part, délivrer de façon différée des conditionnements pour un maximum de 12 cycles d'administration, à compter de la prescription originale incluse²⁴⁹.

15. Prescriptions sous forme magistrale

a. Prescriptions remboursées

Les principes actifs qui figurent dans la liste de l'annexe 2 de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 (dite ici « liste A »)²⁵⁰ sont **remboursés** sous forme magistrale.

b. Prescriptions non remboursées

Les préparations magistrales avec les caractéristiques suivantes ne sont **pas remboursables**²⁵¹ :

- présence d'une matière première non remboursable (non mentionnée sur la « liste A »)²⁵² ou ne répondant pas aux limites prévues par matière première
- absence de matières premières inscrites aux chapitres I à IV de la « liste A »²⁵³, exception faite pour les préparations dermatologiques à usage externe, présentées sous forme de crème, gel, onguent ou pâte
- présence de matières premières affectées du signe «+» dans la « liste A »²⁵⁴, lorsque ces matières premières sont prescrites :
 - isolément
 - en mélange entre elles
 - ou en mélange avec des matières premières inscrites au chapitre V de la « liste A »
- présence d'une spécialité pharmaceutique non remboursée²⁵⁵
- incorporation d'une ou de spécialité(s) pharmaceutique(s) dans des conditions qui ne répondent pas aux dispositions prévues²⁵⁶.

249. A.R. du 21-01-2009, art. 18.

250. Loi ASSI, art 34 4°, 5°, 19° et 20°.

251. A.R. du 12-10-2004, art. 18.

252. A.R. du 12-10-2004, annexe 2.

253. A.R. du 12-10-2004, annexe 2.

254. A.R. du 12-10-2004, annexe 2.

255. A.R. du 21-12-2001, annexe 1.

256. A.R. du 12-10-2004, art. 19.

c. Prescriptions de préparations magistrales sous un libellé simplifié

L'assurance soins de santé rembourse les prescriptions magistrales rédigées sous un libellé simplifié²⁵⁷ lorsqu'elles sont :

- reprises dans les éditions en vigueur des Pharmacopées belge et européenne, ou du Formulaire thérapeutique magistral (FTM)
- prescrites en faisant référence à un ouvrage officiellement reconnu dans lequel la formule est mentionnée. Le pharmacien doit alors transcrire au verso de la prescription le libellé qualitatif et quantitatif de la préparation, en le contresignant

d. Incorporer des spécialités dans une préparation magistrale²⁵⁸

L'assurance soins de santé rembourse les préparations magistrales dans lesquelles des spécialités remboursables sont incorporées si :

- le principe actif de la spécialité pharmaceutique ne figure pas dans la « liste A »
- la spécialité pharmaceutique figure dans la « liste B »
- la voie d'administration de la spécialité pharmaceutique incorporée n'est pas modifiée (pas d'application pour les préparations à usage ophtalmologique).

Pour les préparations magistrales qui ne sont pas à usage ophtalmologique ou dermatologique, les conditions de remboursement supplémentaires suivantes sont d'application. La spécialité :

- n'existe pas sous la dose prescrite ou ne se prête pas au mode d'administration choisi.
Si la spécialité peut être administrée à la dose et sous la forme prescrite sans transformation :
 - la préparation magistrale n'est pas remboursée
 - la spécialité est remboursée, pour autant que la préparation magistrale ne contienne :
 - aucune matière première non inscrite dans la « liste A »
 - ou aucune spécialité pharmaceutique non inscrite dans la « liste B »
- n'est pas présentée sous une forme à la libération modifiée
- n'est pas sous forme d'ampoule ou de suppositoire pour une préparation à usage interne
- ne se présente pas sous la forme d'un liquide à usage :
 - interne à diluer dans de l'eau ou dans du sirop simple
 - externe à diluer dans de l'eau
- si elle est inscrite au chapitre IV, est remboursée sur base d'une autorisation du médecin-conseil de l'O.A. et répond aux conditions citées ci-avant. Le pharmacien doit inscrire sur la prescription le numéro d'ordre de cette autorisation.

257. A.R. du 12-10-2004, art. 18.

258. A.R. du 12-10-2004, art. 19.

16. Pouvez-vous prescrire un médicament indisponible en Belgique ?

Vous pouvez prescrire un médicament indisponible en Belgique s'il est autorisé ou enregistré dans le pays de provenance²⁵⁹ (au sein de l'Union européenne ou non). Vous devez joindre à la prescription une déclaration²⁶⁰ dans laquelle vous certifiez que le patient ne peut pas être traité adéquatement au moyen d'un médicament actuellement autorisé à la mise sur le marché belge car le médicament :

- autorisé ou enregistré en Belgique n'existe pas sous la même forme pharmaceutique et la même composition qualitative et quantitative en substances actives
- existe mais il n'est pas ou plus disponible sur le marché belge parce que le titulaire :
 - de l'autorisation de mise sur le marché ou de l'enregistrement de ce médicament n'a pas encore mis ce médicament sur le marché belge
 - a arrêté de manière temporaire ou définitive de mettre ce médicament sur le marché belge.

Vous pouvez rédiger la déclaration pour une durée maximum de traitement d'un an, que vous pouvez renouveler à l'expiration.

Le chapitre IVbis de l'A.R. du 21 décembre 2001 mentionne la liste des médicaments remboursables qui ne sont pas disponibles en Belgique ainsi que leurs conditions de remboursement.

 Plus d'informations sur le chapitre IVbis : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Médicaments > Remboursement d'un médicament > Spécialités pharmaceutiques remboursables > Liste des spécialités pharmaceutiques: les Chapitres.

17. Comment pouvez-vous prescrire les médicaments destinés à votre trousse d'urgence ?

Vous pouvez prescrire des médicaments pour votre trousse d'urgence sur un document original daté et signé, reprenant vos nom et adresse, ainsi que la mention "trousse d'urgence".

Le pharmacien doit facturer ces médicaments, soit à vous, soit à l'institution à laquelle la trousse est destinée²⁶¹.

Vous pouvez disposer de psychotropes et stupéfiants dans les limites de vos besoins professionnels²⁶².

259. Loi du 26-03-1964, art. 6quater § 1.

260. A.R. du 14-12-2006, annexe VI.

261. A.R. du 21-01-2009, art. 1 16^e et 20.

262. A.R. du 22-01-1998, art. 3 § 2 3).

18. Points d'attention au niveau de la prescription

a. Prescription non-réglementaire

L'assurance soins de santé ne rembourse pas les spécialités et les préparations magistrales prescrites sur des prescriptions non réglementaires ou incomplètes²⁶³.



Lorsqu'un renouvellement de la prescription est permis, vous devez mentionner intégralement le nombre et la durée du(des) renouvellement(s) autorisé(s).

b. Prescription illisible

En cas de problème de lecture, le pharmacien doit prendre contact avec le prescripteur pour confirmer le traitement. Si l'identité du prescripteur est illisible le document n'est pas valable.

19. Quels documents spécifiques le pharmacien peut-il délivrer au patient ?

Il existe 2 types de documents :

- **le document annexe 30**²⁶⁴ (preuve du paiement au comptant)
Le pharmacien délivre ce document si le patient ne peut pas bénéficier du tiers-payant (absence de carte d'identité ou de carte ISI+, document du médecin-conseil non fourni, etc.). Dans ce cas, l'assuré obtient le remboursement via sa mutualité à l'aide de ce document
- **l'attestation BVAC** (bijkomende verzekering - assurance complémentaire)²⁶⁵
Le pharmacien délivre ce document à la demande du patient pour qu'il obtienne le remboursement du ticket modérateur ou des médicaments non remboursés par l'assurance obligatoire par le biais d'une autre assurance : accidents de travail, hospitalisation (frais en ambulatoire après l'hospitalisation), maladies professionnelles, intervention du CPAS, assurance complémentaire des mutualités (par exemple, vaccins pour voyages). Cette attestation doit mentionner le montant payé (ticket modérateur ou montant total) et le nom du prescripteur.

20. L'entretien d'accompagnement²⁶⁶



L'**entretien d'accompagnement** du bon usage des médicaments (BUM) est, par le pharmacien :

- la dispensation structurée et documentée d'informations
- et l'analyse des attentes et expériences du patient

lors de l'initiation d'une nouvelle thérapie médicamenteuse pour le traitement d'une affection chronique.

Il est prévu, à la demande du pharmacien ou du patient ou de la vôtre, lorsque vous prescrivez, pour la première fois depuis 12 mois, un corticostéroïde à inhalez chez un patient avec un asthme chronique.

263. A.R. du 21-12-2001, art. 18 et du 12-10-2004, art. 18.

264. RSS, annexes 30 et 30bis.

265. A.R. du 21-01-2009, annexe V.

266. Convention entre pharmaciens et Organismes assureurs, texte coordonné du 01-01-2017, annexe VII.

Il se compose de deux entretiens individuels :

- un premier entretien d'information réalisé soit :
 - à l'initiation du traitement, au cours d'un rendez-vous convenu avec le patient dans un délai aussi court que possible après la délivrance du corticostéroïde à inhéler
 - lorsque le patient au cours du traitement a besoin d'un accompagnement complémentaire
- un deuxième entretien de suivi réalisé après rendez-vous convenu avec le patient de préférence dans une période de 3 à 6 semaines après le premier entretien d'information.

Ces deux entretiens sont réalisés par un pharmacien, dans la même pharmacie, dans un endroit adapté afin de garantir la confidentialité et la discréetion. Il s'accompagne de la rédaction de deux rapports, un pour le pharmacien et un pour le patient. Il est prévu des honoraires spécifiques, entièrement pris en charge par la mutualité du patient.

 Plus d'informations : www.inami.be > Professionnels > Professionnels de la santé : Médecins > Soins par le médecin > Un nouveau service en pharmacie pour le patient asthmatique chronique : l'entretien d'accompagnement de bon usage des médicaments (BUM).

21. Comment commander des carnets de prescription ?

Vous pouvez commander vos carnets de prescription à l'INAMI :

- par mail : ekono@inami.fgov.be
- par courrier postal :

 INAMI
Service économat,
avenue de Tervueren, 211,
1150 Bruxelles.

Lors de votre commande, mentionnez :

- vos nom et prénom
- votre numéro INAMI
- le nombre précis de carnets souhaités (1 à 4 boîtes de 25 carnets de 100 feuilles)
- l'adresse de livraison
- votre numéro de téléphone.

Ce service est gratuit.

VII. La prescription d'anatomopathologie²⁶⁷

1. Qui peut prescrire les analyses d'anatomopathologie ?

Le médecin spécialiste en anatomopathologie peut porter en compte les prestations d'anatomopathologie effectuées si elles ont été prescrites par le dispensateur de soins **ayant le patient en traitement**, soit :

- un médecin
- un dentiste dans le cadre des soins dentaires.

²⁶⁷. NPS, art. 32 § 8.

2. Que devez-vous mentionner sur la prescription d'anatomopathologie ?

Vous devez mentionner :

1. les nom, prénom, adresse, date de naissance du patient
2. vos nom, prénom, adresse et numéro INAMI
3. la date de la prescription
4. votre signature
5. l'indication de l'endroit anatomique de prélèvement de l'échantillon.

3. Le spécialiste en anatomopathologie peut-il déroger à la prescription ?

Le spécialiste en anatomopathologie peut apporter des modifications à la prescription originale pour autant que :

- la justification médicale de cette modification soit établie sur des bases objectives et individuelles dans chaque cas
- cette justification médicale soit inscrite sur la demande d'examen et dans le rapport
- les examens supplémentaires correspondant à cette modification de prescription soient accompagnés sur l'attestation de soins de la mention "prestation demandée par le médecin spécialiste en anatomopathologie".

VIII. Prescription d'examens génétiques

Ces examens doivent être réalisés dans des laboratoires faisant partie d'un centre agréé de génétique humaine et effectués par les médecins autorisés à les pratiquer par le ministre de la Santé publique²⁶⁸.

La prescription doit répondre aux conditions suivantes²⁶⁹ :

- être effectuée par le médecin que le patient a consulté
- mentionner les nom, prénom, adresse et date de naissance du patient
- mentionner les nom, prénom et numéro INAMI du prescripteur
- être accompagnée d'un formulaire clinique mis à la disposition des prescripteurs par le centre de génétique.

Sur base des indications cliniques, le médecin du centre peut décider de réaliser les examens les plus indiqués, voire de refuser d'effectuer la totalité des analyses prescrites.

268. NPS, art. 33 § 2

269. NPS, art. 33 § 5.

IX. La prescription de logopédie²⁷⁰

Toutes les prestations de logopédie doivent être prescrites.

La qualité du prescripteur autorisé à les prescrire dépend :

- de la pathologie
- du moment de la prescription dans l'évolution du problème.

1. Prescription du bilan initial



Celle-ci doit se faire par un médecin qui possède un numéro INAMI actif.

Toutefois, en cas de dysphasie, elle doit être établie par un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique.

2. Réalisation du bilan initial

Celui-ci est réalisé par un(e) logopède, en-dehors de l'école du bénéficiaire et avant la prescription d'un traitement logopédique. Le résultat est adressé au médecin prescripteur.

La prestation peut être attestée si un traitement débute dans les 60 jours de calendrier après l'exécution du bilan.



Un bilan et une séance de traitement ne peuvent pas être réalisés le même jour et une seule séance peut être attestée par jour.

3. Prescription du traitement

Elle est réalisée par un dispensateur compétent selon le tableau ci-après.

Tableau 4 - Dispensateurs compétents pour la prescription du traitement :

	O.R.L.	Neurologue	Neuropsychiatre	Psychiatre	Neuropédiatre	Neurochirurgien	Interniste	Pédiatre	Gériatrie	Stomatologue	MPR ⁽¹⁾	Chirurgien	Généraliste	Dentiste	Orthodontiste
Troubles du langage représentant un handicap ⁽²⁾									X		X	X	X	X	X
Aphasie												X	X	X	X
Troubles du développement du langage					X	X			X	X	X	X	X	X	X
Dyslexie et/ou dysorthographie et/ou dyscalculie				X	X				X	X	X	X	X	X	X
Fentes labiales, palatines ou alvéolaires									X		X	X	X	X	X
Radiothérapie ou chirurgie du cou								X			X	X	X	X	X
Dysglossie									X		X	X	X	X	X
Dysarthrie											X	X	X	X	X
Troubles chroniques de la parole ⁽³⁾	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
et si affections neuromusculaires, SEP ⁽⁴⁾ ou IMC*	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bégaiement					X	X			X	X	X	X	X	X	X
Troubles dans le cadre de l'orthodontie									X		X	X	X		
Séquelles de laryngectomie									X		X	X	X	X	X
Dysfonctionnement du larynx et/ou des plis vocaux									X		X	X	X	X	X
Perte d'audition >40dB à la meilleure oreille ⁽⁵⁾		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dysphagie**				X	X					X			X	X	X
Dysphasie après l'âge de 5 ans	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Locked-In Syndrome	X		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Légende :

Prescription autorisée

X Prescription non autorisée

(1) MPR = médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation

(2) Pour une profession, une rééducation professionnelle ou un contrat d'apprentissage

(3) Consécutifs à des affections neuro-musculaires, à une maladie de Parkinson ou de Huntington, à des affections démyélinisantes, à une infirmité motrice cérébrale (IMC) jusqu'à l'âge de 3 ans

(4) SEP = sclérose en plaques

(5) Prescripteur attaché à un centre de rééducation ayant signé une convention

* Prescripteur travaillant dans un établissement de rééducation fonctionnelle conventionné

** Avec résultat d'un VFES (Video Fluoroscopic Evaluation of Swallowing) ou une FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing) si le patient a plus de 3 ans. Avant 3 ans, le dossier est soumis à la Commission de conventions.

4. Envoi de la demande au médecin-conseil

Le patient envoie au médecin-conseil le plus rapidement possible :

- le formulaire de demande
- la prescription du bilan initial, rédigée par le médecin compétent
- le bilan initial
- la prescription du traitement, avec le nombre de séances et la durée (un an maximum)
- en cas de Locked-In Syndrome, une attestation du médecin de ce que le patient en est atteint.

5. Prescription du bilan d'évolution

Après la première période de traitement, celle-ci doit se faire par un médecin qui possède un numéro INAMI actif. Toutefois, en cas de dysphasie, elle doit être établie par un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique.

6. Réalisation du bilan d'évolution

Celui-ci est réalisé par un(e) logopède. Le résultat est adressé au médecin prescripteur.

Il doit être exécuté avant la date de fin de la période de traitement et suivi d'une prolongation du traitement logopédique.

7. Prescription de la prolongation de traitement

- !** Hormis les exceptions²⁷¹, la durée ininterrompue du traitement pour une même affection est de deux ans maximum.

La prescription de la prolongation de traitement est réalisée par un dispensateur compétent selon le tableau ci-après.

²⁷¹. NPS, art. 36 § 5.

Tableau 5 - Dispensateurs compétents pour la prescription du traitement

	O.R.I.	Neurologue	Neuropsychiatre	Psychiatre	Neuropédiatre	Neurochirurgien	Interniste	Pédiatre	Gériatre	Stomatologue	MPR ⁽¹⁾	Chirurgien	Généraliste	Dentiste	Orthodontiste
Troubles du langage représentant un handicap ⁽²⁾								X		X	X	X	6	X	X
Aphasie												X	7	X	X
Troubles du développement du langage					X	X		X	X	X	X	X	6	X	X
Dyslexie et/ou dysorthographie et/ou dyscalculie				X	X			X	X	X	X	X	6	X	X
Fentes labiales, palatines ou alvéolaires								X		X	X	6	X	X	
Radiothérapie ou chirurgie du cou								X		X	X	6	X	X	
Dysglossie								X		X	X	6	X	X	
Dysarthrie										X	X	6	X	X	
Troubles chroniques de la parole ⁽³⁾	X		X		X	X	X	X	X	X	X	6	X	X	
et si affections neuromusculaires, SEP ⁽⁴⁾ ou IMC*	X		X		X	X	X	X	X	X	X	6	X	X	
Bégaiement					X	X		X	X	X	X	6	X	X	
Troubles dans le cadre de l'orthodontie								X		X	X	6			
Séquelles de laryngectomie									X		X	X	6	X	X
Dysfonctionnement du larynx et/ou des plis vocaux									X		X	X	6	X	X
Perte d'audition >40dB à la meilleure oreille ⁽⁵⁾		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dysphagie**			X		X					X			6	X	X
Dysphasie après l'âge de 5 ans	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Locked-In Syndrome	X		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Légende :**Prescription autorisée****X Prescription non autorisée**

(1) MPR = médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation

(2) Pour une profession, une rééducation professionnelle ou un contrat d'apprentissage

(3) Consécutifs à des affections neuro-musculaires, à une maladie de Parkinson ou de Huntington, à des affections démyélinisantes, à une infirmité motrice cérébrale (IMC) jusqu'à l'âge de 3 ans

(4) SEP = sclérose en plaques

(5) Prescripteur attaché à un centre de rééducation ayant signé une convention

(6) Le médecin généraliste peut prescrire la prolongation du traitement sur la base d'un rapport d'évolution du médecin spécialiste traitant ou après concertation avec ce dernier. La date de cette concertation doit être consignée dans le dossier médical du patient.

(7) Le médecin généraliste peut prolonger lui-même le traitement en cas d'aphasie suite à un accident vasculaire cérébral.

* Prescripteur travaillant dans un établissement de rééducation fonctionnelle conventionné

** Avec résultat d'un VFES (Video Fluoroscopic Evaluation of Swallowing) ou une FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing) si le patient a plus de 3 ans. Avant 3 ans, le dossier est soumis à la Commission de conventions.

8. Envoi de la demande au médecin-conseil

Le patient envoie au médecin-conseil le plus rapidement possible :

- le formulaire de demande
- la prescription du bilan d'évolution, rédigée par le médecin compétent
- le bilan d'évolution
- la prescription du traitement, avec le nombre de séances et la durée (un an maximum).

9. Rechute

En cas de rechute dans le cadre de la même pathologie, au minimum 6 mois et au maximum 2 ans après la fin du traitement, un nouvel accord sur base d'une demande contenant un bilan de rechute peut être obtenu. La prescription du bilan de rechute doit se faire par un médecin qui possède un numéro INAMI actif.



Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Logopèdes > Compendium à la nomenclature des prestations de logopédie.

X. La prescription de lunettes, prothèses de l'œil, appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques, prothèses²⁷² et implants²⁷³

1. Prestations de l'article 27 (réservées aux bandagistes)

Cet article énumère entre autres les prestations suivantes : matériel pour stomie et incontinence, prothèses mammaires, semelles orthopédiques, bandages herniaires, ceintures abdominales, lombostats.

Ces prestations doivent être prescrites par un médecin.

Les prestations 642434, 642456, 642471 et 642493 (gaines de bras et gants pour lymphœdème) doivent être prescrites par un médecin spécialiste en chirurgie, médecine interne, gynécologie-obstétrique, physiothérapie ou radiothérapie.

Les semelles orthopédiques peuvent être prescrites aussi bien suivant l'article 27 (604575) que suivant l'article 29 (653973) par les dispensateurs mentionnés au tableau 8 ci-après.

En ce qui concerne le matériel pour stomie et incontinence et pour les prestations 642390 et 642412 (intervention forfaitaire pour set de soins et strip collant en cas de prothèse mammaire), une prescription médicale n'est pas requise en cas de renouvellement.

