



# INAMI

Institut National d'Assurance Maladie - Invalidité

CIRCULAIRE AUX HOPITAUX GENERAUX

CIRC. HOP. 2023/09

## Service des Soins de Santé

**Correspondant** Direction établissements et services  
de soins

Tél. : 02/739.73.94

E-mail : [hospit@riziv-inami.fgov.be](mailto:hospit@riziv-inami.fgov.be)

Nos références : Circ-hop-2023/09

Bruxelles, le 29 juin 2023

## Avenant à la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 12 décembre 2019 (HOP /2020quinquies) :

- **Hospitalisation à domicile**
- **Ajout d'une prestation au groupe 7 de l'hôpital de jour**
- **Nouveau modèle de facture patient**

L'accord de gouvernement prévoit d'encourager la mise sur pied d'alternatives à l'hospitalisation classique en ayant recours notamment à des techniques innovantes, de convertir des lits d'hôpitaux en structures intermédiaires et de renforcer les soins ambulatoires.

Sur la base de l'input du SPF Santé publique, formulé à partir des résultats des 12 projets pilotes «hospitalisation à domicile » et en tenant compte des recommandations formulées par l'AFMPS concernant l'administration de médicaments au patient à domicile dans le cadre des projets pilotes (circulaire du SPF Santé publique du 26 octobre 2017), et en concertation avec les médecins (généralistes et spécialistes), les pharmaciens hospitaliers et les praticiens de l'art infirmier, la commission de conventions hôpitaux-organismes assureurs a conclu, le 3 mai 2023, un avenant à la convention nationale pour proposer un traitement par antibiotiques et un traitement anticancéreux dans le lieu de vie du patient. Celui-ci règle les modalités d'intervention de l'hospitalisation à domicile.

Parallèlement à ces travaux, la notion d'« hospitalisation à domicile » a été inscrite dans la loi AMI : ajout de la définition le 9.9.2022 à l'article 2 :

« w) Par « hospitalisation à domicile », on entend les situations où les soins sont administrés dans le lieu de vie du bénéficiaire dans le respect de la réglementation en vigueur et des normes de qualité et de sécurité, mais qui devront être administrés dans le cadre d'une hospitalisation classique ou d'une hospitalisation de jour si ces critères ne peuvent pas être respectés. »

Parallèlement, l'AFMPS a élaboré un arrêté royal qui fixe les conditions relatives à la délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, et ce en exécution de l'article 6, § 2, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments (AR « AFMPS »).

Avenue Galilée 5 bte 1 - 1210 Bruxelles Tél. : 02 524 97 97

[www.inami.be](http://www.inami.be) - [https://twitter.com/INAMI\\_RIZIV](https://twitter.com/INAMI_RIZIV)

Horaire d'ouverture des bureaux : de 9 à 12 heures et de 13 à 16 heures

## 1. Hospitalisation à domicile

### 1.1. Formes de traitement dans l'hospitalisation à domicile : il s'agit :

- du traitement antibiotique par voie intraveineuse d'une durée minimum de 5 jours dans le lieu de vie du bénéficiaire ;
- de l'administration parentérale dans le cadre d'un traitement anticancéreux d'une durée minimum de 3 jours dans le lieu de vie du bénéficiaire ;
- des seuls médicaments concernés par les principes actifs, figurant dans la liste en annexe à l'AR AFMPS. La liste des médicaments (fichier Excel – onglet HOME HOSPITALISATION) est à consulter sur notre site web : [Spécialités pharmaceutiques remboursables : listes et fichiers de référence - INAMI \(fgov.be\)](https://www.inami.fgov.be/fr/spécialités-pharmaceutiques-remboursables-listes-et-fichiers-de-référence)

### 1.2. Principes relatifs aux interventions

1.2.1. Médecins et praticiens de l'art infirmier : c'est la convention nationale avec les hôpitaux qui règle le financement et les conditions d'intervention. Elle détermine également les interventions s'appliquant aux médecins et aux praticiens de l'art infirmier.

Les libellés et interventions expirent dans la convention nationale avec les hôpitaux à partir du moment où elles deviennent applicables dans la nomenclature des prestations de santé.

#### 1.2.2. Statut ambulatoire

Dans les cas où le patient quitte l'hôpital dans le cadre d'un traitement antibiotique, il retrouve le statut de patient ambulatoire. Pour le traitement anticancéreux, le patient conserve le statut ambulatoire.

