Annexe 95

A envoyer au médecin-conseil

Soins infirmiers- Soins de plaie(s) complexes – Cas orphelins, situations rares et complexes
- notifiant des prestations complémentaires si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure plus de 30 minutes.

Il s'agit : (1)

☐ d'une nouvelle notification, pour une première période de maximum 3 mois

☐ d'un renouvellement de notification, pour une nouvelle période de maximum 3 mois

Données d'identification du bénéficiaire

Nom et prénom: ....
Adresse (résidence principale):..
Date de naissance: ....
N° de sécurité sociale (NISS) : ....
N° d'inscription OA (uniquement pour les patients sans NISS).: ....
N° d'identification de l'OA : ⌊⌋⌊⌋⌊⌋
Adresse du lieu de soins (si différente de la résidence principale) :

………

………

Données d'identification du médecin traitant (si connues)

Nom et prénom: ....
N° INAMI :

Données d'identification de l'infirmier en relais de soins de plaie(s) (si connues)

Nom et prénom: ....
N° INAMI: ……………………………………………………………………………………………………..

Je soussigné(e) ....inscrit(e) sur la liste des praticiens de l'art infirmier de l'INAMI. sous le n° ⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋⌊⌋⌊⌋ certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus présente une plaie complexe qui nécessite des soins de plaie(s) de plus de 30 minutes par jour.

Durée prévue de l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins : (1)

☐ entre 30 et 59 minutes (la prestation complémentaire 429295, 429413, 429516, 429612 ou 429715 sera attestée au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe).

☐ entre 60 et 89 minutes (la prestation complémentaire 429310, 429435, 429531, 429634 ou 429730 sera attestée au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe).

☐ plus de 89 minutes (la prestation complémentaire 429332, 429450, 429553, 429656 ou 429752 sera attestée au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe).

Justification :

1ère plaie :

- Localisation de la plaie : ☐ ⌊⌋⌊⌋
- Type de plaie : ⌊⌋

  Si autre : ⌊⌋
- Fréquence du traitement (par jour): ⌊⌋⌊⌋

2ème plaie (si d'application) :

- Localisation de la plaie : □ ⊔⊔
- Type de plaie : ⊔

  Si autre : ⊔⊔⊔
- Fréquence du traitement (par jour): ⊔⊔

3ème plaie (si d'application) :

- Localisation de la plaie : □ ⊔⊔
- Type de plaie : ⊔

  Si autre : ⊔⊔⊔
- Fréquence du traitement (par jour): ⊔⊔

Nombre de plaies complémentaires (si d'application) : ⊔⊔

Tous les documents justifiant la facturation de la prestation complémentaire sont tenus à disposition dans le dossier infirmier de soins de plaie(s) du bénéficiaire.

Le soussigné donne connaissance au médecin-conseil qu'il/elle commence / continue (2) à attester ces prestations complémentaires chez le bénéficiaire :

en date du ………………………………………………………

pendant une période qui se termine le ……………………………… (max. 3 mois)

Le praticien de l'art infirmier,

(date, nom et signature)

(1) Cochez ce qui convient
(2) Barrez ce qui ne convient pas

Vu pour être annexé au Règlement du 30 mai 2022 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

J. Coenegrachts
Directeur-général a.i. des Soins de santé

La Présidente,

A. Kirsch