272. NPS, art. 27 à 31.

273. NPS, art. 35 et 35bis.

2. Prestations de l'article 28 (implants et aide à la mobilité)

Les prestations de l'article 28 § 1^{er} (implants) doivent être prescrites par un médecin (art. 28 § 2).

La demande de dispositifs de mobilité (entre autres les voiturettes) énumérés dans l'article 28 § 8 doit être complétée par un médecin.

3. Prestations de l'article 29 (orthèses, prothèses, appareils orthopédiques)

Les disciplines pouvant prescrire les prestations de l'article 29 sont énumérées dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Disciplines pouvant prescrire les prestations de l'article 29

	Prothèse (§ 1 ^{er} E)	Chaussure orthopédique (§ 1 ^{er} H)	Semelle orthopédique (§ 1 ^{er} I)	Prothèse myo- électrique (§ 1 ^{er} J)	Autres prestations de l'art. 29
Orthopédie	+	+	+	+	+
Médecine physique		+	+		+
Physiothérapie		+	+		+
Rhumatologie		+	+	+	+
Neurologie		+	+	+	+
Neuropsychiatrie		+	+		+
Neuropsychiatrie et rééducation		+	+		+
Pédiatrie	+	+	+	+	+
Toutes disciplines chirurgicales					+
Chirurgie générale	+	+	+	+	
Rééducation fonctionnelle		+	+		
Médecine physique et rééducation	+			+	
Neurochirurgie				+	
Chirurgie plastique				+	
Chirurgie vasculaire	+				
Spécialiste titulaire d'un certificat en rééducation	+				

4. Verres de lunettes montures, lentilles de contact et autres fournitures pour correction visuelle

Toutes les prestations de l'article 30 doivent être prescrites par un ophtalmologue, sauf la prestation 742711 (Intervention forfaitaire pour la monture de lunettes jusqu'au 18^e anniversaire).

5. Appareils de correction auditive

Les appareils de correction auditive (art. 31) doivent être prescrits par un spécialiste ORL.

6. Prestations de l'article 35 et 35bis (implants)

Les implants énumérés à l'article 35 et 35bis doivent être prescrits par un médecin spécialiste.

XI. La prescription d'avis diététique et de soins de podologie chez les patients diabétiques ou insuffisants rénaux chroniques²⁷⁴

1. Diabète : avis diététique et soins de podologie

Un patient inscrit dans le suivi du diabète de type 2 a droit à un avis diététique et des soins de podologie. Il est inscrit à partir du moment où le médecin généraliste qui gère le dossier médical global atteste la prestation 102852.

a. Qui peut prescrire ces soins ?

Jusqu'au 31 décembre 2017, pour les :

- **avis diététique** : le médecin généraliste, le médecin spécialiste en médecine interne ou le pédiatre
- **soins de podologie** : le médecin généraliste, le médecin spécialiste traitant en médecine interne, chirurgie ou chirurgie orthopédique.

b. Avis diététiques et diabète : nombre d'avis remboursés ?

Le remboursement est limité par an à une prestation de 60 minutes ou 2 de 30 qui doi(ven)t être effectuée(s) par un diététicien agréé.

Le diététicien doit tenir un dossier à jour et faire rapport au médecin traitant une fois par an.

²⁷⁴. A.R. du 10-01-1991, annexe 1 N 1.

c. Soins de podologie et diabète : nombre de soins remboursés ?

Le remboursement est limité à 2 prestations de 45 minutes par an effectuées à des dates différentes par un podologue agréé.

Le podologue doit établir et conserver un dossier et fournir un rapport au médecin traitant une fois par an.

d. Soins de podologie et diabète : conditions de remboursement

Pour obtenir un remboursement, en plus du diabète, un risque accru de problèmes au pied doit être présent. Cela doit être mentionné sur la prescription. Il peut s'agir :

- d'une grave formation de callosité
- de rigidité au niveau des articulations du pied
- d'un ulcère ancien ou actuel
- d'une amputation
- d'une insuffisance artérielle périphérique grave
- d'une arthropathie de Charcot.

2. Insuffisance rénale chronique : avis diététique

Dans le cadre d'un trajet de soins, le patient souffrant d'une insuffisance rénale chronique a droit à :

- 3 prestations d'avis alimentaire par an, pour une insuffisance rénale stade 4
- 4 prestations d'avis alimentaire par an, pour une insuffisance rénale stade 5.

Voir aussi la 4^e Partie, XII. Trajets de soins.

4^e Partie

Le généraliste et son patient





Cette quatrième partie passe en revue les différentes assurances soins de santé. L'information relative à l'assurance obligatoire soins de santé y est présentée du point de vue du patient (assurabilité, coût, ticket modérateur, maximum à facturer (MAF), tiers-payant, droits du patients).

I. Différents types d'assurances soins médicaux

1. L'assurance obligatoire "soins de santé" pour les assujettis à la sécurité sociale belge

Cette assurance obligatoire soins de santé et indemnités couvre tous les soins préventifs et curatifs prévus par la loi ASSI²⁷⁵. L'affiliation et le paiement des cotisations y sont légalement obligatoires. Certaines personnes dont les revenus sont faibles ne paient pas de cotisations.

Pour avoir droit aux avantages de cette assurance, le patient doit être affilié à une mutualité. Celle-ci vérifie son assurabilité, c.-à-d. l'ensemble des conditions qu'il doit remplir pour pouvoir bénéficier du remboursement des soins de santé.

2. L'assurance complémentaire des mutualités

Une mutualité peut rembourser certains soins non couverts par l'assurance obligatoire, moyennant paiement d'une cotisation complémentaire. Les soins couverts par cette assurance complémentaire varient d'une mutualité à l'autre.



Exemples

- lentilles pour jeunes
- vaccinations nécessaires en cas de voyages
- dédommagement pour baby-sitter en cas d'enfant malade
- cotisation pour les clubs sportifs
- orthodontie
- prothèses dentaires
- etc.

3. Les assurances dans d'autres régimes

Dans certains cas, une partie ou l'entièreté des soins médicaux sont couverts, entièrement ou en partie, par des assurances qui s'inscrivent dans le cadre d'un autre régime.

275. Loi ASSI, art. 34.

> Exemples

- assurance accident de travail des entreprises
- assurance responsabilité civile (par exemple, en cas d'accident de la circulation)
- Fonds des maladies professionnelles pour les maladies professionnelles
- assurances accidents sportifs ou scolaires
- assurance voyage.

Lorsqu'une de ces assurances intervient, l'assurance soins de santé rembourse l'éventuelle partie non prise en charge par l'assurance.

> Exemples

- L'assurance accident de travail rembourse la totalité des soins.
- Souvent les assurances privées ne remboursent que le ticket modérateur.

Dans la mesure du possible, vous devez introduire vos honoraires directement auprès de l'assurance responsable. Si la responsabilité n'a pas encore été établie, la mutualité peut avancer (au patient ou à vous-même en tiers-payant) le montant de ces prestations. La mutualité récupère ses avances auprès de l'assurance responsable lorsque la responsabilité a été établie au terme du jugement rendu (droit de subrogation²⁷⁶).

Dans le cas où une assurance, autre que l'assurance soins de santé, intervient (également) dans le coût des frais pharmaceutiques, le patient peut demander au pharmacien une attestation BVAC (Bijkomende Verzekering-Assurance Complémentaire) où sont mentionnés les montants non remboursés par les mutualités.

4. Les assurances privées et individuelles

Des assurances privées remboursent les frais de soins de santé qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire.

> Exemple

La plus connue est l'assurance hospitalisation. Selon la police d'assurance, les suppléments liés à la chambre individuelle sont remboursés de manière variable.

5. L'assurance « soins » ou « dépendance » en Flandre

L'assurance "soins ou dépendance" en Flandre couvre sous forme d'un forfait mensuel les soins non médicaux en cas de diminution d'autonomie à domicile ou d'admission en maisons de repos ou en institution de soins psychiatriques.

L'affiliation est obligatoire pour les personnes domiciliées en Flandre à partir de 25 ans et libre pour celles de la région de Bruxelles-Capitale.

www Plus d'informations : www.zorg-en-gezondheid.be.

6. Des assurances particulières

D'autres assurances particulières existent avec leurs règles propres.

- > L'assurance du personnel des institutions de l'Union européenne.

276. Loi ASSI, art. 136 § 2 al. 4.

II. Assurabilité « soins de santé » du patient

1. Assujetti à la sécurité sociale belge

a. Identifier l'assuré social

Vous pourrez identifier l'assuré au moyen de son titre d'identité électronique et lire électroniquement son numéro d'identification de sécurité sociale (NISS) qui est, dans la majorité des cas, le numéro de registre national.

Les titres d'identité électronique valables sont :

- la carte d'identité électronique classique (eID)
- la Kids-ID pour les enfants de moins de 12 ans
- la carte électronique délivrée aux ressortissants non belges de l'Union européenne qui séjournent en Belgique
- le titre de séjour électronique délivré aux ressortissants des pays hors Union européenne qui séjournent en Belgique
- la carte isi+ pour :
 - les travailleurs frontaliers de nationalité étrangère et leur famille
 - les travailleurs détachés temporairement en Belgique
 - les Belges domiciliés à l'étranger
 - les enfants de moins de 12 ans qui n'ont pas de Kids-ID.



Ce sont les mutualités qui délivreront progressivement et automatiquement les cartes isi+ à leurs affiliés.

b. Vérifier l'assurabilité (le droit au remboursement des soins de santé)

Vous pourrez consulter l'assurabilité de votre patient. Cela vous permettra de vérifier qu'il est en ordre vis-à-vis de sa mutualité en cas d'application du tiers-payant et de déterminer le montant du ticket modérateur.

Les mutualités sauvegardent les données dans une base de données et les tiennent à jour quotidiennement.

c. Preuve de l'assurabilité pour l'étranger

L'assujetti à la sécurité sociale belge qui voyage en Europe a intérêt à emporter sa carte européenne d'assurance maladie (CEAM) comme preuve de son assurabilité (cette carte peut être obtenue sur simple demande adressée à la mutualité)²⁷⁷.



Plus d'informations :

- www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > International > Vacances > Vous partez en vacances dans l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse
- www.medimmigrant.be, Soins de santé par statut de séjour > Ressortissants de l'UE.

²⁷⁷. Loi ASSI, art. 136 § 1 et A.R. du 03-07-1996, art. 294.

2. Personne en séjour temporaire en Belgique

a. Ressortissant de l'Espace économique européen²⁷⁸ et de la Suisse

Lorsqu'une personne est en possession d'une carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou d'un document assimilé, elle a droit aux prestations de santé qui s'avèrent nécessaires pour pouvoir continuer son séjour dans des conditions médicalement sûres.

Les soins de santé et leur remboursement sont effectués conformément à la législation belge.

! Vous devez appliquer les mêmes règles et documents (ordonnances, ASD, etc.) que s'il s'agissait d'un patient belge en ce qui concerne la qualité des soins, la tarification, l'information sur les prestations non remboursées, la délivrance des prescriptions et la remise des attestations²⁷⁹.

En cas d'application du tiers-payant, il faut faire une copie de la CEAM ou du document assimilé.

! La CEAM ne couvre en aucun cas les soins programmés.

En l'absence de CEAM, de document assimilé ou d'accord bilatéral, les mutualités belges ou les services sociaux des hôpitaux peuvent demander la preuve de l'assurabilité dans le pays de résidence.

b. Ressortissant d'un pays avec lequel la Belgique a conclu un accord bilatéral concernant la sécurité sociale (y compris l'assurance soins de santé)²⁸⁰

Lorsqu'un ressortissant de ces pays est en possession du formulaire d'accord bilatéral en question, il a droit aux soins médicaux d'urgence pendant la validité du formulaire aux mêmes conditions que les personnes en possession d'une CEAM (voir point a).

! Contrôlez toujours la validité des documents présentés (la durée de validité dépend du pays d'origine).

c. Résident originaire d'autres pays

Celui-ci paye lui-même ses frais médicaux.

www Plus d'informations :

- www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > International > Vacances > Vous partez en vacances dans l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse
- www.belgium.be, Santé > En voyage
- www.medimmigrant.be

278. Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie et Suède.

279. Traité et règlement européen 883/2004.

280. Algérie, Bosnie-Herzégovine, Kosovo, Macédoine, Monténégro, Serbie, Tunisie et Turquie.

3. Demandeur d'asile

a. Le demandeur d'asile en cours de procédure²⁸¹

Pour le demandeur d'asile dont la demande a été introduite :

- **avant le 1^{er} juin 2007**, si la demande est déclarée :
 - recevable : il reste assuré via la mutualité
 - non recevable : les dispositions ci-après sont applicables
- **après le 1^{er} juin 2007** et qui séjourne :
 - dans un centre collectif (par exemple de la Croix rouge), il peut faire appel au service médical du centre ou bien au médecin / à l'institution avec lequel/laquelle l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (Fedasil) a conclu un accord de collaboration
 - dans un centre individuel d'Initiative Locale d'Accueil (ILA = prise en charge par le CPAS dans une maison privée), les demandes d'intervention et les factures doivent être adressées à l'ILA à l'attention du CPAS
 - ailleurs (libre choix de résidence), la Cellule de centralisation des frais médicaux de Fedasil est chargée de l'information et du paiement des dispensateurs de soins.

Une demande (un réquisitoire) préalable d'intervention dans les frais médicaux doit être envoyée à cette cellule :



Cellule de centralisation des frais médicaux de Fedasil
rue des Chartreux 21
1000 Bruxelles
Tél. : 02 213 43 25
Fax : 02 213 44 12.

En cas d'urgence, il suffit que le médecin joigne une attestation confirmant qu'il s'agissait de soins urgents.

La nomenclature de l'INAMI est applicable avec certaines modifications²⁸².

b. Le demandeur d'asile reconnu comme réfugié

Il est inscrit dans une mutualité.

c. Le demandeur d'asile dont la demande a été rejetée ou en séjour illégal

Il n'est pas assurable par une mutualité. Cependant il a toujours droit à "l'aide médicale urgente" dans le cadre de la législation CPAS²⁸³. Cette réglementation est plus large que la loi sur l'aide médicale urgente. Il s'agit en fait de tous les soins médicalement nécessaires de nature préventive ou curative.

Un demandeur d'asile, qui était inscrit à une mutualité (voir point 3. a. : « demande introduite avant le 1^{er} juin 2007 »), garde son assurabilité jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit le refus du statut de réfugié.



Plus d'informations :

- auprès du CPAS local
- www.fedasil.be
- www.medimmigrant.be.

281. Loi du 12-01-2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers, en vigueur depuis le 01-06-2007.

282. A.R. du 09-04-2007.

283. A.R. du 12-12-1996 et loi CPAS du 08-07-1976, art. 57 § 2.

III. Le ticket modérateur

 Le **ticket modérateur (T.M.)** (appelé aussi quote-part, intervention personnelle ou part à charge du patient) est la partie des honoraires de la prestation non remboursée par l'ASSI et donc supportée par le patient.

 **Exemple (Fictif) :** Les honoraires de la prestation sont de 25 EUR. Le remboursement par l'ASSI est de 20 EUR. Le T.M. supporté par le patient est de 5 EUR.

Cette contribution permet de maîtriser la consommation médicale et de maintenir l'équilibre financier de l'assurance soins de santé.

Le ticket modérateur est-il toujours le même²⁸⁴ ?

Le ticket modérateur peut varier de 0% pour des traitements indispensables, à 80% pour des traitements moins importants (p.ex., la catégorie Cx des médicaments).

Le ticket modérateur dépend aussi :

- du statut du patient (par exemple bénéficiaire de l'intervention majorée, BIM)
- du dispensateur de soins (conventionné ou non)
- des circonstances dans lesquelles la prestation est effectuée
- de la classe des médicaments.

a. Le statut du patient

Le T.M. est diminué²⁸⁵ pour certaines catégories de patients en fonction :

- de l'âge du patient :
 - jusqu'au 10^e anniversaire, le ticket modérateur est limité pour les visites du médecin généraliste
 - jusqu'au 18^e anniversaire, les soins dentaires (sauf l'orthodontie) sont remboursés sans ticket modérateur
 - à partir de 18 ans, le ticket modérateur pour les soins dentaires varie selon la prestation effectuée et le statut du patient (voir ci-après)
- de certains avantages sociaux²⁸⁶ pour les :
 - ayants droit au minimum vital (« revenu d'intégration sociale²⁸⁷ ») s'ils en ont bénéficié pendant au moins 3 mois complets ininterrompus
 - bénéficiaires de secours accordés par le CPAS dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 s'ils en ont bénéficié pendant au moins 3 mois complets ininterrompus
 - titulaires bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées (GRAPA)²⁸⁸

284. Loi ASSI, art. 34 et 37.

285. A.R. du 23-03-1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ... pour certaines prestations.

286. A.R. du 23-03-1982 et A.R du 15-01-2014 relatif à l'intervention majorée.

287. Loi du 26-05-2002.

288. Loi du 22-03-2001.

- titulaires bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées ainsi que celui qui conserve le droit à la majoration de la rente²⁸⁹
- personnes bénéficiant effectivement d'une allocation aux personnes avec un handicap²⁹⁰
- bénéficiaires d'allocations familiales majorées (en raison d'une incapacité physique ou mentale supérieure à 66%)
- mineurs étrangers non accompagnés dans certaines circonstances²⁹¹
- orphelins de père et de mère bénéficiant des allocations familiales
- des revenus du ménage limités à un certain plafond. Deux cas sont possibles :
 - le patient est :
 - veuf, pensionné ou invalide
 - inscrit au Registre national des personnes physiques et reconnu incapable d'exercer un travail lucratif en raison de son état de santé
 - en incapacité de travail ou chômeur complet depuis un an
 - titulaire d'une famille monoparentale
 - membre d'un ménage qui a droit à une allocation de chauffage attribuée par le CPAS.

La mutualité lui demandera de compléter une déclaration relative aux revenus **actuels** de son ménage et de joindre notamment le dernier avertissement extrait de rôle. Les revenus doivent être inférieurs à un plafond annuel fixé en fonction du nombre de personnes du ménage

- le patient n'est pas dans une de ces situations citées au point précédent, mais les revenus du ménage ne dépassent pas un plafond annuel en fonction du nombre de personnes du ménage.

La mutualité lui demandera de compléter une déclaration relative aux revenus du ménage **l'année précédente** et de joindre notamment le dernier avertissement extrait de rôle.

Dans les 2 cas, la mutualité vérifiera par la suite les revenus selon une procédure appelée « contrôle systématique » dans lequel la mutualité, le SPF Finances et le Service du contrôle administratif de l'INAMI interviennent.

- du statut de « patient palliatif ». Il n'y a pas de ticket modérateur pour les soins dispensés aux patients palliatifs à domicile.



Plus d'informations :

- SPF Sécurité sociale : www.securitesociale.be, Citoyen > Santé : Remboursement de frais médicaux ou www.handicap.fgov.be, Direction générale Personnes handicapées
- INAMI : www.inami.be > Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Facilités financières > L'intervention majorée offre un meilleur remboursement de frais médicaux.

289. Loi du 01-04-1969.

290. Loi du 27-02-1987.

291. Loi ASSI, art. 32 al. 1 22°.

b. Le statut des dispensateurs de soins

Pour les kinésithérapeutes, les accoucheuses, infirmières et auxiliaires paramédicaux qui n'ont pas adhéré à la convention nationale, le ticket modérateur (T.M.) peut être plus élevé. Ceci n'est pas valable pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée BIM (excepté pour certains soins infirmiers où il peut y avoir une augmentation limitée du T.M.).

c. Les circonstances

Le T.M. dépend également des circonstances dans lesquelles la prestation est effectuée :

- les personnes hospitalisées ne paient qu'un forfait minimal par journée d'hospitalisation pour l'ensemble des médicaments remboursables
- le T.M. peut également être réduit pour promouvoir la qualité des soins. Par exemple : le T.M. est moindre quand le médecin généraliste tient un dossier médical global pour son patient
- le montant du T.M. pour une consultation dans un service d'urgences agréé est moins élevé quand le patient a été envoyé par un médecin généraliste ou un service médical d'urgence, ou transporté par le service 100²⁹²
- il n'y a pas de T.M. pour les examens réalisés dans le cadre du dépistage des cancers organisé par les Régions et Communautés



Exemple : mammographie, recherche de sang occulte dans les selles.

d. La classe des médicaments

Les médicaments sont regroupés en différentes catégories de remboursement. Le montant du ticket modérateur diffère, non seulement en fonction de cette catégorisation, mais aussi en fonction du statut du patient (bénéficiant d'une intervention majorée ou non).

Tableau 7 : Plafonds des tickets modérateurs (T.M.) pour les médicaments

Catégories de remboursement	Patients avec remboursement majoré	Patients sans remboursement majoré
A	Remboursé à 100 %	Remboursé à 100 %
B	T.M. de 7,80 EUR maximum	T.M. de 11,80 EUR maximum
B grand modèle*	T.M. de 9,70 EUR maximum	T.M. de 14,70 EUR maximum
C	T.M. de 9,70 EUR maximum	T.M. de 14,70 EUR maximum
Cs	Remboursé à 40 % T.M. sans maximum	Remboursé à 40 % T.M. sans maximum
Cx	Remboursé à 20 % T.M. sans maximum	Remboursé à 20 % T.M. sans maximum
D	Pas de remboursement	Pas de remboursement
Fb	T.M. de 7,80 EUR maximum	T.M. de 11,80 EUR maximum
Fb grand modèle*	T.M. de 9,70 EUR maximum	T.M. de 14,70 EUR maximum

* Un grand modèle contient plus de 60 doses.