1.2.3. Prestations à domicile par le praticien de l'art infirmier : une prescription médicale est requise.

#### 1.2.4. Facturation en tiers payant électronique

Toutes les interventions prévues dans la convention sont facturées électroniquement dans le cadre du régime du tiers payant. L'intervention pour les médecins généralistes peut également être facturée manuellement dans le cadre du système de tiers payant.

Ce qui a un impact sur :

- le logiciel utilisé par les hôpitaux
- le logiciel utilisé par les médecins généralistes
- le logiciel utilisé par les praticiens de l'art infirmier
- le logiciel utilisé par les organismes assureurs

En attendant le lancement des messages MyCareNet, la communication à l'organisme assureur du début et de la fin de l'hospitalisation à domicile sous la forme d'un pseudo-code d'une valeur de 0 euro est incluse dans la facturation de l'hôpital.

#### 1.2.5. Facturation des quotes-parts personnelles ou des suppléments au patient

Aucun supplément ou quote-part personnelle ne peut être facturé au patient sur les interventions prévues par la présente convention.

#### 1.2.6. Réadmissions

Pour les réadmissions (en cas d'antibiothérapie), les règles classiques concernant la réduction ou non des forfaits d'admission à 82 % s'appliquent.

Avenue Galilée 5 bte 1 - 1210 Bruxelles Tél. : 02 524 97 97

[www.inami.be](http://www.inami.be) - [https://twitter.com/INAMI\\_RIZIV](https://twitter.com/INAMI_RIZIV)

Horaire d'ouverture des bureaux : de 9 à 12 heures et de 13 à 16 heures

Avenue Galilée 5 bte 1 - 1210 Bruxelles Tél. : 02 524 97 97

[www.inami.be](http://www.inami.be) - [https://twitter.com/INAMI\\_RIZIV](https://twitter.com/INAMI_RIZIV)

Horaire d'ouverture des bureaux : de 9 à 12 heures et de 13 à 16 heures

1.3. Les points suivants sont réglés dans la convention :

1.3.1. Le processus décisionnel d'hospitalisation à domicile et les responsabilités

1.3.2. La fréquence et la durée

1.3.3. Le lieu de prestation

1.3.4. Les dispensateurs de soins concernés : médecin spécialiste à l'hôpital, pharmacien hospitalier, médecin généraliste (pratique de médecine générale) tenant le DMG, équipe de soins à l'hôpital, praticien de l'art infirmier à domicile. Également l'infectiologue/microbiologiste dans les cas de traitement antibiotique.

1.3.5. La préparation, le transport et la délivrance/l'administration

1.3.6. Le traitement des déchets

Celui-ci ressort de la responsabilité de l'hôpital. Des informations seront données au praticien de l'art infirmier à domicile ou au patient concernant le traitement de ceux-ci. À cet égard, l'hôpital peut prendre des dispositions avec le praticien de l'art infirmier à domicile. Ce faisant, il ne peut pas faire porter la responsabilité au bénéficiaire ou au praticien de l'art infirmier à domicile de les ramener à l'hôpital.

1.3.7. La sécurité

1.3.8. Les accords des médecins-conseils

1.3.9. La tarification des médicaments

Il a été opté pour un système uniforme dans les deux formes de traitement : les règles de remboursement applicables à la délivrance ambulatoire de la pharmacie de l'hôpital, au tarif « \* » et selon la catégorie de remboursement A.

Ce choix est donc tout à fait cohérent avec la situation déjà appliquée aujourd'hui dans l'hôpital de jour oncologique, où aucun ticket modérateur n'est appliqué pour ces produits car ils sont tous de catégorie A. Pour les antibiotiques, cela revient à adapter le tarif « \*\* » vers le tarif ambulatoire selon la catégorie A : cela veut donc dire que le patient ne doit plus payer le ticket modérateur de 0,62 euro, qu'il n'y a pas de ticket modérateur pour l'antibiotique, mais éventuellement un ticket modérateur pour les autres médicaments administrés dans le cadre du traitement, qui étaient inclus dans le montant de 0,62 euro pour l'hospitalisation classique. En revanche, le patient ne paie plus la quote-part personnelle dans le prix de la journée d'hospitalisation ni les honoraires de surveillance. On peut donc considérer que cette opération est neutre budgétairement pour le patient.