L'adhésion ou non à l'accord national pour médecins et praticiens de l'Art dentaire n'a pas d'influence sur le T.M..

Plus d'informations : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Médicaments > Remboursement d'un médicament > Spécialités pharmaceutiques remboursables > Le ticket modérateur des spécialités pharmaceutiques délivrées en pharmacie publique.

e. Êtes-vous obligé de demander le T.M. ?

Il n'y a aucune obligation de demander le T.M.

292. NPS, art. 25 § 3bis.

293. A.R. du 23-03-1982, portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance-soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, art. 7 c.

Une diminution du T.M. est prévue pour les prestations de kinésithérapie et de physiothérapie pour les patients qui présentent une des affections mentionnées sur la liste des pathologies lourdes (liste E²⁹¹).

IV. Le maximum à facturer (MAF)



Il n'est pas tenu compte des suppléments demandés par les dispensateurs, des médicaments de type Cx, Cs et D, des frais d'hébergement dans les maisons de repos et de soins, des initiatives d'habitation protégée, de la marge de sécurité de certaines prothèses, de certains frais occasionnés à l'étranger.



Le **maximum à facturer** (MAF) est le montant maximum des tickets-modérateurs qu'un patient ou un ménage doit payer pour certains soins de santé durant une année civile.

Il permet d'augmenter, pour chacun, l'accessibilité financière aux soins de santé. Dès que la somme des tickets modérateurs de certains soins de santé d'un patient ou d'un ménage excède un plafond déterminé (MAF) durant une année civile, ce patient ou ce ménage se voit rembourser intégralement les tickets modérateurs pour les soins de santé qui entrent en ligne de compte pour ce calcul du MAF pour le reste de cette année civile.



Plus d'informations : www.inami.be, Thèmes > Soins de santé : coût et remboursement > Facilités financières > Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé.

V. Tiers-payant²⁹⁴



Le **tiers-payant** est le mode de paiement par lequel le dispensateur de soins reçoit le montant de l'intervention remboursé par l'assurance soins de santé et indemnités de la mutualité à laquelle le patient est affilié²⁹⁵. Seuls les éventuels tickets modérateurs et suppléments sont directement perçus auprès du patient.

Pour les exceptions et les modalités, voir 2^e Partie, VII.

VI. Droits du patient

La loi du 22 août 2002 détermine un certain nombre de droits au patient. Ci-après, un aperçu des dispositions les plus importantes.

1. Définitions et champ d'application

On entend par :

- **patient** : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non
- **praticien professionnel** : tout praticien, tant conventionnel²⁹⁶ que non conventionnel²⁹⁷ (homéopathe, chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur)
- **champ d'application** : tant le droit privé que le droit public, contractuel ou « non-contractuel »
- **conditions** : le praticien professionnel respecte les dispositions de cette loi, le cas échéant en concertation multidisciplinaire, pour autant que le patient y apporte son concours.

294. A.R. du 18-09-2015.

295. Loi ASSI, art. 2 s.

296. Loi professions de santé.

297. Loi du 29-04-1999.

2. De quels droits le patient bénéficie-t-il ?

Le patient bénéficie :

- des droits généraux :
 - à la dignité humaine et à l'autonomie
 - à des soins de qualité répondant à ses besoins
- du libre choix du praticien professionnel et de modifier son choix
- du droit, par rapport aux informations concernant son état de santé, soit :
 - d'obtenir toutes les informations nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution (également en cas d'éventuel pronostic funeste) :
 - verbalement, dans une langue claire
 - par écrit, à sa demande
 - par l'entremise d'une personne de confiance suite à une demande écrite de sa part.

Exception : en cas de danger pour la santé du patient. Dans ce cas, le praticien professionnel doit se concerter avec d'autres praticiens professionnels. La raison pour laquelle les informations ont été refusées doit être motivée dans le dossier

- de ne pas être informé : moyennant une demande écrite, il peut refuser de recevoir toute information.

Exception : en cas de danger pour la santé du patient ou de tiers. Dans ce cas, le praticien professionnel doit se concerter avec un autre praticien professionnel

- du droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Concernant :
 - l'information sur l'intervention, elle comprend au préalable et en temps opportun :
 - l'objectif
 - les modalités
 - les contre-indications
 - les effets secondaires
 - les soins de suivi
 - les alternatives possibles
 - les répercussions financières
 - les conséquences possibles en cas de refus
 - la date
 - le consentement à une intervention, il :
 - est donné expressément, sauf lorsque le praticien peut raisonnablement déduire du comportement du patient qu'il consent à l'intervention
 - est éventuellement fixé par écrit, à la demande du praticien ou du patient, avec l'accord de l'autre
 - peut être refusé ou retiré par le patient. A la demande d'une des deux parties, ce refus ou ce retrait sont fixés par écrit.

Remarques :

- le refus d'une intervention n'entraîne pas l'extinction du droit du patient à des prestations de qualité
- le refus d'une intervention doit être respecté, même si le patient n'est plus par la suite en mesure d'exercer ses droits lui-même
- en cas d'urgence, sans l'existence connue d'une volonté exprimée par le patient ou son représentant légal, toute intervention nécessaire du praticien professionnel est pratiquée dans l'intérêt du patient
- du droit à un dossier et à sa consultation. Le patient a le droit :
 - d'avoir un dossier soigneusement tenu, et conservé en lieu sûr, où il peut lui-même ajouter des documents
 - de consulter son dossier. Le praticien doit donner suite à sa demande dans les 15 jours mais les annotations personnelles ainsi que les données concernant des tiers ne pourront pas être consultées
 - de faire consulter son dossier par une personne de confiance. Si cette dernière est un praticien professionnel, ce dernier a également le droit de consulter les annotations personnelles. Si le praticien refuse la consultation du dossier pour des raisons médicales, le patient peut désigner un autre praticien professionnel pour exercer son droit.
 - d'obtenir une copie de son dossier. Ce droit peut être refusé quand le patient est mis sous pression par des tiers pour obtenir ces renseignements.

+ Le prix maximum est de 0,10 EUR par page copiée et de 25 EUR pour une copie totale du dossier. Pour l'information sauvegardée de manière informatique, le prix est de 10 EUR maximum²⁹⁶.

Après le décès, pour autant que la demande soit suffisamment motivée et que le patient ne s'y soit pas opposé, la famille peut faire consulter le dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné en tant que personne de confiance. Celui-ci peut également consulter les annotations personnelles. Il est interdit de prendre une copie du dossier

- du droit à la protection de sa vie privée en ce qui concerne :
 - les informations liées à sa santé
 - son intimité. La présence de personnes est limitée au strict nécessaire dans le cadre des examens/traitements à effectuer.

Exception : pour la protection de la santé publique ou la protection des intérêts ou droits de tiers

- du droit d'introduire une plainte. Lorsque la plainte vise un dispensateur qui travaille :
 - dans un hôpital, le patient contacte le service de médiation de cet hôpital
 - en dehors d'un hôpital (ex. médecin généraliste, médecin spécialiste à son cabinet privé, infirmière indépendante, dentiste, etc.), le patient peut s'adresser au service de médiation fédéral « Droits du patient ».

+ Chaque hôpital est obligé d'instaurer une fonction de médiation qui doit travailler indépendamment des dispensateurs de soins.



SPF Santé publique
DG Soins de santé
Service de médiation fédérale « Droits du patient »
Place Victor Horta, 40 boîte 10
1060 Bruxelles
Médiateur fédéral francophone : Tél : 02 524 85 21 - Fax : 02 524 85 38
E-mail : mediation-droitsdupatient@sante.belgique.be.

- d'être informé :
 - de votre statut d'autorisation d'exercer
 - que vous disposez, ou non, d'une assurance responsabilité civile professionnelle.

 Plus d'informations:

- www.health.fgov.be, Santé > Droits des patients.
- www.patientrights.be.

3. Qui représente le patient si celui-ci est mineur ou incapable d'exercer ses droits lui-même ?

a. Pour les mineurs et les personnes assimilées

C'est le parent ou le tuteur, mais le patient est associé à l'exercice de ses droits en fonction de son âge et de sa capacité de compréhension. Un mineur émancipé peut donc exercer entièrement ses droits.

b. Pour les patients incapables d'exercer eux-mêmes leurs droits²⁹⁹

Ceux-ci sont exercés en ordre décroissant par :

- un représentant s'il a été désigné au préalable par un mandat du patient. Ce mandat doit être signé par le patient et par son représentant
- la famille, en l'absence de mandat, et par ordre de priorité :
 - l'époux / l'épouse ou le / la partenaire
 - un enfant majeur
 - un parent
 - un(e) frère/sœur majeur(s)
- le praticien professionnel (également en cas de désaccord entre des représentants).

Lorsqu'il s'agit du droit de porter plainte, cet ordre n'est pas d'application.

Exceptions :

- dans le cadre de la protection de la vie privée, le praticien professionnel peut exiger que le droit à la consultation du dossier par le représentant du patient s'exerce par un autre praticien professionnel choisi par le patient
- dans le cadre de la protection de la vie et de la santé du patient, le praticien professionnel peut déroger à une décision du représentant, le cas échéant après une concertation multidisciplinaire, sauf si le représentant est en possession d'un mandat écrit invoquant la volonté expresse du patient.

299. Loi "Droits du patient", art. 14 §§ 1 et 2 et art. 15.

VII. Le dossier médical

1. Devez-vous établir un dossier pour chaque patient ?

Vous êtes obligé de tenir un dossier médical pour chaque patient selon :

- le code de déontologie médicale³⁰⁰
- la loi sur les droits du patient qui prévoit que vous conserviez en lieu sûr un dossier où le patient peut lui-même ajouter des documents (voir aussi 4^e Partie, VI. 2.)
- l'accréditation (voir 1^e Partie, VII. 3.).

La législation INAMI ne prévoit pas d'obligation de tenir un dossier médical. Toutefois, pour certains documents, rapports, tracés, graphiques et protocoles (radiographies, examens de laboratoire, etc.), la nomenclature prévoit l'obligation de les conserver au minimum pendant 2 ans. En l'absence de cette obligation, vous devez pouvoir démontrer dans le dossier que la prestation a été effectuée (voir 2^e Partie, V. 9. "Obligation de conservation de documents").

2. Combien de temps devez-vous conserver le dossier médical ?

Le code de déontologie prévoit un délai de conservation de 30 ans à partir de la date du dernier contact avec le patient ou de son décès³⁰¹. C'est dans votre intérêt de conserver les dossiers, puisque votre responsabilité civile reste engagée même après l'arrêt de vos activités professionnelles.

3. Le dossier médical global³⁰²



Dans les maisons médicales, le DMG est inclus dans le forfait mensuel payé par patient inscrit à la maison médicale³⁰³.



Le **dossier médical global (DMG)** est un dossier qui contient les données ci-après et que vous mettez à jour régulièrement. Sa gestion vous permet d'attester la prestation 102771 (gestion du DMG) une fois par an par patient.

a. Quelles sont les conditions à respecter pour pouvoir attester la gestion du DMG ?

Pour pouvoir attester la gestion du DMG, il faut :

- que vous soyez médecin généraliste agréé
- une demande expresse du patient (ou de son représentant s'il ne peut s'exprimer) de gérer son dossier. Vous devez mentionner cette demande dans le dossier
- vérifier l'identité du patient par la demande d'une pièce d'identité, sauf s'il existe une relation de confiance avec lui qui fait présumer que son identité est connue
- attester le DMG lors d'une consultation ou une visite.

300. Code de déontologie médicale, art. 38.

301. Code de déontologie médicale, art. 46.

302. Accord national médico-mutualiste du 17-12-2008, point 7 et A.R. du 25-07-2014.

303. A.R. du 23-04-2013, art. 6 § 5.

Vous pouvez attester ce numéro une fois par année calendrier, soit par une attestation de soins donnés, soit de manière électronique (voir point suivant). Par ASD, vous pouvez employer le système du tiers-payant si le patient le demande.

Il s'agit d'honoraires supplémentaires pour les numéros de code 101032, 101076, 103132, 103412, 103434.

b. Gestion électronique de la prestation 102771

Si vous le désirez, vous pouvez gérer la prestation 102771 par voie électronique. Via votre logiciel, vous vous connectez à MyCareNet et la plate-forme eHealth.

En introduisant la carte d'identité du patient dans votre lecteur de carte, vous créez une « relation thérapeutique » entre lui et vous au sein de la source authentique gérée par eHealth. Via eHealth et MyCareNet vous envoyez à la mutualité une notification « DMG ». La mutualité vérifie que les conditions sont respectées (pas de DMG chez un autre médecin notamment), et vous verse le montant du DMG dans les 30 jours.

c. Comment prolonger la gestion du DMG ?

Chaque année, soit :

- vous attestez le code lors d'un contact avec le patient. Le patient peut vous le payer comptant, ou vous pouvez le demander en tiers-payant à sa mutualité à sa demande
- la mutualité prolonge la gestion du DMG sur la base d'au moins un contact entre vous et le patient au cours de l'année, et à condition qu'un autre médecin n'ait pas demandé la prestation 102771. La mutualité vous paie alors la prestation en tiers-payant.

Si vous utilisez la gestion électronique, la mutualité prolonge automatiquement la gestion du DMG et vous paye la prestation dans les 30 jours qui suivent la réception par la mutualité d'une attestation de soins donnés attestant du premier contact de l'année entre vous et le patient.

d. Quelles informations le dossier médical global contient-il ?

Le dossier médical global contient :

- les données socio-administratives du patient
- les données médicales :
 - les antécédents
 - les problèmes
 - les rapports d'autres dispensateurs de soins
 - le traitement des affections chroniques (entre autres la médication)
 - les mesures préventives adaptées en fonction de l'âge et du sexe, et portant au minimum sur :
 - le mode de vie (alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool)
 - la prévention des maladies cardio-vasculaires
 - le dépistage des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus
 - l'état vaccinal
 - les dosages biologiques : lipides (> 50 ans), glycémie (>65 ans), créatinine et protéinurie si nécessaire
 - le dépistage de la dépression
 - les soins bucco-dentaires.



Vos notes personnelles ne font pas partie du DMG.

e. Quel avantage financier le DMG offre-t-il au patient ?

Le DMG permet au patient d'obtenir une réduction de son ticket modérateur de 30% pour les consultations. Les patients de plus de 75 ans et les malades chroniques bénéficient de cette réduction pour les visites aussi.

-  Ces réductions ne sont octroyées que si ces prestations ont été effectuées par un médecin généraliste ayant accès aux données du DMG.
-  Plus d'informations : www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : Médecins > Qualité des soins > Le dossier médical global (DMG).

4. Le dossier médical d'un enfant

Les parents d'un enfant qui est votre patient, « ... doivent s'accorder sur les décisions importantes relatives à la santé, [...], de leurs enfants »³⁰⁴.

Pour votre part, même si vous savez que les parents ne vivent pas ensemble, vous disposez d'une présomption d'accord du parent absent pour les décisions médicales³⁰⁵.

Toutefois, si vous apprenez que l'autre parent a un point de vue différent sur la prise en charge de la santé de l'enfant, vous devez tenir compte de cette divergence et vous efforcer d'obtenir l'assentiment des deux parents pour un acte médical déterminé (sauf en cas d'urgence).

Si cela n'est pas possible, et si toute autre solution est exclue (via l'opinion d'un autre médecin par exemple), vous pouvez remettre à chacun des parents une attestation identique où vous conseillez aux parents de s'adresser au juge dans l'intérêt de la santé de l'enfant³⁰⁶.

Chacun des parents a droit aux mêmes informations médicales concernant son enfant, et notamment au dossier médical, même pour le parent qui n'exerce pas l'autorité parentale à la suite d'une décision de justice³⁰⁷ ou ne dispose que d'un droit de visite.

Cela implique que vous ne pouvez transférer le dossier médical d'un enfant à la demande d'un parent vers un (des) autre(s) médecin(s) qu'avec l'accord de l'autre parent.

VIII. L'échelonnement des soins

1. Envoi chez un spécialiste³⁰⁸

Le patient qui possède un DMG peut obtenir une fois par an une réduction du ticket modérateur en cas de consultation chez certains spécialistes à condition qu'il soit envoyé par le médecin traitant. Ceci est valable pour certaines spécialités. Le document d'envoi doit être présenté à la mutualité en même temps que l'attestation de soins donnés du spécialiste pour obtenir le remboursement majoré.

304. Code civil, art. 374 § 1.

305. Code civil, art. 373.

306. Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16-11-1996, 2.b.

307. Code civil, art. 374 § 1.

308. A.R. du 26-11-2006 concernant l'intervention personnelle des bénéficiaires qui consultent un médecin spécialiste après avoir été envoyés par un médecin de médecine générale.

2. Patient qui présente une pathologie complexe

La nomenclature prévoit un code spécifique (102955 et 102970) pour une première consultation chez un médecin spécialiste en médecine interne, d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants. Cet examen s'effectue sur la base des éléments existants dans le dossier médical du patient. Le médecin (vous ou un spécialiste) doit motiver son envoi en rédigeant par exemple un rapport médical détaillé.

3. Patient avec une (suspicion de) démence

La nomenclature prévoit des codes spécifiques (102933, 102992 et 477573) pour la réalisation d'un bilan diagnostic spécialisé de la démence par un spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie. Ces prestations sont attestables uniquement sur prescription du médecin spécialiste ou généraliste traitant pour un patient chez qui il suspecte une démence débutante.

IX. Le médecin généraliste et le patient âgé

1. Soins à domicile

Votre rôle central dans l'organisation des soins à domicile est défini dans un protocole de collaboration³⁰⁹.

En tant que médecin généraliste traitant, vous pouvez prescrire l'évaluation gériatrique pluridisciplinaire par le médecin spécialiste en gériatrie (numéro de nomenclature 102233). Cet examen doit être effectué dans la section polyclinique d'un service de gériatrie chez des patients âgés de plus de 75 ans et ne peut être attesté qu'une seule fois par an. Vous devez recevoir un rapport de la mise au point gériatrique avec une proposition de soins à domicile pluridisciplinaires individualisés ou d'admission adaptée dans une institution de soins chroniques.

L'examen gériatrique de sortie (d'un service G service de gériatrie et revalidation) avec un plan de soins pluridisciplinaires détaillé pour la suite du traitement, la postcure et la réadaptation fonctionnelle à domicile ou dans un milieu qui le remplace doit être établi à l'attention du médecin généraliste traitant.

2. Soins dans un établissement³¹⁰

a. Les établissements

Selon la baisse du taux d'autonomie, la personne âgée peut être admise dans :

- un centre de soins de jour (CSJ)
- une maison de repos pour personnes âgées (MRPA)
- une maison de repos et de soins (MRS)³¹¹.

309. Protocole de collaboration du 25-07-2001.

310. A.R. du 03-07-1996, art. 147 à 153.

311. Loi ASSI, art. 34 11^o (MRS) et 12^o (MRPA).



Classification de la catégorie de dépendance suivant la gravité de la baisse du taux d'autonomie : 0 (pas de dépendance), A, B, C, Cc (entre autres état végétatif). La catégorie de dépendance est déterminée par l'infirmier (éventuellement par le médecin traitant) à l'aide de l'échelle de Katz.

Un dossier de soins infirmiers est obligatoire à partir de la catégorie A.

La catégorie de dépendance du patient est déterminée en fonction d'un certain nombre de critères³¹². Une MRS n'admet que les personnes âgées se trouvant au moins dans la catégorie de dépendance B³¹³. Pour un séjour dans un CSJ, une dépendance minimale est également exigée³¹⁴.

En cas d'absence temporaire de la couverture de soins, la personne âgée peut être admise dans un centre de soins de jour (dans la plupart des cas, le centre est intégré dans une maison de repos).

b. Financement

Les établissements sont financés essentiellement par une intervention par jour et par assuré dont la valeur dépend de l'évaluation globale relative à la catégorie de dépendance de tous les habitants de l'établissement. Cette intervention couvre entre autres les soins infirmiers, de logopédie et d'ergothérapie³¹⁵ ainsi que la rémunération du médecin coordinateur et conseiller (MCC) (voir ci-après).

La kinésithérapie est comprise dans l'intervention pour les résidants d'une MRS, mais pas pour les résidants d'une MRPA (dans ce cas, il faut une prescription du médecin traitant).

c. Rôle du médecin généraliste

DANS LES MRPA

Vous êtes libre de suivre votre patient comme à son domicile.

DANS LES MRS

Dans une MRS, vous vous engagez à appliquer le règlement d'ordre interne concernant l'activité médicale. L'engagement sera fixé par écrit et réglera au moins les matières suivantes :

- la contribution à la rédaction et à l'utilisation du formulaire pharmaceutique
- l'adhésion aux procédures de soins notamment en matière d'escarres et d'hygiène
- le mode de perception des honoraires
- les contacts avec les familles
- les heures normales d'ouverture sauf en cas d'urgence
- les réunions de concertation et la formation continue.

Dans chaque MRS, le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller (MCC)³¹⁶, qui est médecin généraliste et qui, au plus tard deux ans après sa désignation, doit avoir obtenu un certificat de formation complémentaire de 24 heures donnant accès à la fonction. Il doit ensuite poursuivre une formation permanente de 6 heures par an.

Le MCC doit accomplir 75% de ses prestations au sein de la MRS.

Le MCC joue un rôle d'intermédiaire entre d'une part les médecins généralistes et de l'autre la direction et le personnel soignant. Il assume les responsabilités suivantes :

- en relation avec le corps médical :
 - il organise, à intervalles réguliers, des réunions de concertation individuelles et collectives avec les médecins traitants

312. A.R. du 03-07-1996, art. 150-151, catégories de dépendance.

313. A.R. du 24-06-1999, annexe N1.

314. A.R. du 03-07-1996, art. 148bis.

315. A.M. du 06-11-2003.

316. A.R. du 21-09-2004, art. N1, annexe 1 B 3 h.

- il a la responsabilité de :
 - coordonner et organiser la continuité des soins médicaux
 - coordonner la composition et la tenue des dossiers médicaux
 - coordonner les activités médicales afférentes à des affections qui constituent un danger pour les résidents ou le personnel
 - coordonner la politique de soins avec au minimum la rédaction et l'utilisation du formulaire pharmaceutique
 - organiser des activités de formation continue à l'intention de tous les médecins traitants
- en relation avec le personnel soignant :
 - il collabore à l'organisation des activités de recyclage du personnel infirmier, soignant et paramédical et à la promotion de l'hygiène générale de l'établissement
 - il se consacre aux soins palliatifs, dans la maison de repos et de soins, en particulier à la formation du personnel soignant, paramédical et infirmier.

X. Le médecin généraliste et le patient hospitalisé

Vous jouez un rôle important quand votre patient est admis à l'hôpital (envoi, suivi lors du séjour, soins après l'hospitalisation). Dans ce cadre, interviennent non seulement des aspects médicaux mais également des éléments juridiques et financiers.

1. Aspect médical : rendre visite à votre patient hospitalisé ?

Vous pouvez librement rendre visite à votre patient à l'hôpital. Avec l'accord du patient vous pouvez avoir accès au dossier médical et aux notes personnelles du médecin traitant hospitalier. Sans l'accord du patient, le médecin traitant hospitalier est tenu par le secret professionnel.

Si vous êtes agréé, vous pouvez attester la visite à un patient hospitalisé³¹⁷ :

- dans tous les services, une fois par semaine (prestation 109723). Dans ce cas, vous devez mentionner la conclusion de la concertation avec le médecin traitant hospitalier dans le dossier du patient. Les frais de déplacement sont inclus.
Cette prestation ne peut être cumulée avec :
 - d'autres prestations exécutées le même jour en milieu hospitalier (sauf l'aide opératoire)
 - une aide opératoire le même jour pour un même patient
- si le patient est en unité de soins palliatifs et que vous lui rendez visite à sa demande ou celle de sa famille, une fois par jour (prestation 109701)
- si le patient est en service psychiatrique et que la demande émane du psychiatre, deux fois par mois avec un maximum de 12 par an (prestation 109045). Vous devez mentionner votre avis dans le dossier.

317. NPS, art. 2 C, visites.

2. Aspects financiers

a. Que paie le patient ?

Le prix de la journée et les prestations pour les patients hospitalisés sont facturés via le système du tiers-paiant³¹⁸.

Le patient paie seulement les forfaits, les tickets-modérateurs, les suppléments éventuels et les produits et services non remboursés par l'assurance obligatoire.

b. Quand le médecin peut-il porter en compte des suppléments d'honoraires ?

EN CAS D'ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE

Le médecin, hospitalier ou non, peut demander des suppléments d'honoraires au patient séjournant en chambre à un lit à condition que le patient soit prévenu et sauf :

- si son état de santé ou les conditions techniques d'examen, de traitement ou de surveillance nécessitent qu'il soit en chambre individuelle
- s'il est installé dans une chambre individuelle parce qu'il n'y a plus de place disponible en chambre double ou commune
- pour une admission dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de sa volonté et pour la durée de son séjour dans cette unité
- en cas d'admission d'un enfant à l'hôpital avec un parent accompagnant (sauf si ce dernier a signé un document demandant explicitement une chambre individuelle).

! Si le médecin non conventionné n'a pas informé le patient, au préalable, des heures et jours auxquels il n'adhère pas à l'accord, il doit dans ce cas appliquer les tarifs de l'accord³¹⁹. Ceci est aussi valable pour les consultations à l'hôpital.

Le médecin non conventionné peut fixer lui-même le montant de ses honoraires à condition de respecter :

- le code de déontologie³²⁰
- les tarifs maximums fixés et appliqués. Ils sont communiqués aux mutualités et au patient lors de son admission à l'hôpital.

EN ABSENCE D'ACCORD MEDICO-MUTUALISTE

Chaque médecin peut fixer librement ses honoraires, aux mêmes conditions qu'un médecin non conventionné en cas d'accord. Au lieu des tarifs de l'accord, il faut appliquer les tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance. Le ministre peut toutefois imposer d'autres tarifs maximum.



Les suppléments peuvent être portés en compte au patient uniquement s'il séjourne en chambre seule à sa demande explicite.

c. Quand l'hôpital peut-il demander des suppléments d'hospitalisation ?

Pour le séjour en chambre individuelle, y compris en hospitalisation de jour, un supplément peut être facturé à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital puissent être mis à la disposition de patients qui souhaitent être admis sans suppléments³²¹.

318. A.R. du 18-09-2015, art. 6 al. 1.

319. Loi ASSI, art. 50 § 3bis.

320. Code de déontologie médicale, art. 71.

321. Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10-07-2008, dite loi sur les hôpitaux, art. 97 § 1.



Toutes les interdictions prévues au point 2.b. sont d'application aussi.

d. Le patient doit-il être informé au sujet des frais d'hospitalisation ?

Le patient doit être informé au sujet des coûts de son hospitalisation au plus tard lors de la prise en charge au moyen de :

- la **déclaration d'admission**³²². Le patient doit y indiquer avec précision s'il souhaite ou non être soigné au tarif de la convention et quel type de chambre il choisit.

La déclaration d'admission est signée en deux exemplaires originaux, à raison d'un exemplaire pour le gestionnaire et d'un exemplaire pour le patient ou son représentant légal. En cas d'admission en urgence, le patient ou son représentant légal signe la déclaration d'admission dès qu'il est en état de le faire physiquement et mentalement.

Un document doit être joint à la déclaration d'admission, qui donne au patient les informations nécessaires concernant les tarifs (suppléments de chambre, suppléments d'honoraires) exprimés en EUR et en % des tarifs de l'accord. La déclaration d'admission doit être intégralement complétée. Tous les documents signés et tous les actes posés par le patient ou son représentant légal qui sont contraires à la déclaration d'admission sont caduques

- une **liste de prix** de tous les produits et services sans indication médicale stricte.

S'il s'agit d'un mineur d'âge, les parents doivent signer un document supplémentaire dans lequel ils expriment explicitement leur choix pour une chambre individuelle ou non.

e. L'hôpital peut-il demander des avances ?

L'hôpital peut demander des avances pour :

- les frais de séjour
- l'intervention personnelle forfaitaire dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables
- la participation supplémentaire du patient pour le premier jour d'hospitalisation
- les autres participations personnelles dans le prix de la journée d'entretien³²³.

Des avances peuvent être réclamées :

- au plus tôt le 1^{er} jour de l'hospitalisation
- au début de chaque nouvelle période de sept jours.

Une avance ne peut être réclamée en cas d'hospitalisation de jour (sauf si le patient exige une chambre individuelle ou une chambre de deux patients pour lesquelles un supplément peut être demandé).

L'excédent éventuel est remboursé :

- immédiatement lors du paiement au comptant
- dans les trois mois qui suivent la fin du mois au cours duquel le patient a quitté l'hôpital quand la facture (note d'hospitalisation) est envoyée.

- ! L'impossibilité pour un patient de payer une avance ne peut justifier le refus de son séjour dans l'établissement hospitalier au prix prévu dans le budget des moyens financiers³²⁴.



La loi relative aux droits du patient prévoit également de manière explicite que le patient doit être informé préalablement des conséquences financières d'un traitement (voir 4^e Partie, VI. "Droits du patient").

322. A.R. du 17-06-2004.

323. Convention entre les institutions de soins et les Organismes assureurs de 2007, art. 7.

324. Loi sur les hôpitaux, art. 95.

f. Règles particulières en matière de perception d'honoraires auprès de patients hospitalisés

Ces honoraires sont perçus de façon centrale. Tout paiement direct au médecin est interdit³²⁵.

3. Aspect juridique : responsabilité de l'hôpital pour les soins y dispensés ?



L'hôpital est responsable pour les actes **médicaux** de tous les dispensateurs de soins qui y travaillent³²⁶.

Si le médecin spécialiste a le statut d'employé, il est uniquement responsable des préjudices qu'il cause à son employeur (l'hôpital) ou à des tiers en cas de fautes légères répétées, de fautes lourdes ou de dol³²⁷. Tout litige sera arbitré par le Tribunal du travail.

Si l'hôpital entretient un autre type de rapport juridique au sujet de cette responsabilité avec le dispensateur de soins concerné, il doit en informer au préalable le patient³²⁸.

XI. Les séances d'accompagnement psychologique lors du sevrage tabagique

Suite à la 6^e réforme de l'Etat, la gestion de cette matière a été transférée aux Régions et Communautés.

1. Pour le patient domicilié en Fédération Wallonie-Bruxelles³²⁹

Le patient est remboursé pour 8 séances d'accompagnement psychologique par période de 2 années civiles.

Vous devez respecter les données mentionnées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : Conditions d'accompagnement psychologique

Pseudo-code	Type de consultation	Durée (min)	Montant (EUR)
740434	1 ^{re} consultation	45	30
740456	De la 2 ^e à la 8 ^e consultation	30	20
740471	Consultation femme enceinte (maximum 8 séances par grossesse)	1 ^{re} : 45 suivantes : 30	30

Tous les médecins peuvent effectuer ces séances d'accompagnement psychologique, ainsi que les tabacologues (c'est-à-dire les autres professions médicales mentionnées dans la Loi professions de santé et les licenciés en psychologie qui ont réussi le test final d'une formation spécifique en tabacologie).

325. Loi sur les hôpitaux, art. 147.

326. Loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé du 15-05-2007, art. 10.

327. Loi du 03-07-1978 relative aux contrats de travail, art.18.

328. Loi sur les hôpitaux, art. 30 al. 4.

329. A.R. du 31-08-2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique.

Les médecins et les tabacologues sont tenus de compléter un document de suivi conforme au modèle établi qui doit demeurer dans le dossier du patient.

 Plus d'info :

- www.inami.be, Thème> Soins de santé : coût et remboursement : en savoir plus > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Prestations de soins individuelles > Assistance au sevrage tabagique
- www.fares.be, liste des tabacologues.

2. Pour le patient domicilié en Région flamande

 Le remboursement des prestations de soutien à l'arrêt du tabac aux citoyens flamands est organisé par l'administration flamande. Les participants à l'accompagnement à l'arrêt tabagique ne paient qu'une quote-part personnelle plafonnée au tabacologue.

Le tabacologue ou le médecin reçoit un dédommagement via l'administration flamande quand il transmet ses prestations aux mutualités par le biais d'un système de facturation « web-based ». Le paiement est effectué alors via les mutualités.

Les médecins ne peuvent pas utiliser automatiquement ce nouveau système de remboursement flamand. Ceux qui ont obtenu leur diplôme de médecin avant septembre 2018 peuvent toutefois utiliser le nouveau système de remboursement à partir du 1^{er} janvier 2017 s'ils s'inscrivent dans le cadastre de tabacologues et suivent la nouvelle procédure flamande.

 Les procédures et toutes les informations se trouvent sur : www.zorg-en-gezondheid.be, Per domein > Preventie > Rookstopbegeleiding.

XII. Les trajets de soins³³⁰

 Un **trajet de soins** organise et coordonne la prise en charge, le traitement et le suivi d'un patient atteint d'une maladie chronique.

Le trajet de soins se base sur une collaboration entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Il commence après la signature par ces trois parties du « contrat trajet de soins » et dure quatre ans. Le médecin généraliste coordonne le trajet de soins, le spécialiste donne son avis et supervise.

Pour l'instant un trajet de soins est prévu pour le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale chronique.

1. Quelles sont les conditions ?

a. Conditions administratives

Le patient doit :

- avoir un DMG (voir 4^e Partie, VII, 2.)
- consulter au moins :
 - deux fois par an son médecin généraliste
 - une fois par an son médecin spécialiste (dans les 18 mois qui suivent la signature du contrat est toléré).

b. Conditions médicales

Pour le diabète de type 2 :

- soit envisager un traitement à l'insuline (contrôle insuffisant par traitement oral maximal)
- soit effectuer une ou deux injections d'insuline par jour
- une patiente ne peut pas être enceinte ou souhaiter l'être.

Pour l'insuffisance rénale chronique :

- avoir une GFR calculée < 45 ml/min/1,73 m²
- ou
- avoir une protéinurie > 1 g/jour
(contrôlées une deuxième fois après 3 mois minimum)
- être âgé de plus de 18 ans
- ne pas être en dialyse et ne pas avoir eu de transplantation rénale
- être capable de se rendre à une consultation.

c. Vos engagements ?

Vous vous engagez à :

- informer votre patient sur le contenu et la signification des trajets de soins
- convenir avec lui d'un "plan de suivi"
- le suivre en collaboration avec d'autres dispensateurs de soins
- veiller à une bonne coordination et un bon suivi du déroulement de la maladie
- adapter si nécessaire le plan de suivi.

2. Quels sont les avantages d'un trajet de soins ?

Les avantages les plus importants :

○ **pour vous :**

- recevoir un honoraire forfaitaire annuel de 80 EUR pour chaque patient qui conclut avec vous un trajet de soins
- mieux suivre votre patient qui participe à un trajet de soins et encore améliorer la qualité des soins que vous lui donnez
- mieux collaborer avec votre patient et son entourage

- renforcer votre position centrale dans le processus de soins en tant que gestionnaire du dossier médical global (DMG)
 - collaborer plus facilement avec le médecin spécialiste et les autres dispensateurs de soins
- **pour le patient**, bénéficiar :
- d'un suivi rigoureux et planifié du déroulement de sa maladie
 - d'une meilleure compréhension de sa maladie
 - d'un renforcement de sa motivation et de celle de son entourage pour respecter son plan de suivi et atteindre ses objectifs individuels
 - de la suppression du ticket modérateur pour les consultations chez le médecin spécialiste et le médecin traitant pendant la durée du trajet de soins
 - du remboursement total du matériel d'autocontrôle³³¹ :
 - tigettes de contrôle, lancettes et glucomètre en cas de diabète
 - tensiomètre en cas d'insuffisance rénale chronique
 - d'avis diététique (voir 3^e Partie, XI.) :
 - patient diabétique : 2 fois par an
 - patient avec insuffisance rénale chronique stade 4 et stade 5 respectivement 3 et 4 prestations par an
 - de soins de podologie pour les patients diabétiques : 2 fois par an (voir 3^e Partie, XI.)³³²
 - d'un accès à une éducation spécifique d'autocontrôle du diabète³³³ :
 - éducation de départ : 10 consultations durant la première année après le début du trajet de soins (maximum 3 par jour)
 - suivi : 2 consultations par an pour les années suivantes
 - éducation supplémentaire en cas de problème : 4 consultations par an.

Ces consultations ont une durée de 30 minutes. En tant que coordinateur, le médecin spécialiste supervise l'éducation et prescrit les séances d'éducation. L'éducateur doit lui transmettre un rapport sur les résultats de l'éducation.

3. Matériel d'autogestion dans le cadre du trajet de soins "diabète"³³⁴

a. Tigettes de contrôle du glucose - Lancettes

L'assurance soins de santé rembourse les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes au patient souffrant de diabète de type 2 à condition que celui-ci :

- possède un dossier médical global (DMG)
- ait conclu un contrat trajet de soins diabète (TSD) qui est encore valable
- suive ou s'engage à suivre un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie (en moyenne 25 mesures par mois) est prévu.

331. A.R. du 10-01-1991, annexe VI.

332. A.R. du 10-01-1991, annexe chapitre I, points A et B.

333. A.R. du 10-01-1991, annexe chapitre V.

334. A.R. du 11-02-2013 concernant l'intervention de l'assurance soins de santé ... pour les prestations de l'article 34 ...

Les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes doivent être prescrites soit par :

- le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins diabète avec le patient
- un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du patient.

Vous pouvez prescrire les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes sous une des conditions suivantes :

1° pour un patient :

- traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique depuis au moins un an
- qui n'est pas visé au point 3° ou 4° ci-après
- dont la valeur HbA1c, mesurée dans les 3 mois avant la prescription des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes, est inférieure à 7,5 %.

Vous pouvez prescrire des renouvellements de tigettes de contrôle du glucose et de lancettes à condition :

- que la valeur HbA1c, mesurée obligatoirement au plus tôt 3 mois avant la fin de chaque période de 12 mois, reste inférieure à 7,5 %
- qu'il ne s'agisse pas d'un bénéficiaire visé sous les points 3° ou 4° ci-après

2° pour un patient qui va :

- entamer une thérapie à l'insuline ou un traitement au moyen d'un incrétino-mimétique et/ou entamer un programme d'autogestion diabétique
- suivre, dans les meilleurs délais, un programme d'éducation au diabète comprenant au moins 5 prestations "éducation de départ" de 30 minutes.

Vous pouvez prescrire des renouvellements de tigettes de contrôle du glucose et de lancettes à condition que le patient :

- soit traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique
- ait suivi au moins 5 prestations "éducation de départ" de 30 minutes.

Vous pouvez prescrire des renouvellements ultérieurs de tigettes de contrôle du glucose et de lancettes à condition qu'il ne s'agisse pas d'un patient visé sous les points 4° ou 5° ci-après

3° pour un patient déjà traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique qui passe d'un programme "éducation et autogestion" vers un programme « d'autogestion diabétique » : les mêmes conditions que pour les patients visés sous le point 2° sont d'application

4° pour un patient qui va passer ou qui est déjà passé de une à 2 injections d'insuline par jour, uniquement dans le cas où le patient va entamer, dans les meilleurs délais, une éducation au diabète supplémentaire comprenant au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes.

Vous pouvez prescrire des renouvellements ultérieurs de tigettes de contrôle du glucose et de lancettes à condition que le patient ait suivi les 2 prestations « éducation » et qu'il ne s'agisse pas d'un patient visé sous le point 5° ci-après

5° pour un patient :

- traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique
- qui n'est pas visé dans les points 1°, 2°, 3° ou 4°
- dont la valeur HbA1c, mesurée obligatoirement au plus tôt 3 mois avant la fin de chaque période de 12 mois, est supérieure à 7,5 %
- qui va entamer, dans les meilleurs délais, une éducation au diabète supplémentaire comprenant au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes.

Vous pouvez prescrire des renouvellements de tigettes de contrôle du glucose et de lancettes à condition le patient ait suivi au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes.

Vous pouvez prescrire des renouvellements ultérieurs de tigettes de contrôle du glucose et de lancettes, sans nouvelle éducation au diabète supplémentaire, aussi longtemps que la valeur HbA1c, mesurée au plus tôt 3 mois avant la fin de chaque période de 12 mois, n'est pas à nouveau supérieure à 7,5 %.

Si la valeur HbA1c est à nouveau supérieure à 7,5 %, le patient doit suivre une nouvelle éducation au diabète d'au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes.

6° pour un patient qui :

- est traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique
- suit déjà un programme d'autogestion diabétique
- n'est pas visé dans les points 2°, 3°, 4° et 5° ci-avant
- a déjà bénéficié de l'éducation au diabète dans le cadre de la convention diabétique.

En pratique : vous devez indiquer sur la prescription : " trajet de soins diabète " ou l'abréviation " TSD ".

Le pharmacien peut délivrer par période de 6 mois, à compter à partir de la date de la première prescription :

- 3 boîtes de 50 tigettes
- 1 boîte de 100 lancettes, même si la prescription ne stipule pas la quantité prescrite.

Conditions supplémentaires :

- pour tous les patients précités, vous pouvez prescrire des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes pour une nouvelle période de 6 mois consécutifs si vous-même ou un éducateur avez constaté que le patient a effectivement exercé les contrôles de glycémie nécessaires durant la période écoulée
- vous devez conserver, pendant 5 ans, dans le dossier médical du patient les rapports des éducateurs témoignant qu'il a respecté les conditions en matière d'éducation obligatoire
- vous devez transmettre les données relatives à l'éducation au diabète et les résultats HbA1c au médecin-conseil s'il en fait la demande
- vous ne pouvez pas prescrire les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes pour un patient qui suit, dans le cadre de la convention diabétique, un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique.

b. Glucomètre et porte-lancette : package de départ

L'assurance soins de santé rembourse un glucomètre au patient souffrant de diabète de type 2 qui a conclu un contrat trajet de soins diabète (TSD) qui est encore valable.

Le glucomètre est prescrit soit par :

- le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins diabète
- un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire.

Vous devez indiquer sur la prescription : "trajet de soins diabète" ou l'abréviation "TSD".

Vous ne devez pas indiquer la marque du glucomètre. L'éducateur complète le document de "demande pour la délivrance d'un glucomètre" et y mentionne le nom de l'appareil le plus approprié au patient.

Le patient doit remettre la prescription du médecin généraliste et le document rempli par l'éducateur au pharmacien ou au fournisseur de matériel médical. Celui-ci délivre un glucomètre et un porte-lancette.