1.3.10. Les interventions : les interventions suivantes sont dues conformément aux conditions énumérées au point 11 de l'article 4, § 9bis, de la convention :

| Pseudocode | Libellé  | Circuit de facturation       | Facturé par                             | Montant    |
|------------|--|------------------------------|---|------------|
| 795211     | Mise en route de l'hospitalisation à domicile par l'hôpital : forfait pour l'hôpital   | TP Electronique              | Hôpital                                 | 196,81 EUR |
| 107170     | Mise en route de l'hospitalisation à domicile par l'hôpital : honoraires forfaitaires pour le médecin spécialiste à facturer en tiers-payant   | TP Electronique              | Hôpital                                 | 86,51 EUR  |
| 107192     | Mise en route de l'hospitalisation à domicile : honoraires forfaitaires pour les (cabinets des) médecins généralistes détenteurs du DMG à facturer en tiers-payant                               | TP Electronique<br>TP Manuel | Médecins généralistes détenteurs du DMG | 32,44 EUR  |
| 418574     | Mise en route de l'hospitalisation à domicile : honoraires forfaitaires pour les praticiens de l'art infirmier à domicile à facturer en tiers-payant   | TP Electronique              | INF/groupement                          | 32,44 EUR  |
| 795255     | Forfait par jour de traitement : préparation et délivrance de médicaments dans le cadre d'une hospitalisation à domicile par le pharmacien hospitalier : antibiothérapie                         | TP Electronique              | Hôpital                                 | 7,84 EUR   |
| 795270     | Forfait par jour de traitement : préparation et délivrance de médicaments dans le cadre d'une hospitalisation à domicile par le pharmacien hospitalier : traitement anticancéreux – monothérapie | TP Electronique              | Hôpital                                 | 32,44 EUR  |
| 795292     | Forfait par jour de traitement : préparation et délivrance de médicaments dans le cadre d'une hospitalisation à domicile par le pharmacien hospitalier : traitement anticancéreux –plurithérapie | TP Electronique              | Hôpital                                 | 48,66 EUR  |
| 596750     | Honoraires de surveillance par jour de traitement par un médecin spécialiste en cas d'hospitalisation à domicile antibiothérapie à facturer en tiers-payant                                      | TP Electronique              | Hôpital                                 | 7,65 EUR   |
| 596772     | Honoraires de surveillance par jour de traitement par un médecin spécialiste en cas d'hospitalisation à domicile traitement oncologique à facturer en tiers-payant                               | TP Electronique              | Hôpital                                 | 65,27 EUR  |

Avenue Galilée 5 bte 1 - 1210 Bruxelles Tél. : 02 524 97 97

[www.inami.be](http://www.inami.be) - [https://twitter.com/INAMI\\_RIZIV](https://twitter.com/INAMI_RIZIV)

Horaire d'ouverture des bureaux : de 9 à 12 heures et de 13 à 16 heures

|        |   |                              |   |           |
|--------|---|------------------------------|---|-----------|
| 107214 | Honoraires forfaitaires pour appel à l'expertise du (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG par un médecin spécialiste à facturer en tiers-payant   | TP Electronique<br>TP Manuel | Médecins généralistes détenteurs du DMG | 32,44 EUR |
| 795351 | Honoraires forfaitaires par jour de traitement : coordination des soins par le praticien de l'art infirmier à domicile depuis l'hôpital, à facturer par l'hôpital en tiers-payant   | TP Electronique              | Hôpital                                 | 14,85 EUR |
| 418596 | Honoraires forfaitaires par jour de traitement : coordination des soins par le praticien de l'art infirmier à domicile depuis le domicile à facturer en tiers-payant  | TP Electronique              | INF/groupement                          | 14,85 EUR |
| 418611 | Honoraire forfaitaire pour le praticien de l'art infirmier pour l'administration dans le milieu de vie du patient de médicaments anticancéreux par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique à facturer en tiers-payant, | TP Electronique              | INF/groupement                          | 7,55 EUR  |
| 795373 | Forfait matériel par jour de traitement en hospitalisation à domicile pour antibiothérapie à facturer en tiers-payant,  | TP Electronique              | Hôpital                                 | 10,81 EUR |
| 795395 | Forfait matériel par jour de traitement en hospitalisation à domicile : pour oncologie à facturer en tiers-payant,  | TP Electronique              | Hôpital                                 | 17,57 EUR |
| 795336 | Début de période hospitalisation à domicile antibiothérapie   | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |
| 795410 | Fin de période hospitalisation à domicile antibiothérapie   | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |
| 795233 | Fin de période hospitalisation à domicile antibiothérapie pour cause de réadmission à l'hôpital   | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |
| 795314 | Début de période hospitalisation à domicile traitement oncologique  | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |
| 795454 | Fin de période hospitalisation à domicile traitement oncologique  | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |

Avenue Galilée 5 bte 1 - 1210 Bruxelles Tél. : 02 524 97 97

[www.inami.be](http://www.inami.be) - [https://twitter.com/INAMI\\_RIZIV](https://twitter.com/INAMI_RIZIV)

Horaire d'ouverture des bureaux : de 9 à 12 heures et de 13 à 16 heures

### 1.3.11. Les honoraires de surveillance pour les médecins par jour de traitement

En ce qui concerne les honoraires de surveillance pour les médecins : dans le montant de l'intervention, il y a une grande différence entre le traitement anticancéreux et le traitement antibiotique. La première intervention (65,27 euros) correspond à la surveillance actuelle en hôpital de jour oncologique, y compris le ticket modérateur en tenant compte de la proportion de 25 % de régime préférentiel et de 75 % de régime non préférentiel.

La deuxième intervention pour l'antibiothérapie (7,65 euros : définie sur la base du nombre de jours moyen d'hospitalisation après les deux premiers jours, et avec les honoraires de surveillance valables pour cette période jusqu'au 5e jour, entre le 6e et le 12e jour et à partir du 13e jour, y compris le ticket modérateur en tenant compte du rapport 25 % régime préférentiel et 75 % régime non préférentiel.

Ces honoraires de surveillance sont portés en compte par jour de traitement.

### 1.3.12. Les interventions dans les maisons de repos, les MSP, les maisons médicales

Le point 11.3.4. de l'article 4, § 9bis, de la convention définit les situations dans lesquelles les interventions d'hospitalisation à domicile peuvent également être appliquées dans les centres de soins résidentiels, les maisons de soins psychiatriques et les maisons médicales.

### 1.3.13. Quote-part personnelle – suppléments pour le patient

La convention prévoit :

- l'interdiction de facturer des suppléments.
- il n'y a pas de ticket modérateur sur les prestations prévues par la convention.
- le patient ne prend pas en charge les frais de transport des médicaments.
- impact ticket modérateur pour les antibiotiques : passage du système hospitalier au système ambulatoire :
  - o le patient ne paie plus de ticket modérateur pour les médicaments (0,62 euros), pour le séjour à l'hôpital et, par exemple, pour la surveillance.
  - o le patient ne paie pas de ticket modérateur sur les antibiotiques délivrés. Toutefois, il peut y avoir un ticket modérateur sur les médicaments délivrés "en plus" selon le tarif ambulatoire.
- impact en chimio : le patient ne paie plus de ticket modérateur sur les frais de surveillance. Le système ambulatoire s'applique déjà à l'hôpital de jour d'oncologie, donc pas d'impact sur le coût des médicaments.
- nomenclature honoraires des praticiens de l'art infirmier (prestation technique d'administration des médicaments) : éventuellement un ticket modérateur. La "nouvelle" prestation "administration par un praticien de l'art infirmier dans l'environnement du patient de médicaments antitumoraux par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique" ne peut pas faire l'objet d'un ticket modérateur.

### 1.3.14. Quid si le médicament n'est pas administré ?

Dans le cas où un médicament délivré n'a pas été administré, les interventions pour l'administration et la surveillance pour ce jour ne peuvent pas être facturées. Puisqu'il a été délivré, le médicament peut bel et bien être facturé. Le forfait pour la coordination des soins et la préparation d'un médicament par jour de traitement peut bien être facturé.

### 1.3.15. L'évaluation de l'hospitalisation à domicile

La convention prévoit qu'une évaluation doit avoir lieu pour laquelle le cahier des charges est établi par les acteurs concernés : organismes assureurs, hôpitaux, médecins, praticiens de l'art infirmier, pharmaciens (pharmaciens hospitaliers et de référence) et administrations. Les organisations représentant les patients y sont également associées, à partir de l'Observatoire.

Il s'agira principalement d'évaluer le système élaboré d'hospitalisation à domicile d'examiner dans quelle mesure ce système peut être étendu à d'autres groupes cibles/thérapie.