Vous ne pouvez pas prescrire un glucomètre pour un patient qui :

- suit ou a suivi dans le cadre de la convention diabétique un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique
- est repris dans un programme "éducation et autogestion" et n'a pas conclu de trajet de soins.

c. Glucomètre et porte-lancette : renouvellement

Vous pouvez prescrire un renouvellement du glucomètre au plus tôt après 3 ans d'utilisation de l'ancien glucomètre.

Vous ne devez pas respecter ce délai de 3 ans si :

- le glucomètre est défectueux
- le type de matériel est désuet
- pour des raisons médicales, l'ancien appareil n'est plus approprié pour le patient.

Vous pouvez aussi prescrire un renouvellement du glucomètre à un patient qui :

- ne suit plus un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique dans le cadre de la convention diabétique à condition de respecter le délai de 3 ans d'utilisation. Le renouvellement avant l'expiration du délai de 3 ans peut être effectué pour des raisons médicales ou si aucune tigette et/ou lancette remboursée(s) n'est/ ne sont compatible(s) avec le glucomètre mis à disposition dans le cadre de la convention diabétique
- avant d'avoir signé un contrat trajet de soins diabète, a suivi un programme "éducation et autogestion", à condition de respecter le délai de 3 ans. Le renouvellement avant l'expiration du délai de 3 ans peut être effectué pour des raisons médicales
- fait partie du groupe 3 A de la convention diabétique à condition qu'il suive une prestation "éducation" de 30 minutes.

 Plus d'informations sur la convention diabétique : www.inami.be, Thème : soins de santé : coût et remboursement : En savoir plus > Maladies > Maladies endocriniannes et métaboliques > Diabète : intervention dans les coûts pour le suivi des adultes dans un centre spécialisé ou > Diabète : intervention dans les coûts pour le suivi des enfants et adolescents dans un centre spécialisé.

4. Pouvez-vous mettre fin à un trajet de soins ?

Il n'est pas prévu de mettre fin à un trajet de soins. Dès la signature du contrat, les trois parties s'engagent pour une période de quatre ans.

Si vous arrêtez votre pratique médicale ou si pour une autre raison vous êtes dans l'impossibilité de continuer vos engagements dans le contrat trajet de soins, vous êtes tenu d'assurer la continuité des soins et le contrat devra être repris par un autre médecin. Il s'agira d'un nouveau contrat, donc pour quatre ans à nouveau.

5. Pouvez-vous reprendre un trajet de soins déjà conclu par un confrère ?

Il suffit d'envoyer une copie du nouveau contrat signé par les trois parties au médecin-conseil de la mutualité de votre patient. Le médecin-conseil de la mutualité communiquera aux trois parties que le contrat trajet de soins répond aux conditions. La mutualité paiera automatiquement le montant de 80 EUR sur la base du contrat trajet de soins, à l'échéance du précédent.

 Plus d'info sur le site : www.trajetdesoins.be.

XIII. Le médecin généraliste et le patient en soins palliatifs à domicile³³⁵

1. Qu'entend-on par "patient palliatif à domicile" ?



Le **patient palliatif à domicile** est un patient³³⁶ :

- qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles
- dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique
- chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable
- ayant des besoins importants qui nécessitent un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés
- ayant l'intention de mourir à domicile
- et qui répond aux conditions mentionnées dans le formulaire "avis médical".

335. A.R. du 02-12-1999.

336. A.R. du 02-12-1999, art. 3.

2. Démarches à accomplir pour la reconnaissance du statut patient palliatif à domicile ?

Vous devez remplir le formulaire “avis médical” et l’envoyer au médecin-conseil de la mutualité. Après avis de celui-ci, le patient obtient le statut et une première intervention forfaitaire (voir point 3.).

La demande peut être renouvelée une fois après 30 jours pour une seconde intervention.

3. De quels avantages le patient palliatif à domicile bénéficie-t-il ?

Il bénéficie des avantages suivants³³⁷ :

- absence de ticket modérateur pour la visite à domicile par le généraliste et pour les soins infirmiers (forfaits palliatifs)
- 2 séances de kinésithérapie par jour sans ticket modérateur (voir 3^e Partie, II. 5. g. “La prescription de kinésithérapie”)
- une intervention forfaitaire pour les médicaments non remboursés, les frais de soins et de matériel pour une période de 30 jours, renouvelable une fois.

4. Pouvez-vous faire appel à des services spécialisés ?

Vous pouvez faire appel à l’expertise d’une association de soins palliatifs de votre région. Cette structure dispose d’une ou de plusieurs équipe(s) multidisciplinaire(s) de soutien qui emploie(nt) également des psychologues³³⁸. Elle donne des conseils et assure un soutien psychologique aux dispensateurs de première ligne, aussi bien à domicile qu’en maison de repos.

Chaque maison de repos et de soins doit disposer d’infirmiers de référence “soins palliatifs”. Le médecin coordinateur et conseiller est chargé entre autres de prêter attention à la formation du personnel en ce qui concerne les soins palliatifs³³⁹.

 Plus d’informations (entre autres sur l’avis médical) :

- www.inami.be, Thème : Soins de santé : cout et remboursement : En savoir plus > Les prestations de santé que vous rembourse votre mutualité > Prestations de soins individuelles > Soins palliatifs
- www.soinspalliatifs.be.
- www.palliabru.be.

337. A.R. du 23-03-1982, art. 7 octies.

338. A.R. des 13-10-1998 et 04-10-2001.

339. A.R. du 21-09-2004.

XIV. Euthanasie³⁴⁰



L'euthanasie est l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

1. Euthanasie chez le patient conscient

a. Qui peut obtenir l'euthanasie et comment ?

! Il faut distinguer le patient majeur ou mineur émancipé, et le patient mineur capable de discernement. Pour ce dernier, des règles particulières sont d'application, énumérées au point e.

Toute personne majeure ou mineure émancipée, qui :

- est capable et consciente au moment de sa demande
- se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable
- fait la demande de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qui ne résulte pas d'une pression extérieure

peut obtenir l'euthanasie.

La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. Ce document doit être versé au dossier médical. Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

b. Quelles conditions générales devez-vous respecter lors d'une demande d'euthanasie ?

Vous devez :

- informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, des possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que des soins palliatifs. Vous devez arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que sa demande est entièrement volontaire
- vous assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, vous menez avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable en fonction de l'évolution de son état
- consulter un autre médecin indépendant (appelé médecin consulté), tant à l'égard du patient qu'à votre égard et compétent quant à la pathologie concernée (voir point c. ci-dessous). Ce médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige et vous envoie un rapport concernant ses constatations, vous en informez le patient

- s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, vous entretenir de la demande de celui-ci avec l'équipe ou les membres de celle-ci
- si telle est la volonté du patient, vous entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne
- vous assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer
- veiller au fait que les demandes formulées par le patient, ainsi que vos démarches et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), soient consignés régulièrement dans le dossier médical du patient
- offrir aux personnes concernées la possibilité d'un accompagnement psychologique.

c. Comment pouvez-vous demander l'avis d'un autre médecin³⁴¹ ?

Vous pouvez adresser votre demande d'avis à :

- un confrère, indépendant tant à l'égard du patient que de vous-même et compétent quant à la pathologie concernée³⁴²
- une ASBL (pouvoir organisateur reconnu par le Service des soins de santé de l'INAMI) qui vous mettra en contact avec un médecin habilité.

Vous devez mettre à la disposition du médecin consulté le dossier de votre patient contenant toutes les informations utiles pertinentes.

d. Conditions si le décès n'est pas prévisible à brève échéance ?



Une **brève échéance** s'entend comme une période de plusieurs mois³⁴³.

Dans ce cas, vous devez, en plus des conditions précédentes :

- demander l'avis d'un troisième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, sous les mêmes conditions que la première consultation
- respecter un délai d'au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

e. Règles particulières pour le patient mineur capable de discernement

Pour ce patient, les règles précédentes sont d'application, sauf les exceptions suivantes :

- la souffrance doit être physique et non psychique
- un pédopsychiatre ou un psychologue doit attester de la capacité de discernement
- vous devez informer les représentants légaux de la demande et ceux-ci doivent marquer leur accord par écrit
- l'euthanasie n'est pas permise si le décès n'est pas prévisible à brève échéance (point d.).

f. Comment pouvez-vous obtenir les médicaments destinés à l'euthanasie³⁴⁴ ?

Ces médicaments sont disponibles chez le pharmacien. Vous devez mentionner explicitement sur la prescription que vous agissez conformément à la loi sur l'euthanasie. Le pharmacien doit vous délivrer personnellement les médicaments.

341. A.R. du 07-03-2013 fixant les conditions ... une intervention ... pour la fourniture d'avis médicaux.

342. Loi du 28-05-2002, art. 3 § 2 3^e al. 2.

343. Brochure à l'attention du corps médical sur la pratique de l'euthanasie de la Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, point 2.

344. Loi sur l'euthanasie du 28-05-2002, art. 3bis.

g. Quelles obligations administratives devez-vous remplir après avoir pratiqué l'euthanasie ?

Vous devez :

- en cas de crémation, déclarer le décès comme une mort naturelle (aussi pour les compagnies d'assurances-vie)
- envoyer un document d'enregistrement³⁴⁵ dans les 4 jours ouvrables à la



Commission fédérale de contrôle et d'évaluation (CFCE)
Place Victor Horta, 40 bte 10,
1060 Bruxelles.

www.sante.belgique.be,
Santé : Prenez soins de vous : Début et fin de vie : Euthanasie > Médecins > Document d'enregistrement d'une euthanasie.

h. Êtes-vous obligé de participer à l'euthanasie ou pouvez-vous obliger quelqu'un à y participer ?

Aucun dispensateur de soins ne peut être forcé à pratiquer l'euthanasie ou à participer à une demande d'euthanasie³⁴⁶.

Si vous refusez de pratiquer une euthanasie :

- vous êtes tenu d'en informer en temps utile le patient en précisant vos raisons. Si votre refus est justifié par une raison médicale, vous la consignez dans le dossier médical du patient
- à la demande du patient ou de la personne de confiance, vous devez transférer le dossier médical au médecin choisi par le patient.

2. Euthanasie sur base d'une déclaration anticipée chez un patient inconscient (coma irréversible)

a. Qu'est-ce une déclaration anticipée et quand est-elle d'application³⁴⁷ ?

Par une déclaration anticipée le patient (majeur ou mineur émancipé) réclame l'euthanasie dans le cas où il serait atteint d'une affection grave et incurable et qui s'accompagne d'un coma irréversible.

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personne(s) de confiance majeure(s), (classées par ordre de préférence), qui vous informe(nt) de la volonté du patient. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personne(s) de confiance.

La déclaration anticipée n'est valable que 5 ans à partir de la date de rédaction. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de 2 témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échait, par la ou les personne(s) de confiance.

345. Loi sur l'euthanasie du 28-05-2002, art. 7.

346. Loi sur l'euthanasie, art. 14.

347. A.R. du 02-04-2003.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de 2 témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échait, par la ou les personne(s) de confiance.



Un modèle de cette déclaration est disponible sur : www.sante.belgique.be, Santé : Prenez soins de vous : Début et fin de vie : Euthanasie > Formulaire déclaration anticipée.

b. Une déclaration anticipée peut-elle être enregistrée officiellement³⁴⁸ ?

Chacun peut faire enregistrer (facultativement) à la maison communale, une déclaration anticipée relative à une demande d'euthanasie. Le SPF Santé publique est en possession d'une banque de données des demandes enregistrées. Le médecin traitant peut accéder à cette banque de données via sa carte d'identité électronique.

c. Quelles conditions devez-vous respecter en cas de demande d'euthanasie via une déclaration anticipée ?

Vous devez préalablement :

- consulter un autre médecin dans les mêmes conditions que lors d'une demande chez un patient conscient (voir 4^e Partie, XIV. 1. b.)
- vous entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci
- avoir un entretien avec la personne de confiance, si la déclaration en désigne une, et avec les proches du patient désignés par celle-ci
- veiller au fait que la déclaration anticipée ainsi que l'ensemble de vos démarches et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, soient consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

d. Qu'est-ce une déclaration anticipée « négative » ?

Une déclaration anticipée « négative » relève de l'application de la loi relative aux droits du patient.

Le patient fait noter qu'il refuse de subir certains traitements ou investigations. Il peut également désigner un mandataire, qui doit mentionner son consentement pour le mandat, s'il n'est pas en mesure de faire valoir ses droits lui-même.

Il ne faut pas de témoin³⁴⁹ et cette déclaration ne peut pas être enregistrée à la maison communale.



Vous pouvez trouver de l'information, des avis et de l'accompagnement par des médecins (entre autres fonction de deuxième médecin) sur le forum « End of live » : www.admd.be > Médecins EOL.

348. A.R. du 27-04-2007.

349. Loi relative aux droits du patient du 22-08-2002, art.14.

XV. Le décès

Le constat de décès d'une personne est un acte qui implique votre responsabilité sur le plan médico-légal.

1. Qui complète le formulaire de décès ?

Idéalement le médecin-traitant car il est le mieux informé sur le patient (histoire médicale, souhaits, entourage). A l'hôpital, le médecin chef du service ou un autre médecin ayant accès au dossier.

A défaut, le médecin présent en fonction des circonstances (remplaçant, urgentiste, de garde).

 Il s'agit d'une circonstance où le médecin de garde est obligé de se déplacer³⁵⁰.

Une visite à domicile peut être attestée pour le constat de décès, même si le décès n'a pas eu lieu le jour du constat³⁵¹.

2. Sur le plan légal

Le médecin atteste le décès après l'avoir constaté au moyen d'un bulletin statistique modèle IIIC fourni par l'Administration communale³⁵². Le volet C est mis sous enveloppe car couvert par le secret médical.

Cette attestation est transmise à l'Officier de l'état civil par un témoin âgé de 18 ans au moins. L'Officier dresse un acte de décès et une autorisation d'inhumation ou de crémation, qui ne pourra avoir lieu que 24 heures après le décès³⁵³.

En cas de décès dans des hôpitaux, prisons ou autres établissements publics, les supérieurs responsables de ces établissements seront tenus d'en donner avis, dans les vingt-quatre heures, à l'Officier de l'état civil³⁵⁴.

3. Sur le plan médical

a. Crémation

En cas de crémation prévue, le médecin qui a constaté le décès doit joindre un certificat indiquant s'il y a eu mort naturelle ou violente ou suspecte ou une cause de décès impossible à déceler.

 Pour les enfants de moins d'un an, il s'agit d'un modèle IIID.

350. Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 17-05-2014, bulletin 145.

351. N.P.S, art. 2 règle interprétative n° 17.

352. A.R. du 17-06-1999, art. 4 et annexe 1.

353. Code civil, art. 78.

354. Code civil, art. 80.

En cas de mort naturelle, l'Officier de l'état civil du lieu de décès doit désigner un médecin assermenté qui devra vérifier les causes du décès et indiquer s'il y a eu mort naturelle ou violente ou suspecte ou une cause de décès impossible à déceler³⁵⁵ (voir point c. ci-après). Les honoraires de ce médecin sont à charge de la commune où est domicilié le défunt.

Lorsqu'il existe des soupçons qu'il y a eu mort violente ou suspecte ou une cause de décès impossible à déceler ou lorsque le premier médecin n'a pu affirmer qu'il n'y avait pas de signes ou indices de mort violente ou suspecte ou d'une cause de décès impossible à déceler, le dossier doit être transmis par l'Officier de l'état civil au procureur du Roi de l'arrondissement. Dans ce cas, la crémation ne peut être autorisée qu'après que le procureur du Roi ait fait connaître à l'Officier de l'état civil qu'il ne s'y oppose pas.

Les appareils (pacemaker, pompes à morphine ou à insuline, ...) fonctionnant avec une pile doivent être enlevés avant la crémation. Les dispositifs d'ostéosynthèse n'empêchent pas la crémation.

Si le patient a reçu des substances radioactives, voir point C.

b. Signes ou soupçons de mort violente

S'il y a des signes ou soupçons de mort violente, le médecin doit cocher la case « obstacle médico-légal à l'inhumation » et celle-ci ne sera autorisée qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée. L'officier de police est tenu de transmettre de suite à l'Officier de l'état civil du lieu où la personne est décédée, tous les renseignements énoncés dans son procès-verbal, d'après lesquels l'acte de décès sera rédigé³⁵⁶.

c. Dépouille porteuse de substances radioactives

Lorsqu'un patient décède après administration de substances radioactives, la dépouille peut rester radioactive et certaines précautions sont parfois nécessaires.

Si la substance radioactive a été utilisée dans un but diagnostique, aucune précaution n'est à prendre.

Si elle a été utilisée dans un but thérapeutique, une « période de précaution » a été définie pour chaque substance couramment utilisée.

Tableau 9 : Périodes de précaution

Indication thérapeutique	Radionucléotide	Période de précaution (jours)
Métastases osseuses	Sm-153	13
Lymphome non hodgkinien	Y-90	15
Cancer thyroïdien	I-131	18
Affections bénignes de la thyroïde	I-131	29
Synoviorthèse	Y-90	29
Traitement de certaines tumeurs	I-131 (MBG)	47
Maladie de Vaquez	P-32	50
Cancer de la prostate	Pd-103	93
Métastases osseuses	Sr-89	303
Cancer de la prostate	I-125	632

Si le patient décède avant la fin de la période de précaution, vous devez cocher la case « risque d'exposition aux radiations ionisantes » sur le formulaire III C. Un contact sera pris avec l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (Tél : 02 289 21 11).

355. Loi du 20-07-1971, art. 22.

356. Code civil, art. 81.

La crémation éventuelle doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'Inspecteur d'hygiène après avis préalable de l'Agence fédérale de contrôle nucléaire³⁵⁷.

d. Patient atteint d'une maladie infectieuse transmissible

Lorsque le patient décédé était atteint d'une maladie infectieuse transmissible, des réserves ou des mesures de précautions sont prévues :

Tableau 10 : Précautions lors d'une maladie infectieuse transmissible	Infection	Obstacle au don du corps	Obligation de mise en cercueil hermétique immédiate	Obligation de mise en cercueil simple immédiate	Obstacle à la pratique de soins de conservation	Obstacle au transport avant mise en bière
Charbon	x	x			x	x
Choléra	x	x			x	x
Variole ou autre orthopox virose	x	x			x	x
Fièvre hémorragique virale	x	x			x	x
Sida	x			x		
Contamination par VIH				x		
Poliomyélite	x					
Maladie de Creutzfeldt-Jakob ou autre maladie à prions	x	x				
Rage				x		
Peste				x		
Hépatite virale (sauf A)				x		

XVI. Le Fonds des accidents médicaux³⁵⁸

1. Quelles sont les tâches du Fonds des accidents médicaux ?

Le Fonds des accidents médicaux (FAM) a été créé afin d'indemniser les patients victimes d'un dommage résultant de soins de santé effectués par des dispensateurs de soins.

Pour cela le FAM doit :

- déterminer si le dommage résultant de soins de santé engage ou non la responsabilité d'un dispensateur de soins, et d'évaluer la gravité du dommage
- vérifier si la responsabilité civile du dispensateur de soins qui a causé le dommage est effectivement et suffisamment couverte par une assurance
- indemniser le patient s'il est répondu aux conditions légales
- lorsqu'il estime que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un dispensateur de soins, inviter celui-ci ou son assureur à formuler une offre d'indemnisation au patient

357. A.R. du 20-07-2001, art. 69.

358. Loi du 31-03- 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.



L'avis du FAM n'est pas contraignant, ni pour les parties impliquées, ni pour le juge.

- organiser une médiation, à la demande du patient, d'un dispensateur de soins ou de son assureur
- donner, à la demande du patient, un avis sur le point de savoir si le montant de l'indemnisation proposée par un dispensateur de soins ou son assureur est suffisant.

2. Pour quels dommages le FAM est-il compétent ?

Le FAM est compétent pour les dommages qui se sont produits à partir du 02 avril 2010.

Le FAM intervient lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical :

- sans responsabilité
- engageant probablement la responsabilité d'un dispensateur de soins, mais dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte par un contrat d'assurance
- engageant probablement la responsabilité d'un dispensateur de soins et que celui-ci ou son assureur conteste la responsabilité

pour autant que le dommage réponde à la condition de gravité minimale (voir point 3).

Le FAM intervient aussi lorsque l'assureur, couvrant la responsabilité du dispensateur de soins qui a causé le dommage, formule une offre d'indemnisation que le FAM juge manifestement insuffisante.

Le FAM intervient également pour des dommages causés par des établissements de soins ou des praticiens professionnels ayant une pratique non conventionnelle. Ils sont considérés comme des dispensateurs de soins.

3. Le FAM intervient-il pour tous les dommages ?

Le FAM intervient pour les dommages suffisamment graves, c'est-à-dire lorsque :

- le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %
- le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois
- le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient
- le patient est décédé.

Le FAM n'intervient pas lorsque le dommage résulte :

- d'une expérimentation³⁵⁹
- d'un traitement à but esthétique non remboursable par l'assurance obligatoire soins de santé.

Le FAM n'intervient pas non plus lorsque le patient a bénéficié d'une indemnisation :

- amiable
- ou via la voie judiciaire.

4. Dans quel délai introduire une demande d'intervention auprès du FAM ?

Afin d'être recevable, il faut introduire la demande par lettre recommandée dans les :

- 5 ans à partir du jour qui suit celui où le demandeur a eu connaissance :
 - du dommage
 - de l'aggravation de ce dommage
 - de l'identité de la personne à l'origine du dommage
- 20 ans à partir du jour qui suit celui où s'est produit le fait qui a causé le dommage.

5. Une demande auprès du FAM a-t-elle une influence sur un éventuel procès en cours contre un dispensateur de soins ?

L'envoi de la demande suspend de plein droit l'examen et le jugement des actions civiles intentées devant les juridictions d'ordre judiciaire.

6. Quelles sont les frais d'intervention du FAM ?

Le Fonds intervient gratuitement.

Le patient et le dispensateur de soins peuvent se faire assister par une personne de leur choix. Lorsque la responsabilité du dispensateur de soins a été établie, celui-ci est responsable des éventuels frais d'expertise.

7. Devez-vous répondre à une demande de renseignements émanant du FAM ?

Vous êtes obligé de répondre aux demandes de renseignements dans un délai de 30 jours. Si vous ne répondez pas dans ce délai, vous risquez une amende de 500 EUR par jour de retard.

La fourniture de ces renseignements médicaux au FAM ne constitue pas une violation du secret médical³⁶⁰.

 Plus d'informations sur le site : www.fmo.fgov.be.

Si, après indemnisation par le FAM, le juge estime que le patient n'a pas droit au montant déjà payé par le FAM, ce montant n'est pas réclamé.

5^e Partie

L'incapacité de travail





Cette partie vous apporte des informations sur diverses situations d'incapacité de travail, et particulièrement sur votre implication dans les documents, les formalités et les contrôles.



La 5^e Partie est entièrement nouvelle.

Les obligations pour vous et votre patient pour obtenir des indemnités lors d'une incapacité de travail diffèrent selon le statut du patient. Vous trouverez ci-après des informations pour le salarié (ouvrier ou salarié) ou chômeur, l'indépendant et d'autres catégories de travailleurs (fonctionnaire, militaire, enseignant)



Un régime particulier s'applique pour les incapacités de travail suite à une maladie professionnelle ou un accident de travail.



Plus d'informations : www.fedris.be

I. L'incapacité de travail d'un salarié (ouvrier ou employé) ou d'un chômeur dans le cadre de l'assurance indemnités

1. Définitions des périodes d'incapacité



La période « **d'incapacité de travail primaire** » est la période de la première année d'incapacité.

Celle-ci débute éventuellement par la période du « **salaire garanti** ».



La période éventuelle du « **salaire garanti** » est la période de début de l'incapacité de travail primaire indemnisée entièrement par l'employeur. Sa durée est, en général :

- pour les ouvriers et certains employés, de 14 jours calendrier
- pour la plupart des employés, de 30 jours calendrier.



La période « **d'invalidité** » est la période à partir du premier jour de la deuxième année d'incapacité.



Certaines situations spécifiques (occupation depuis moins d'un mois, contrat à durée déterminée, ...) peuvent modifier la période d'un éventuel salaire garanti.

2. Déclaration de l'incapacité de travail³⁶¹

a. Pour la période du salaire garanti

Le patient doit avertir son employeur de son incapacité de travail.

Si une convention collective de travail ou le règlement de travail le prévoit, ou, à défaut, si l'employeur l'y invite, le patient doit lui fournir un certificat médical d'incapacité de travail.

Dans ce cas, vous devez mentionner :

- la durée probable de l'incapacité
- si, en vue d'un contrôle, il peut se rendre éventuellement à un autre endroit.

Il n'y a pas de modèle défini par la loi, mais l'employeur peut exiger l'utilisation d'un modèle propre à son entreprise. C'est le patient qui doit le fournir.

! Vous ne pouvez fournir aucune information concernant la justification médicale (maladies, lésions, symptômes) de l'incapacité³⁶². La simple notion d'« accident » ou de « maladie » est suffisante.

Le patient doit (faire) envoyer son certificat :

- dans le délai prévu par la convention collective ou par le règlement de travail
- si aucun délai n'est prévu, dans les 2 jours ouvrables, à partir du jour de l'incapacité ou du jour de la réception de l'invitation de l'employeur à le fournir, sauf cas de force majeure.

Si vous prolongez l'incapacité, vous devez rédiger un nouveau certificat.

b. Après la période du "salaire garanti"

Si l'incapacité dépasse la période du salaire garanti, vous devez rédiger :

- les certificats pour l'employeur, si celui-ci l'exige (voir point a.)
- un certificat (modèle imposé ci-après) pour le médecin-conseil de la mutualité. Le patient doit être en possession de ce certificat fourni par sa mutualité. Vous y mentionnez :
 - la justification médicale
 - les dates de début et de fin de la période d'incapacité de travail.

La déclaration auprès de la mutualité doit se faire par la poste (le cachet postal faisant foi) ou contre accusé de réception au plus tard le 2^e jour civil qui suit le début de l'I.T. Ce délai est prolongé :

- pour un ouvrier, à 14 jours
- pour un employé, à 28 jours.

Si vous prolongez l'incapacité pendant la période d'incapacité primaire, vous devez rédiger un nouveau certificat. Les périodes doivent se succéder immédiatement.

Un certificat médical est un document officiel qui doit être signé et daté. L'identité du patient et de l'auteur du document doivent être clairement mentionnées.

En vue d'une éventuelle réintégration socio-professionnelle, décrivez au mieux la situation médicale du patient ainsi que le contexte socio-professionnel.

361. Loi du 03-07-1978, art. 31 § 2.

362. Code pénal, art. 458.

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL SALARIÉ

CONFIDENTIEL

VIGNETTE

À remplir par l'assuré social

Nom et prénom :

Numéro d'identification au Registre national : - -

Adresse de résidence (si pas identique à l'adresse officielle) :

L'assuré social doit communiquer à la mutualité toute modification concernant sa résidence dans les 2 jours calendrier de ces changements.

Ce certificat concerne: le début de cette incapacité

□ une prolongation de cette incapacité

Situation professionnelle au moment du début de l'incapacité de travail :

Ouvrier Employé Chômeur

Profession (actuelle) :

After the initial phase, the system will be evaluated and refined, leading to a final product.

Je n'ai pas de maladie actuelle. J'ai une maladie préexistante. J'ai une autre maladie.

SECRET MÉDICAL

SECRET MEDICAL : à remplir par le médecin

atteste avoir constaté que la personne susmentionnée est incapable

Please tick one box to indicate the level of each of the following:

Diagnostic et symptomatologie, et les troubles fonctionnels :

ICRC 2

ICD-10

Codage facultatif du diagnostic principal : CH :

A set of small, light-gray navigation icons typically found in LaTeX Beamer presentations, including symbols for back, forward, search, and table of contents.

L'intéressé est ou sera **hospitalisé** à partir du

En cas de **grossesse**, date présumée de l'accouchement :

Communication avec le médecin-conseil : le médecin-conseil peut me contacter au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel suivante :

Par ailleurs, les communications médicales confidentielles se feront par des applications sécurisées.

Identification du médecin avec numéro INAMI

Date et signature du médecin

3. Le contrôle de l'incapacité de travail pendant l'incapacité primaire

a. Période du salaire garanti³⁶³

Le médecin de l'Office de contrôle agréé choisi par l'employeur³⁶⁴ évalue l'incapacité de travail. Il doit mentionner son indépendance par rapport à l'employeur et l'employé au moment du contrôle.

Comment se déroule le contrôle ?

1. Le médecin-contrôle examine le patient, à son domicile ou au cabinet.
 2. Il lui communique par écrit sa décision sur l'incapacité de travail.
 3. Si le patient-ci n'est pas d'accord avec la décision, cela est mentionné sur la notification du médecin-contrôle. Le patient doit vous en informer et vous pouvez contacter le médecin-contrôle et tenter d'arriver à un accord.
- Si aucun accord n'est obtenu, le patient doit demander une procédure d'arbitrage entre vous et le médecin-contrôle dans les 2 jours ouvrables. C'est le médecin-arbitre que, vous et le médecin-contrôle avez choisi conjointement, qui décide :

« § 5. Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux, les litiges d'ordre médical survenant entre le travailleur et le médecin-contrôleur sont résolus par procédure d'arbitrage. La décision qui découle de cette procédure d'arbitrage est définitive et lie les parties. »³⁶⁵

Les frais de cet arbitrage sont à charge de la partie perdante.

La loi sur les droits du patient est d'application pour tous les examens effectués dans le cadre du contrôle sur l'incapacité du travail (obligation d'information au sujet de la décision, de la procédure, prise de connaissance du dossier, etc.).

 Liste des médecins-arbitres : www.emploi.belgique.be, Agréments > La médecine de contrôle : liste des médecins-arbitres

b. Période d'indemnisation par la mutualité

Sur la base des informations médicales contenues dans la déclaration, le médecin-conseil évalue l'incapacité de travail (voir les conditions au point 4. ci-après) et peut :

- reconnaître la période d'incapacité de travail que vous proposez
- convoquer le patient pour un examen médical. Cet examen peut aboutir à :
 - une confirmation de l'incapacité et de sa durée
 - une reprise de travail partielle ou un travail adapté
 - une fin d'incapacité
 - des mesures d'aide à la réinsertion socioprofessionnelle
 - la mise en route d'un trajet de formation.

 Le patient a l'obligation de se présenter à une convocation du médecin-conseil en vue d'un examen médical. En cas d'absence injustifiée du patient, le paiement de l'indemnité de maladie est suspendu

Les décisions de fin d'incapacité de travail ne peuvent jamais avoir d'effet rétroactif (sauf en cas de constatation d'un travail non autorisé au cours de l'incapacité de travail).

363. Loi du 03-07-1978.

364. Loi du 13-06-1999, arrêtés royaux des 18-07-2001, 10-06-2001 et 20-09-2002.

365. Loi du 03-07-1978, art. 31 § 5.

- ne pas reconnaître la période d'incapacité de travail si une ou plusieurs donnée(s) est(sont) absente(s) :
 - données administratives (signature, identification du médecin, etc.)
 - informations médicales
 - nouveaux éléments après une décision négative précédente du médecin-conseil.

Le patient sera systématiquement informé des décisions du médecin-conseil. Si nécessaire, le médecin-conseil vous contactera pour vous informer des actions entreprises et des décisions prises.

A partir du 7^e mois de l'incapacité de travail, le Conseil Médical de l'Invalidité (CMI) du Service des Indemnités de l'INAMI peut aussi analyser le dossier du patient et le convoquer pour un examen clinique. Le CMI peut, sur base de ce dossier ou après avoir examiné le patient, mettre fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail si celle-ci ne répond plus aux critères mentionnés dans l'art. 100 de la loi ASSI.

Si le patient conteste la décision du médecin-conseil ou du CMI, il doit introduire un recours auprès du tribunal du travail dans les trois mois qui suivent la notification de la décision.

Si le juge l'estime nécessaire, il désigne un expert. Celui-ci évalue l'incapacité de travail selon les critères de l'article 100 de la Loi ASSI et transmet son avis au juge, sous serment.

4. Conditions légales pour être reconnu en incapacité de travail

+
La loi ne considère pas le travail volontaire comme une activité. Une autorisation préalable n'est donc pas nécessaire. L'activité doit être compatible avec l'état de santé. Il est donc conseillé de demander l'avis du médecin-conseil.

Pour être reconnu incapable de travailler, un travailleur **salarié** doit remplir les **3 conditions** suivantes³⁶⁶ :

- **toute activité doit être interrompue**, tant rémunérée que non rémunérée
- l'incapacité de travail doit être la **conséquence du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels**.

Pour les affections présentes depuis longtemps (p.ex. affections congénitales), un travailleur actif doit démontrer qu'il y a une **aggravation** de la situation qui justifie l'incapacité de travail qui a débuté récemment.

! Les personnes qui étaient déjà incapables de travailler avant de se trouver sur le marché du travail n'ont pas droit aux indemnités de maladie puisqu'il n'est pas question de début ou d'aggravation de lésions ou de troubles. En effet, pour ces personnes, la capacité de gain n'a jamais existé. Le fait que ces personnes aient, par exemple, bénéficié d'indemnités de chômage ou aient effectué un stage avant leur entrée en incapacité ne modifie pas l'appréciation.

Dans ce cas, ces personnes peuvent éventuellement prétendre à un indemnité en fonction des législations relatives aux :

- allocations familiales (majorées) jusqu'à l'âge de 21 ans
- personnes avec un handicap, à partir de 21 ans³⁶⁷

366. Loi ASSI, art. 100 § 1.

367. Loi du 27-02-1987.

- **L'incapacité de travail doit entraîner une perte de la capacité de gain de 2/3 au moins ($\geq 66\%$).**

! Cette évaluation du pourcentage économique de la perte de la capacité de gain dans l'assurance soins de santé et indemnités ne doit pas être confondue avec la notion de pourcentage déterminé selon les critères du Barème Officiel Belge d'Invalidité (BOBI). De même, il ne faut pas la comparer au pourcentage d'invalidité attribué dans le cadre des maladies professionnelles et/ou des accidents de travail.

Sur la base d'une analyse du dossier ou d'un examen du patient, le médecin-conseil évalue si les lésions/troubles fonctionnels ont diminué la capacité de gain de 2/3. Il compare la capacité de gain du patient à celle d'un "travailleur de référence", c'est-à-dire à celle qu'une personne similaire ayant la même situation sociale, la même formation et le même parcours professionnel que le patient pourrait encore gagner.

Le médecin-conseil évalue l'incapacité de travail :

- **pendant les six premiers mois**, uniquement par rapport à la profession habituelle du patient, pour autant que l'affection ayant causé l'incapacité soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance
- **après six mois**, par rapport à ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail :
 - dans le groupe de professions dans lequel se range la dernière activité professionnelle du patient
 - ou dans les diverses professions que du patient a ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

L'évaluation tient compte des facteurs médicaux objectifs et non pas des facteurs socio-économiques (comme la disponibilité ou non d'un emploi sur le marché du travail). L'incapacité de travail doit toujours être évaluée par rapport à des professions réellement existantes.

5. Demande d'entrée en invalidité

Si, au terme de la première année d'incapacité de travail, le médecin-conseil estime que le patient est encore incapable de travailler, il introduit une demande d'entrée en invalidité auprès du Conseil médical de l'invalidité (CMI).

La demande comporte :

- un rapport détaillé
- une proposition de durée de prolongation de l'I.T.
- une évaluation de ce que le patient est encore capable de faire : reprendre le travail à temps partiel ou se réinsérer socio-professionnellement ?

Le CMI peut :

- accepter la proposition du médecin-conseil
- convoquer le patient pour un examen médical. Cet examen médical a lieu dans un des bureaux provinciaux de l'INAMI. Un médecin du Service des indemnités procède à l'examen. Ce médecin n'a pas la compétence de décider mais il transmet un rapport au CMI qui décide
- refuser la proposition et mettre fin à l'incapacité de travail. Dans ce cas, le CMI informe le patient de la décision de fin d'invalidité. Cette décision est toujours motivée.

Le CMI créé au sein du Service des indemnités de l'INAMI, est compétent pour la reconnaissance de l'invalidité.

Si le patient veut contester la décision du médecin-conseil ou du CMI, il doit introduire un recours auprès du tribunal du travail dans les trois mois qui suivent la notification de la décision.

Si le juge l'estime nécessaire, il désigne un médecin expert. Celui-ci évalue l'incapacité de travail et transmet son avis au juge, sous serment³⁶⁸.

En période d'invalidité, la fourniture d'un certificat médical n'est plus nécessaire.



Le patient est tenu de collaborer à la collecte des éléments qui doivent permettre d'évaluer son incapacité de travail. Il doit veiller à ce que les rapports médicaux utiles soient remis à temps au médecin-conseil.

6. Demande de prolongation de l'invalidité

Le CMI reconnaît parfois l'invalidité pour une période limitée. Si, au terme de cette période, le médecin-conseil estime que le patient ne peut toujours pas reprendre le travail, il introduit une demande de prolongation de l'invalidité.

Le CMI décidera au sujet de la proposition faite par le médecin-conseil (voir point 5.).

Le patient doit tenir le médecin-conseil informé de toute reprise spontanée du travail (complète ou partielle).



Il s'agit d'une réduction de la capacité sur le plan médical et pas d'une réduction de la capacité de gain.

7. Autorisation de travail pendant une période d'incapacité

Le travailleur peut reprendre une activité professionnelle partielle à condition que, sur le plan médical, il ait toujours une perte de sa capacité de 50% au moins.

Cette reprise partielle du travail permet au patient :

- de vérifier s'il est en mesure d'effectuer un travail adapté
- de réintégrer progressivement son poste de travail
- d'augmenter éventuellement ses revenus.

Le patient doit **communiquer** cette reprise partielle du travail au médecin-conseil au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise de travail partielle. Pour ce faire, il doit compléter un formulaire spécifique.

Cette activité doit être compatible avec son état de santé³⁶⁹.

Une **autorisation préalable n'est pas requise**, mais il incombe au médecin-conseil :

- d'évaluer, sur la base du volume et de la nature du travail, si celui-ci est compatible avec une réduction de sa capacité d'au moins 50 % sur le plan médical
- de vérifier si le travail est compatible avec l'affection.

Le médecin-conseil peut réaliser un examen médical avant de prendre sa décision et imposer des conditions concernant la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité³⁷⁰.

Si les conditions précitées ne sont pas remplies, le médecin-conseil refuse l'activité partielle. Il peut même mettre fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail.

368. Loi du 15-05-2007 concernant l'information sur les examens d'expertise et A.R. du 14-11-2003.

369. Règlement du 16-04-1997, art. 16.

370. A.R. du 03-07-1996, art. 230 § 2.

8. Rechute

Il est question d'une rechute lorsque :

- au cours de l'incapacité primaire, le patient est à nouveau incapable de travailler dans les 14 jours qui suivent la reprise du travail. Ceci prolonge la période d'incapacité primaire initiale, sans tenir compte de la reprise
- au cours de l'invalidité, le patient est à nouveau incapable de travailler dans les trois mois qui suivent la reprise du travail. Ceci prolonge la période d'invalidité initiale, sans tenir compte de la reprise.

En cas de rechute, le patient doit envoyer son nouveau certificat au médecin-conseil dans les 2 jours ouvrables. Il doit préciser la situation médicale (aggravation ou nouveaux problèmes de santé).

9. Droit à l'indemnisation par la mutualité pendant un séjour à l'étranger

Compte tenu du principe de libre circulation des personnes en Europe, l'accord préalable du médecin-conseil n'est pas requis pour se déplacer au sein de l'Union européenne, en Suisse, au Liechtenstein, en Norvège et en Islande.

Toutefois, il est conseillé au patient d'avertir la mutualité lors d'un séjour à l'étranger de minimum 15 jours. En effet, il doit pouvoir répondre à une convocation pour un contrôle médical et évite ainsi une suspension du paiement des indemnités d'incapacité de travail pour non réponse à une convocation.

Des règles spécifiques s'appliquent pour les autres pays. Il est donc préférable que le patient s'adresse d'abord au médecin-conseil.

10. Inaptitude définitive pour exercer sa propre fonction dans le secteur privé

Lorsqu'un salarié du secteur privé est déclaré inapte à exercer sa fonction par le médecin du travail ou le médecin-traitant, et lorsqu'il n'y a pas de travail adéquat disponible, le contrat de travail peut être résilié. Dans ce cas, il n'y a ni préavis, ni indemnité de départ. Ce salarié relève de la réglementation relative au chômage³⁷¹.

371. A.R. du 25-11-1991, art. 51 et A.M. du 26-11-1991, art. 33 (réglementation du chômage).

II. L'incapacité de travail du travailleur indépendant

1. Définitions des périodes d'incapacité



- La période « **d'incapacité de travail primaire** » est la période de la première année d'incapacité.
Celle-ci débute par une période de carence, non indemnisable.
- La « **période de carence** » est la période de 28 jours au début de l'incapacité primaire qui n'est pas indemnisée.
- La période « **d'invalidité** » est la période à partir du premier jour de la deuxième année d'incapacité.



Un certificat médical est un document officiel qui doit être signé et daté. Les identités du patient et de l'auteur du document doivent être clairement mentionnées.

2. Déclaration

Si l'incapacité dépasse la période de carence, vous devez rédiger un certificat pour le médecin-conseil de la mutualité.

Le modèle du certificat est imposé (voir ci-après). Le patient est en principe en possession de ce certificat fourni par sa mutualité.

Vous devez mentionner les dates de début et de fin de la période d'incapacité de travail.

La déclaration auprès de la mutualité doit se faire par la poste (le cachet postal faisant foi) ou contre accusé de réception dans un délai de 28 jours-calendrier à dater du début de l'incapacité.

Si vous prolongez l'incapacité pendant la période d'incapacité primaire, vous devez rédiger un nouveau certificat. Les périodes doivent se succéder immédiatement.



Les décisions de fin d'incapacité de travail ne peuvent jamais avoir d'effet rétroactif (sauf en cas de constatation d'un travail non autorisé au cours de l'incapacité de travail).

3. Contrôle de l'incapacité de travail au cours de la période d'incapacité primaire

La situation est identique à celle du travailleur salarié : voir point I. 3. b.

CERTIFICAT D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL INDÉPENDANT
CONFIDENTIEL

VIGNETTE

À remplir par l'assuré social

Nom et prénom :

Numéro d'identification au Registre national : --

Adresse de résidence (si pas identique à l'adresse officielle) :

L'assuré social doit communiquer à la mutualité toute modification concernant sa résidence dans les 2 jours calendrier de ce changement.

Ce certificat concerne : le début de cette incapacité
 une prolongation de cette incapacité

Situation professionnelle au moment du début de l'incapacité de travail :

Indépendant Conjoint aidant

Profession (actuelle) :

L'incapacité est en lien avec : un accident une maladie professionnelle une autre maladie

La loi sur la protection de la vie privée (08/12/1992) accorde, aux personnes que ces informations concernent, un droit d'accès et de rectification. Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de la commission de la protection de la vie privée.

SECRET MÉDICAL : À remplir par le médecin

Sur base de mon examen clinique et des données médicales dont je dispose ce jour, je soussigné, docteur en médecine, atteste avoir constaté que la personne susmentionnée est incapable de travailler

du au (**inclus**)

Diagnostic ou symptomatologie, et/ou troubles fonctionnels :

.....
.....
.....

Des difficultés professionnelles ou sociales peuvent être mentionnées. L'ensemble de ces données permet une meilleure évaluation de l'incapacité de travail et de convoquer la personne de façon appropriée.

ICPC-2

ICD-10

Codage facultatif du diagnostic principal : ou

L'intéressé est ou sera **hospitalisé** à partir du

En cas de **grossesse**, date présumée de l'accouchement :

Communication avec le médecin-conseil : le médecin-conseil peut me contacter au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel suivante :

.....
Par ailleurs, les communications médicales confidentielles se feront par des applications sécurisées.

Identification du médecin avec numéro INAMI

Date et signature du médecin

4. Conditions légales pour être reconnu en incapacité de travail

Pour être reconnu incapable de travailler, un travailleur **indépendant** doit répondre aux conditions suivantes³⁷² :

- au cours de la période d'incapacité primaire :
 - avoir mis fin, **en raison de lésions ou de troubles fonctionnels**, à l'accomplissement des tâches afférentes à son activité de titulaire indépendant qu'il assumait avant le début de l'incapacité de travail
 - **ne pas exercer d'autre activité professionnelle**, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans aucune autre qualité
- au cours de la période d'invalidité, le travailleur indépendant doit en outre être reconnu incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle dont il pourrait être chargé équitablement, tenant compte notamment de :
 - sa situation
 - son état de santé
 - sa formation professionnelle.

5. Demande d'entrée en invalidité

Ce point est identique au point I. 5.

6. Demande de prolongation de l'invalidité

Ce point est identique au point I. 6.

7. Autorisation de travail pendant une période d'incapacité

Le travailleur indépendant peut reprendre une activité à condition que le médecin-conseil de sa mutualité l'y ait autorisé préalablement. Il ne peut recevoir cette autorisation que si cette activité ne porte pas préjudice à son état de santé général.

Le travailleur indépendant peut :

- reprendre son ancienne activité d'indépendant
- commencer une autre activité d'indépendant
- exercer une activité comme travailleur salarié.

³⁷². A.R. du 20-07-1971, art. 20.

Cette autorisation peut avoir 2 objectifs différents, soit :

- la **réinsertion complète**³⁷³ du travailleur indépendant afin de mettre fin à son incapacité de travail. Au cours de cette période, le travailleur indépendant est présumé être en incapacité de travail. Celle-ci ne peut donc se terminer qu'au terme de la période de réinsertion.

Le médecin-conseil accorde une autorisation de travail pour une période maximale de 6 mois.

Si la réinsertion complète n'a pas réussi au terme de la période planifiée, le médecin-conseil évalue si une réinsertion complète est encore possible. Si c'est le cas, il prolonge l'autorisation pour une période maximale de six mois. Par activité autorisée, la durée totale de la période ne peut cependant excéder 18 mois.

Si le travailleur indépendant n'a pas pu se réinsérer totalement au terme de la période maximale de 18 mois, l'activité qu'il a exercée ne peut être prise en compte par le médecin-conseil ou le CMI (pendant l'invalidité) lors de l'évaluation de l'incapacité de travail.

- la **réinsertion incomplète**³⁷⁴ du travailleur indépendant.

Le médecin-conseil accorde une autorisation de travail pour une période déterminée ou indéterminée.

Le travailleur indépendant doit, pendant toute la durée de l'autorisation remplir les conditions d'incapacité de travail. Si le travailleur indépendant ne remplit plus ces conditions, le médecin-conseil ou le CMI (en invalidité) met fin à l'incapacité de travail après un examen médical.

8. Rechute

Ce point est identique au point I. 8.

9. Droit à l'indemnisation par la mutualité pendant un séjour à l'étranger

Point identique au point I. 9.

373. A.R. du 20-07-1971, art. 23.

374. A.R. du 20-07-1971, art. 23bis

III. L'incapacité d'autres catégories de travailleurs

D'autres catégories de travailleurs dépendent de différentes législations. Vous trouverez ci-après quelques points importants pour certaines de ces législations, non-exhaustifs.

1. Incapacité de travail de fonctionnaires

Les fonctionnaires de l'Etat fédéral et de certaines administrations publiques sont soumis à une législation spécifique³⁷⁵.

Pour les deux premières périodes d'absence pour raison médicale d'une durée d'un jour dans l'année calendrier, le fonctionnaire ne doit pas fournir de certificat. Au-delà vous devez compléter le certificat soit électronique, soit papier que le fonctionnaire vous fournit (modèle imposé, voir ci-après),

Le certificat doit être envoyé immédiatement, soit par :

- eHealth. Vous communiquez le certificat électronique au moyen du logiciel eMediAtt inclus dans les logiciels homologués de gestion informatisée des dossiers médicaux
- la Poste :



Medex
Certificats médicaux
Place Victor Horta, 40 bte 50
1060 Bruxelles.

L'**Administration expertise médicale (Medex)** effectue le contrôle de l'incapacité de travail sur base de la loi du 13 juin 1999³⁷⁶.

En cas de contestation de l'incapacité de travail, c'est la procédure d'arbitrage qui s'applique (voir point I. 3. a. § 2 "Comment se déroule le contrôle ?")³⁷⁷.

La Medex doit autoriser un voyage à l'étranger d'un fonctionnaire en incapacité de travail³⁷⁸.

375. A.R. du 19-11-1998.

376. A.R. du 19-11-1998, art. 62 § 2 al. 2.

377. A.R. du 19-11-1998, art. 62 et 63.

378. A.R. du 19-11-1998, art. 64.



CERTIFICAT MEDICAL

Votre employeur fait appel à Medex pour la gestion de vos absences pour cause de maladie, accident du travail ou maladie professionnelle.

- **Si vous êtes malade** ou vous avez un accident du travail/maladie professionnelle et ne pouvez aller travailler, **avertissez-en votre employeur** comme stipulé dans votre règlement de travail.

- **Votre employeur vous demande-t-il un certificat médical en justification de votre absence?**

* Remettez ce certificat à votre médecin et faites-lui compléter le deuxième volet.

* Envoyez ce certificat à Medex, Certificats Médicaux, Place Victor Horta 40 bte 50, 1060 Bruxelles

- **Que fait Medex de ces données?**

Medex signalera à votre employeur:

* que vous avez remis un certificat;

* la durée de votre absence

* le fait que vous êtes en mesure ou non de vous déplacer vers un centre médical ou le cabinet du médecin pour un contrôle éventuel.

Medex ne communiquera en aucun cas les raisons médicales de votre absence.

1. Complétez vous-même les données demandées ci-dessous.

N° Registre National

Nom

Prénom

Date de naissance / /

Rue N° Bte

Code postal Commune

Employeur

N° d'identification Si vous ignorez ce n°, ne complétez pas ce champ.

Nom

Rue N° Bte

Code postal Commune

2. Faites compléter les données suivantes par votre médecin.

Nom

Prénom

est en incapacité de travail du / / 20 jusqu'au / / 20 inclus

Diagnostic

Cause de cette incapacité de travail:

Maladie Prolongation d'une maladie

Hospitalisation Prolongation d'une hospitalisation

Maladie due à la grossesse

Accident du travail, survenu le / /

Prolongation ↑

Maladie professionnelle, déclarée le / /

Prolongation ↑

N° INAMI

Date
 / / 20

Signature du médecin

Cachet

L'intéressé(e) peut-il/elle se déplacer en cas de contrôle éventuel ?

Oui

Non

2. Incapacité de travail des personnes sans contrat de travail (chômeurs, ...)

La situation est identique à celle des salariés (voir point I. 1.), à l'exception de la période de salaire garanti. La déclaration auprès de la mutualité doit se faire par la poste (le cachet postal faisant foi) ou contre accusé de réception dans un délai de deux jours civils à dater du début de l'incapacité de travail.

3. Incapacité de travail des enseignants

Les enseignants sont soumis à une législation spécifique selon la Communauté dont ils dépendent.

a. Pour les enseignants de la Communauté française³⁷⁹

Si l'absence pour raison médicale ne doit durer qu'un jour, l'enseignant ne doit pas fournir de certificat mais doit prévenir immédiatement sa hiérarchie³⁸⁰. Au-delà d'un jour vous devez compléter le certificat dont le modèle est imposé (voir ci-après) et que l'enseignant vous fournit³⁸¹.

Le patient doit (faire) envoyer le certificat à :



MedConsult
Rue des Chartreux 57
1000 Bruxelles
Une copie peut être envoyée par fax au 02 542 00 87 ou mail : certificatfwb@medconsult.be.

Le contrôle de l'incapacité de travail est effectué par **MedConsult**.

En cas de contestation de l'incapacité de travail, c'est la procédure d'arbitrage qui s'applique (voir point I. 3. a. § 2 "Comment se déroule le contrôle ?")³⁸².

MedConsult doit autoriser un voyage à l'étranger d'un enseignant en incapacité de travail³⁸³.

b. Pour les enseignants de la Communauté flamande³⁸⁴

Si l'absence pour raison médicale ne doit durer qu'un jour, l'enseignant ne doit pas fournir de certificat mais doit prévenir immédiatement sa direction. Au-delà d'un jour vous devez compléter le certificat dont le modèle est imposé et qui vous est fourni par l'enseignant.

Le patient doit (faire) envoyer le certificat à :



Certimed
t.a.v. Dienst Onderwijs
Taxandria gebouw benedenverdieping
Gouverneur Roppe singel 25
3500 HASSELT

Le contrôle de l'incapacité de travail est effectué par **Certimed**.

379. Décret du 22-12-1994.

380. Décret du 22-12-1994, art. 7.

381. Décret du 22-12-1994, art. 4 et 5.

382. Décret du 22-12-1994, art. 11 à 16.

383. Décret du 22-12-1994, art. 6.

384. Besluit van de Vlaamse Regering van 15-02-2008.

CERTIFICAT MEDICAL

Humidifier et coller

Ne pas utiliser ce document en cas d'un accident du travail ou sur le chemin du travail**A. Données de la personne : à remplir visiblemment et complètement**

Nom et prénom du membre du personnel :

Nom, adresse et numéro FASE de l'établissement :

Date de naissance :

Humidifier et coller

N° Registre National

N° Matricule enseignant

Rue, N° et boîte :

Code postal et localité : Téléphone (fixe ou GSM) :

Le cas échéant domicile provisoire durant la maladie : du / J Jusqu'au: / J inclus

Nom sur la sonnette :

Rue, N° et boîte :

Code postal : Localité

Plier ici

Plier ici

B. Données du certificat : à compléter par le médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que

Monsieur/Madame est incapable de travailler du / / au / / inclus

Cause de l'incapacité : maladie prolongation rechute Accident de la vie privée

Nature de l'affection :

 Congé de maternité du / au: / / inclus

Signature et cachet

 Demande de mi-temps médical (30j) : du / au: / / inclus Prestations réduites à des fins thérapeutiques (6 mois) : du / au: / / inclus Demande de séjour à l'étranger : du / au: / / inclus Renouvellement de mission (1 an) : du / au: / / inclus Maladie liée à la grossesse : du / au: / / inclusSortie : autorisée Sortie interdite

Hospitalisation : du / au: / / inclus

Date de l'examen : /

Détacher ici

Détacher ici

C. A conserver par le membre du personnel

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare, après interrogation et examen, que

Monsieur/Madame est incapable de travailler du / / au / / inclus.

Sortie: autorisée interditeCause de l'incapacité : maladie accident de la vie privéeCause de l'incapacité : demande de mi-temps(30j) maladie liée à la grossesse

Signature et cachet

 congé de maternité demande de séjour à l'étranger renouvellement de prestations réduites à des finsmission (1an) thérapeutiques (6 mois)

Incapacité prescrite : du / au: / / inclus

Hospitalisation : du / au: / / inclus

Date de l'examen : /

Afwezigheidsattest



Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming

Waarvoor dient dit formulier?

Dit attest vermeldt de gegevens van de afwezigheid van het personeelslid wegens ziekte, zoals bepaald in het besluit van de Vlaamse Regering van 8 december 1993 betreffende de controle op de afwezigheid wegens ziekte.

Wie vult dit formulier in?

Het personeelslid en de behandelende geneesheer vullen dit formulier in.

Aan wie bezorgt u dit formulier?

Het personeelslid bezorgt dit formulier aan zijn school of instelling.

In te vullen door het personeelslid

1 Vul uw persoonlijke gegevens in.

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

stamboeknummer

2 Verblijft u tijdens uw ziekte op een andere plaats?

ja. Vul de onderstaande gegevens in.

straat en nummer

postnummer en gemeente

van

dag

--	--

maand

--	--

jaar

--	--	--	--

tot en met

dag

--	--

maand

--	--

jaar

--	--	--	--

nee

In te vullen door de behandelende geneesheer

3 Mag het personeelslid de woning verlaten?

ja nee

4 Vul de onderstaande verklaring in.

Ik bevestig dat ik het personeelslid heb onderzocht en dat het werkonbekwaam is.

van

dag

--	--

maand

--	--

jaar

--	--	--	--

tot en met

dag

--	--

maand

--	--

jaar

--	--	--	--

Druk in het vak hiernaast uw stempel af.

datum dag

--	--

 maand

--	--

 jaar

--	--	--	--

handtekening

--	--

En cas de contestation de l'incapacité de travail, c'est la procédure d'arbitrage qui s'applique (voir point I. 3. a. § 2).

Lorsque l'enseignant désire se rendre à l'étranger plus d'un jour au cours de son incapacité de travail, il doit demander un contrôle préalable par Certimed en cochant la case prévue sur le certificat.

4. Incapacité de travail des militaires

Les militaires sont soumis à une législation spécifique³⁸⁵.

Vous devez compléter le certificat militaire dont dispose le patient (modèle ci-après).

Celui-ci doit l'envoyer par recommandé au Company Sergeant Major (CSM) de son unité.

Les procédures de contrôle (médecin-contrôle) et de contestation (désignation d'un médecin-arbitre) sont très proches de celles des salariés (voir point I. 3.)³⁸⁶ (délais différents et procédure de sélection des médecins).

385. A.R. du 10-08-2005, relatif aux absences pour motif de santé des militaires.

386. A.R. du 10-08-2005, art. 11 à 17.

CERTIFICAT MEDICAL MOD 1

Référence : règlement DGHR-REG-MEDIS-001 annexe A

A remplir par le PATIENT AVANT la consultation	Nom :	Prénom :
	Grade :	Numéro de matricule :
Unité :	Date de naissance :	
RESIDENCE du patient durant l'incapacité de travail		
Rue :	N°/Boite :	
Code postal :	Commune :	
Téléphone/GSM 1:	Téléphone/GSM 2:	
<input type="checkbox"/> La présente consultation ne peut pas avoir lieu au cabinet du médecin pour raisons médicales Ce qui figure ci-dessous est dû à : (si nécessaire, un diagnostic peut être indiqué sous couvert du secret médical)		
<input type="checkbox"/> maladie professionnelle } le lien médical entre l'affection et sa cause originelle comme <input type="checkbox"/> accident du travail date : _____ déclaré par le patient est selon moi: <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> pas possible <input type="checkbox"/> ne peut être déterminé		
<input type="checkbox"/> le patient est hospitalisé depuis date: _____ (avec incapacité de travail durant l'hospitalisation) <input type="checkbox"/> le patient a quitté l'hôpital le date :		
<input type="checkbox"/> le patient est en incapacité de travail } à partir du : (Effet rétroactif de Max 24 heures) Jusqu'au (inclus) : (Max 30 jours calendrier, excepté après hospitalisation) date : _____ <input type="checkbox"/> l'intéressé PEUT quitter la résidence } pendant la durée de l'incapacité de travail <input type="checkbox"/> l'intéressé NE PEUT PAS quitter la résidence		
cachet du médecin		Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné ce patient et avoir constaté ce qui précéde.
		signature du médecin :
date :		

SECRET MEDICAL (si rempli) PEUT UNIQUEMENT ETRE OUVERT PAR LE MEDECIN DESTINATAIRE

↑ rester en dessous de cette ligne ↑

↑ rester en dessous de cette ligne ↑

COLLER OU AGRAFER ICI

DIAGNOSTIC MEDECIN TRAITANT :

PLIER ICI >> | << PLIER ICI

\ remplir par le MEDECIN TRAITANT

SECRET MEDICAL SI REMPLI

PIER | C | >> | << PIER | C |

cachet du médecin

Je soussigné, docteur en médecine, déclare avoir examiné ce patient et avoir constaté ce qui précède.

signature du médecin

COLLER OU AGRAFFER ICI

Cat Nr 1.2571 - NSN 7540-70-050-0101

5. Incapacité de travail des intérimaires

Un intérimaire en incapacité de travail doit :

- prévenir l'entreprise où il travaille
- envoyer un certificat d'incapacité pour l'employeur à la société d'intérim (modèle libre)
- envoyer un certificat d'incapacité à sa mutualité (modèle imposé, exemple au point I. 2. b.).

L'intérimaire doit (faire) envoyer dans les deux jours ouvrables car, en fonction :

- de son ancienneté auprès de l'agence d'intérim
- de la durée restante du contrat
- de son statut (ouvrier, employé ou étudiant)
- de la durée de la maladie
- et du moment du premier jour de maladie,

il a droit ou non au paiement :

- d'un salaire garanti (versé par l'agence d'intérim)
- ou à une allocation (versée par la mutuelle)
- ou bien encore à une indemnité complémentaire à charge de l'agence en plus de l'allocation versée par la mutuelle.

Les contrôles et procédures en cas de contestation sont ceux des salariés (voir points I. 3.), en fonction de(s) (l')organisme(s) qui paye(nt) le salaire et/ou l'allocation.

IV. Incapacité de travail suite à un accident ou un dommage causé par un tiers

L'incapacité de travail suite à un accident ou à des dommages causés par un tiers est suivie sur le plan médical et administratif par le médecin de l'assurance qui assure ce tiers.



Exemples :

- l'assurance de l'entreprise en cas d'accident de travail
- l'assurance de la partie civilement responsable en cas d'accident avec responsabilité civile.

Les indemnités d'incapacité de travail, si la responsabilité n'a pas encore été établie, sont payées par l'assurance SSI. L'ASSI se fera rembourser par l'assurance du responsable au terme du jugement rendu (droit de subrogation³⁸⁷).



Il est préférable que le patient envoie le certificat prévu au médecin-conseil de la mutualité (voir point I. 2. b.) tant que la responsabilité n'a pas encore été établie afin de conserver ses droits si un responsable n'est pas désigné.

³⁸⁷. Loi ASSI, art. 136 § 2 al. 4.

V. Incapacité de travail d'un travailleur salarié assujetti à la législation d'un autre Etat de l'Union européenne, en séjour ou en résidence en Belgique

Vous devez compléter le certificat dont le modèle figure ci-après.

Le délai d'envoi du certificat dépend de la législation en vigueur dans le pays d'origine³⁸⁸.

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

<p>À remplir par le titulaire</p> <p>À remplir par le médecin traitant</p>	<p>Ouvrier - Employé - Mineur (3) Homme - Femme (3)</p> <p>Nom et prénoms : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>Numéro d'inscription : _____</p> <p>Résidence principale : _____</p> <p>Adresse à laquelle le titulaire se tient à la disposition du contrôle (1) :</p> <p>Je soussigné, docteur en médecine, déclare donner mes soins à et avoir constaté qu'il(elle) est incapable de travailler depuis le jusqu'au (inclus) Par suite de (symptomatologie et diagnostic) (2) :</p> <p>L'intéressé(e) est en état - n'est pas en état (3) de se déplacer L'intéressé(e) est hospitalisé(e) (3) à depuis le _____ Raison et durée présumée de l'hospitalisation _____</p> <p>Si l'incapacité résulte de la grossesse, la date présumée de l'accouchement _____</p> <p>Identification du médecin (4)</p> <p>Date _____</p> <p>Signature du médecin traitant _____</p>
<p>(1) Le titulaire doit communiquer au médecin-conseil toute modification concernant sa résidence.</p> <p>(2) Préciser la cause de l'incapacité en indiquant notamment s'il s'agit d'un accident ou traumatisme.</p> <p>(3) Biffer la mention inutile.</p> <p>(4) Cachet avec numéro INAMI.</p>	

388. Règlement (CE) n° 987/2009, art. 27.

VI. Travailleur salarié assujetti à la législation belge en séjour ou résidence dans un pays de la CEE

Cette information est destinée à vos patients qui partent travailler en Europe.

Deux situations peuvent se présenter, soit les médecins de l'État membre :

- **ne délivrent pas** de certificat d'incapacité de travail³⁸⁹ : le travailleur fait attester son incapacité de travail directement auprès de l'institution compétente du lieu de séjour ou de résidence dans les délais requis par la législation à laquelle il est assujetti. Cette institution établit un certificat d'incapacité de travail mentionnant sa durée probable et l'envoie sans délai à l'institution compétente pour verser les indemnités de maladie
- **délivrent** des certificats d'incapacité de travail³⁹⁰ : le travailleur doit se rendre directement auprès d'un médecin du pays de résidence ou de séjour afin d'obtenir de celui-ci un certificat médical attestant de son incapacité de travail et de sa durée probable. Le travailleur transmet directement ce document à l'institution compétente pour lui verser les indemnités de maladie, sans passage auprès de l'institution de contrôle de l'État de séjour ou de résidence³⁹¹.

389. Règlement (CE) n° 987/2009, art. 27 § 3.

390. Règlement (CE) n° 987/2009, art. 27 § 1.

391. Règlement (CE) n° 987/2009, art. 27 § 2.

6^e Partie

Communication



I. Circulaires



Le dispensateur de soins a l'obligation de s'informer sur les dispositifs légaux. L'ignorance ne pourra jamais être invoquée comme justification en cas de procédure judiciaire.

La publication au **Moniteur belge** est la **manière officielle**³⁹² de promulguer des lois et des arrêtés. C'est également la manière officielle de les faire entrer en vigueur à partir d'une date déterminée.

La **circulaire** a pour but d'informer les dispensateurs de soins sur des sujets jugés pertinents tels que la réglementation, les honoraires, les règles interprétatives, les modalités de facturation ou encore l'accord entre les dentistes et les organismes assureurs.

Parfois également, les circulaires fournissent des explications complémentaires concernant des problèmes constatés dans l'application de la réglementation.



La base légale demeure toujours la publication au Moniteur belge et non la circulaire en tant que telle. De même, pour la date d'entrée en vigueur, ce n'est pas l'envoi de la circulaire qui est déterminant mais bien la publication au Moniteur belge et la date d'entrée en vigueur qui y est mentionnée.

II. Transmission électronique des données

Vous trouverez dans cette partie des informations sur des programmes informatiques qui vous permettent de transmettre des données liées à votre profession, quelles qu'en soient la nature, l'origine ou la destination.

1. Recip-e

Ce programme, intégré dans les logiciels de gestion des dossiers médicaux, permet la prescription électronique de médicaments et, à terme de soins infirmiers ou kinésithérapeutiques.

Elle doit respecter une procédure et une authentification de la signature établies par le Comité de gestion de la plate-forme e-Health .



Plus d'informations : www.recip-e.be

392. Loi du 31-05-1961, Publication et promulgation de lois et de règlements.

2. eMediAtt

eMediAtt est inclus d'office dans les logiciels homologués par e-Health de gestion de dossiers médicaux informatisés (DMI) des patients. Il permet la transmission électronique des certificats d'incapacité de travail des fonctionnaires à l'Administration expertise médicale (Medex).

 Plus d'informations : www.santepublique.be, Soins de santé > Expertise médicale > A la une : emediatt.

3. e-Health

e-Health est la plate-forme belge des technologies de l'information et de la communication appliquées à la santé.

Elle intervient dans la transmission de données par certains programmes.

Elle met à la disposition des dispensateurs de nombreux services par voie électronique (eShop, Medega, Medatertest, Recip-e, etc ...) dont la eHealthBox.

 La **eHealthBox** est une boîte aux lettres électronique sécurisée mise à votre disposition, en tant que dispensateur de soins, par la plate-forme eHealth. Elle permet une communication électronique sécurisée de données médicales et confidentielles entre les acteurs des soins de santé belges.

 Lorsque les moyens techniques seront opérationnels, un document signé de manière électronique envoyé via la eHealthBox aura valeur de recommandé postal³⁹³.

Comment vous connecter à votre eHealthBox ?

Vous devez :

- aller sur le portail eHealth www.ehealth.fgov.be
- cliquer sur «MY EHEALTH» (en haut, à gauche)
- vous identifier avec votre carte d'identité électronique
- dès l'authentification validée, accéder à l'application eHealthBox
- vous identifiez en tant que professionnel de la santé.

Vous pouvez être averti, via votre mail personnel, de l'arrivée d'un nouveau message dans votre e-HealthBox. Vous pouvez activer cette application (eHealth Update Info), en cliquant sur le lien « cliquez ici » dans « My eHealth ».

 Plus d'informations : www.ehealth.fgov.be

4. CareNet

CareNet est une plateforme centrale par laquelle des informations peuvent être échangées entre les hôpitaux et les mutualités via le portail eHealth.

 Plus d'informations : www.inami.be > Thèmes > Qualité des soins : en savoir plus > e-santé.

³⁹³. Loi du 24-02-2003, art. 4/1 et 4/2.

5. MyCareNet

MyCareNet est une plateforme par laquelle des informations peuvent être échangées entre les dispensateurs et les mutualités via le portail eHealth, d'une manière simple, fiable et sécurisée. Elle est utilisée actuellement par les médecins, les dentistes et les infirmiers.



Plus d'informations : www.inami.be > Thèmes > Qualité des soins : en savoir plus > e-santé > MyCareNet.

6. Réseaux Santé

Les « réseaux santé » sont des plateformes d'échange sécurisé de documents médicaux informatisés (résultats d'exams, rapports médicaux, courriers, etc.) entre les médecins intervenant pour un patient, uniquement dans un but de soins. Il en existe un pour chaque région :

- Réseau Santé Wallonie en Wallonie
- Abrumet à Bruxelles
- Vitalink en Flandre.

Cet échange nécessite les conditions suivantes, le patient :

- doit avoir donné son consentement. En pratique, de manière électronique, avec sa carte d'identité via :
 - www.patientconsent.be
 - www.rsw.be (en Région wallonne)
 - www.abrumet.be (en Région bruxelloise)
 - son médecin-traitant
 - sa mutuelle
 - une pharmacie
 - un hôpital
 - un autre dispensateur de soins
- doit avoir une relation de soin ou thérapeutique avec les dispensateurs de soins concernés. Cela exclut :
 - les médecins du travail
 - les médecins-conseils des mutuelles
 - les médecins des compagnies d'assurance
- peut refuser l'accès de tout ou partie de ses données à certains dispensateurs
- peut demander à son médecin traitant de lui établir un résumé électronique de son dossier (« SUMmarized Electronic Health Record, SUMEHR ») dont ils conviennent ensemble du contenu.



Exemples :

- résumé des problèmes
- antécédents importants
- allergies et intolérances
- vaccins administrés
- traitements en cours

Ce SUMHER facilite la recherche des données importantes par les autres dispensateurs.

- peut prendre connaissance de la liste des dispensateurs ayant consulté ses données
- peut retirer son consentement à tout moment.

En pratique, les données médicales restent enregistrées chez les dispensateurs concernés. Seules les informations utiles sont échangées.



Plus d'information : sur les sites cités ci-avant et :

- www.health.fgov.be > Soins de santé > Télématique > Réseaux santé > Sumehr photo santé
- www.inami.be, Professionnels > Professionnels de la santé : médecins > Interventions financières > Prime SUMEHR pour les médecins généralistes

III. Plus d'informations

Vous pouvez trouver d'avantage d'informations via :

- les données de contact (adresses électroniques, numéros de téléphone, numéros de fax, adresses pour courrier postal) figurant dans la présente brochure au regard des pictogrammes et
- le téléphone : 02 739 71 11
- le site de l'INAMI : www.inami.be

Vous pouvez vous inscrire à l'alerte quotidienne : vous serez informé au jour le jour des modifications.



www.inami.be, Accueil > Inscrivez-vous à l'alerte (pages récemment modifiées) et à la newsletter

- le courrier
 avenue de Tervueren, 211
1150 Bruxelles
- l'adresse mail : communication@inami.fgov.be. La Cellule communication transférera le courriel au(x) service(s) concerné(s)
- d'autres institutions telles que les mutualités, les associations scientifiques ou professionnelles.

IV. Changement d'adresse

Vous devez communiquer tout changement d'adresse à :



INAMI
Avenue de Tervueren, 211
1150 Bruxelles.



Vous pouvez modifier vos données sur le site de l'INAMI : www.MyInami.be.
Un lecteur de carte d'identité ou un token citoyen est nécessaire pour se connecter.

V. Adresses des Commissions médicales provinciales



SPF Santé publique, Call center : 02 524 97 97
Adresse e-mail générale : CMP-PGC@sante.belgium.be

1. Brabant d'expression française

Place Victor Horta 40/10, 1060 Bruxelles
Tél. : 02 524 97 72, fax : 02 524 98 20
E-mail : veronique.solvel@sante.belgique.be

2. Hainaut

Rue des Fossés 1, 7000 Mons
Tél. : 02 524 99 82, fax : 02 524 99 87
E-mail : ih.mons@sante.belgique.be

3. Liège

Bld Frère Orban 25, 2^e étage, 4000 Liège
Tél. : 02 524 79 01, fax: 04 254 15 68
E-mail : isabelle.renard@sante.belgique.be

4. Luxembourg

Rue docteur Lomry 3, 6800 Libramont
Tél. : 061 23 00 73, fax : 061 23 43 79
E-mail : ih.libramont@sante.belgique.be

5. Namur

Résidence Les Célestines Place des Célestines 25, 5000 Jambes
Tél. : 02 524 99 64
E-mail : juliette.renard@sante.belgique.be

6. Antwerpen

Pelikaanstraat, 4, 2^e verdieping, 2018 Antwerpen
Tel. : 02 524 78 50, fax : 02 524 78 58
E-mail: icm.antwerpen@gezondheid.belgie.be

7. Limburg

FAC Verwilghen-Gebouw A, Voorstraat 43, 3500 Hasselt
Tel. : 02 524 78 02, fax : 02 524 78 21
E-mail: pgc.limburg@gezondheid.belgie.be

8. Nederlandstalige Brabant

Philipssite 3, B bus 1, 3001 Leuven
Tel. : 02 524 97 73, fax : 02 524 99 67
E-mail: pgc.limburg@gezondheid.belgie.be

9. Oost-Vlaanderen

Kouterpoort - Ketelvest 26 bus 201 9000 Gent
Tel. : 02 524 99 73 of 02 524 99 72, fax : 02 524 99 78
E-mail: zeger.vermeulen@gezondheid.belgie.be

10. West-Vlaanderen

FAC Kampgebouw, Konig Albert I laan, 1/5 bus 1, 8200 Brugge
Tel. : 02 524 79 30, fax : 02 524 79 33
E-mail: gi.brugge@gezondheid.belgie.be

Annexes



Acronymes

AFCN	Agence fédérale de Contrôle nucléaire
AFMPS	Agence fédérale des médicaments et des produits de santé
AGSD	Attestation globale de soins donnés
A.M.	Arrêté ministériel
APR-DRG	All Patient refined- Diagnosis Related Groups
A.R.	Arrêté royal
ASD	Attestation de soins donnés
ASSI	Assurance soins de santé et invalidité
ATC	Anatomical Therapeutical Chemical classification
AVC	accident vasculaire cérébral
BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée
BOBI	Barème Officiel Belge d'Invalidité
BVAC	Bijkomende verzekering - assurance complémentaire
CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CEM	Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments
CFCE	Commission fédérale de contrôle et d'évaluation
CIC	Code d'instruction criminelle
CMG	Candidat médecin généraliste
CMI	Conseil médical de l'Invalidité
CMP	Commission médicale provinciale
CNMM	Commission nationale médico-mutualiste (médico-mut)
CNPQ	Conseil national de promotion de la qualité
C.P.	Crédit-point
CPAS	Centre public d'aide sociale
CPS	Code pénal social
CRM	Commission de remboursement des médicaments
CSJ	Centre de soins de jour
CTM	Conseil technique médical
CUMG	Centre universitaire de médecine générale
DCI	Dénomination commune internationale
DDD	Defined daily dose
DMG	Dossier médical global
EBM	Evidence based medicine (médecine basée sur les preuves)
Fedasil	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
FAM	Fonds des accidents médicaux
GLEM	Groupe local d'évaluation médicale
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
ILA	Initiative locale d'accueil
IMC	Infirmité motrice cérébrale
INAMI	Institut national assurance maladie et invalidité
IRV	invitation au remboursement volontaire
ISI	Identification Sociale / Sociale Identificatie / Soziale Identifizierung
Loi ASSI	Loi coordonnée le 14 juillet 1994
MAF	Maximum à facturer
M.B.	Moniteur belge
MCC	Médecin coordinateur et conseiller
Medex	Administration de l'expertise médicale

MPR	médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
NISS	Numéro d'identification de sécurité sociale
NPS	Nomenclature des prestations de santé
O.A.	Organisme assureur
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PSA	Antigène spécifique de la prostate
PVC	Procès-verbal de constat
RSS	Règlement des soins de santé
SCA	Service du contrôle administratif
SECM	Service d'évaluation et de contrôle médicaux
SEP	sclérose en plaques
S.I.	Service des indemnités
SMUR	Service mobile d'urgences et de réanimation
SPF	Service public fédéral
SSI	Soins de santé et indemnités
SSS	Service des soins de santé
T.M.	Ticket modérateur
TSD	Trajet de soins diabète

Index

A

Abrumet.....	191
accident de travail	168.174.186
accord médico-mutualiste	25.28.65
accréditation.....	29.142
acupuncteur	138
agrément	20
AGSD.....	62
aide opératoire	74
aide-soignant.....	99
allocation de pratique.....	33
appareils	
auditifs	125
orthopédiques	125
assistance	98
assurabilité	132
assurance	
complémentaire.....	130
dépendance	131
hospitalisation	131
obligatoire.....	130
soins ou dépendance en Flandre	131
assurances sociales	16
attestation	
BVAC	118
pendant le stage.....	24
attestation de soins donnés	54
commande	57
conservation.....	62
délai de remise	59
emprunt	58
modèle.....	62
utilisation	62
attestation globale de soins donnés	54.62
avantages sociaux.....	25
avis	72
diététique.....	127
diabète	127
insuffisance rénale chronique.....	128

B

bandages herniaires	125
Banque-Carrefour des Entreprises.....	16
bénéficiaire de l'intervention majorée.....	78, 135
biologie clinique	74, 101
restrictions.....	102

C

CareNet	190
carte	
électronique.....	132
européenne d'assurance maladie	133
identité.....	132
isi+	132
Kids-ID	132
ceintures abdominales	125
centre de soins de jour.....	146
cercle des généralistes.....	36
certificat.....	72
certificat médical	169, 177
chiropracteur	138
chômeur	183
CMG	14, 15, 17, 23
garde	36, 76
CMI.....	173
code de compétence	35, 63, 76, 82
code de déontologie médicale.....	40, 142
Comité de l'assurance.....	67
Commission médicale provinciale.....	13, 34
adresses	195
compétences.....	18
Conseil technique médical	66, 67
consentement.....	34
consultation.....	73
contrat	41
contrôle	50, 181, 183
conventionné.....	26, 28, 65, 148
crémation.....	163

D

DCI	111
décès.....	160, 163
déclaration anticipée	161
demandeur d'asile	134
démence.....	145
dépendance	146
diabète de type 2	127, 151

diplôme.....	12
équivalence	12
étranger	12
DMG	32.34.36.76.142
maison médicale	37
DMI	32
document	
annexe 30.....	118
interne	63
justificatif	57.60.68
dossier.....	140
dossier médical	142.147
enfant	144
global.....	142
double fiscal	60
drainage	
lymphatique.....	90
droit de subrogation	69.186
droits du patient	138.172

E

échelle de Katz	146
échelonnement des soins	145
échographie.....	100
e-Health.....	190
eMediAtt	181.190
enseignant.....	183
entretien d'accompagnement	118
envoi chez un spécialiste	145
erreur médicale.....	41
étranger	176.181.183.184
euthanasie	158
conditions.....	159
médicaments.....	160
évaluation gériatrique pluridisciplinaire	145
exigences particulières.....	65

F

facturation	
électronique.....	34
Fedasil	134
fériés	72
fonctionnaire.....	181
Fonds des accidents médicaux	48.165
forfait	37
formation	14.29
radioprotection	43
frais de déplacement.....	73

G

garde	17.34.78
cercle	36
CMG	36.76
en soirée	36.76
honoraires	35.65.75
Internet	37
suppléments	35.75
tiers-payant	35.76
GLEM	30
grossesse	87

H

homéopathe	138
honoraires	41.65
de disponibilité	35.76
garde	35.65.75
prestation non-remboursable	68
suppléments	148
hôpital	62.147
horaire de travail	17
hospitalisation	40.68

I

implants	125
Impulseo	32
INAMI	47
inaptitude définitive	176
incapacité de travail	
primaire	168.177
incontinence	125
indemnité	18
indépendant	177
information	139
infractions	50
insuffisance rénale chronique	128.151
intérimaire	186
invalidité	168.177
invitation au remboursement volontaire	51
IRM	100

J

justification médicale	169
------------------------------	-----

L

laboratoire	74
lombostats.....	125
lunettes.....	125, 126

M

maison	
de repos et de soins.....	146
de repos pour personnes âgées	146
médicale.....	37
malade chronique.....	78
maladie infectieuse transmissible	165
maladie professionnelle.....	168, 174
mammographie	101
mandat	63
matériel pour stomie.....	125
maximum à facturer	138
MedConsult.....	183
médecin	
accrédité.....	25
coordinateur et conseiller.....	147
médecin-arbitre	172
médecin-conseil	73, 169
médecin-contrôle	172
Medex.....	181
médicament.....	137
bon marché	39, 107
copie.....	108
du chapitre IV	34
générique	108
indisponible en Belgique	117
trousse d'urgence	117
Mensura.....	183
militaire	184
mineur	
représentation	141
mort	164
MyCareNet	191

N

nomenclature.....	63, 66
consulter.....	66
non conventionné.....	149
nouvelle situation pathologique.....	90
numéro	15
INAMI.....	15, 62, 82
numéro d'identification de sécurité sociale.....	132

O

ordonnances.....	72, 105
commande	119
Ordre des médecins	14, 40
ostéodensitomètre	44
ostéopathe	138

P

palliatif	87, 136, 148, 157
pathologie	
aigües	88
chroniques	88
complexe	145
courante	87
lourde	87
patient	
âgé	145
étranger	133
palliatif	88, 157
palliatif à domicile	78, 158
palliatif avantages	158
palliatif reconnaissance	157
période de carence	177
plainte	140
poste de garde	65
prescription	
anatomopathologie	119
biologie clinique	101
contraception orale	115
DCI	111
données	83
électronique	103, 106
euthanasie	109
examens génétiques	120
imagerie médicale	100
incomplète	84
kinésithérapie	85
logopédie	120
magistrale	115
médicaments	104
modèle	83
renouvellements	107
soins de podologie	127
soins infirmiers à domicile	93
spécialités	112
validité	110

prestations.....	62.63.82
à l'étranger	69
délégation.....	72
demandées par des tiers.....	69
d'urgence	75
en prison.....	70
esthétiques.....	68
exigibles à un tiers.....	69
indûment remboursées	41
infirmières avec prescription	95
infirmières sans prescription	95
inutilement onéreux ou superflue	39
recherche scientifiques	70
remboursables.....	68
techniques urgentes.....	71
prêt à l'installation	32
prime à l'installation	32
prime de soutien à la pratique.....	33
prime télématique.....	33
propre patient	43
prothèse mammaire	125
protocole	103
conservation.....	70
de collaboration.....	145
PSA.....	104
publicité.....	42

R

radiographies.....	43
radiologie.....	100
radioprotection.....	43
rapport	
conservation.....	70
kiné.....	92
rechute	176
Recip-e.....	34.106.189
reçu.....	59.68
rééducation post-natale	88
réfugié.....	134
regroupement de généralistes.....	32
réinsertion socioprofessionnelle.....	172
remboursement	82
demande	113
forfaitaire	94
par prestation	94
renouvellement	114
remplacement.....	73
rendez-vous manqué.....	72
représentativité médicale	49

Réseau Santé Wallonie.....	191
réseaux santé	191
responsabilité	18, 38, 150
professionnelle	41

S

salaire garanti	168
scanner.....	100
scintigraphie	100
séances	
remboursables.....	89
semelles orthopédiques	125
Service des indemnités	48
Service des soins de santé	48
service de tarification	61
Service d'évaluation et de contrôle médicaux	48
Service du contrôle administratif.....	48
sevrage tabagique.....	151
site Internet.....	42
situation occasionnelle de détresse financière.....	78
SMUR	75
société	41
soins palliatifs	157
souche fiscale.....	59
stage.....	15
statut social	28
substances radioactives.....	164
substitution.....	110
Sumehr	33, 191
suppléments	
conditions.....	71
de permanence	36, 76
d'hospitalisation	149
garde	35, 75
honoraires.....	71, 148

T

tarifs.....	25, 35, 75
télé-secrétariat	33
ticket modérateur	88, 132, 135
tiers.....	186
tiers-payant	41, 65, 77, 132, 138
garde	35, 76
interdiction.....	80
social	77
traitement	
interruption.....	42

trajet	
de formation	172
de soins	151
travail volontaire	173
types d'assurances	130

V

visa	13
visite	147
à domicile	73
Vitalink	191
voiturettes	125



Legal disclaimer

Les informations données dans ce document ne créent aucun droit. En cas de doute ou de contestation, seule la législation en vigueur est applicable.

Mai 2017

Éditeur responsable : J. De Cock, avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles

Réalisation : Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, en collaboration avec le Service des soins de santé et la Cellule communication de l'INAMI et le SPF Santé publique

Design graphique : Cellule communication de l'INAMI

Photos : Ab initio et Verypics

Dépôt légal : D/2017/0401/13