Pour ce faire, chaque hôpital et chaque praticien de l'art infirmier à domicile concerné mettront à disposition, en toute transparence, toutes les données permettant de mieux comprendre le coût, la durée, la qualité et le processus du traitement, et ce, dans le respect des lois sur la protection de la vie privée et du GDPR. Cette collecte de données sera décrite dans un protocole de recherche qui sera soumis à l'approbation du Comité de sécurité de l'information sécurité sociale et santé

Sur la base de cette évaluation, les dispositions relatives à cette forme d'intervention seront ajustées et/ou ancrées de façon plus structurelle.

Objectif : réaliser cette évaluation dans un délai de deux ans (résultats pour juillet 2025 sur la base d'une année de référence).

### 1.3.16. Instructions de facturation

Un aperçu des forfaits à facturer et des pseudo-codes à 0 € à enregistrer est repris dans le tableau en annexe de la convention.

Il s'agit de pseudo-codes ambulatoires, qui doivent être mentionnés dans le type d'enregistrement 50.

Le tableau concerné indique également qui peut facturer les forfaits (c'est-à-dire qui est le tiers facturant dans l'ET 10 Z 14).

La plupart des forfaits sont facturés par l'hôpital.

L'hôpital doit également enregistrer des pseudo-codes à 0 € pour le début et la fin de la prise en charge.

L'hôpital doit utiliser le nouveau type de facture 7 et le nouveau pseudo-code service 980.

Un certain nombre de forfaits doivent être facturés par le prestataire même (médecin généraliste, infirmier). Dans ce cas, le type de facture 3 et le pseudo-code service 990 doivent être utilisés.

Ces forfaits peuvent déjà être facturés avant que l'OA n'ait connaissance de l'hospitalisation à domicile (via le pseudo-code de début de prise en charge qui doit être enregistré par l'hôpital).

Ils feront donc l'objet d'un contrôle a posteriori au regard du statut de l'hospitalisation à domicile. Ce contrôle est effectué après 3 mois. En cas d'anomalie, l'OA procède à la récupération.

Les forfaits pour les infirmiers sont cumulables avec les prestations de l'article 8 de la nomenclature. Ils peuvent également être facturés de manière autonome (sans autres prestations de l'art. 8) et ne comptent pas pour le calcul du plafond journalier. Ils sont donc facturés en dehors du bloc. Une prescription d'un médecin est nécessaire (voir également le point 6 : liste prescripteur).

#### Remplissage des zones les plus importantes lors de la facturation des forfaits:

- Date (Z 5 et Z 6):
  - Forfaits par jour de traitement: Z 5 = Z 6 = date de prestation
  - Forfaits pour la mise en route de l'hospitalisation à domicile: Z 5 = Z 6 = une date comprise dans la période d'hospitalisation à domicile (délimitée au moyen des pseudo-codes de début et de fin de prise en charge)
- Code service (Z 13):
  - forfaits facturés par l'hôpital: 980
  - forfaits facturés par le médecin généraliste ou l'infirmier: 990
- Lieu de prestation (Z14):
  - forfaits facturés par l'hôpital: numéro de l'hôpital
  - forfaits facturés par le médecin généraliste ou l'infirmier: zéro
- Prestataire (Z 15):
  - Surveillance: médecin-spécialiste
  - Honoraires forfaitaires pour le (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG: médecin généraliste
  - Honoraires forfaitaires pour le praticien de l'art infirmier à domicile (pour la mise en route de l'hospitalisation à domicile, pour la coordination des soins et pour l'administration de médicaments anticancéreux par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique): praticien de l'art infirmier à domicile
  - Forfait pour la préparation et la délivrance de médicaments : pharmacien hospitalier
  - Tous les autres forfaits: pseudo-prestataire 01.00001.06.999
- Zones montant:
  - Z 19 (AMI): voir montants dans la convention
  - Z 27 (IP) et Z 30-31 (supplément): zéro

Remarque : un ticket modérateur est bien possible pour les éventuelles prestations de l'art. 8 de la nomenclature.

#### Remplissage des zones les plus importantes lors de l'enregistrement des pseudo-codes pour le début et fin de prise en charge:

- Date (Z 5 = Z 6): date de début ou fin de prise en charge
- Code service (Z 13): 980
- Lieu de prestation (Z 14): numéro de l'hôpital
- Prestataire (Z 15): médecin spécialiste qui prend la décision d'hospitalisation à domicile et supervise le traitement
- Zones montant (Z 19, Z 27, Z 30-31): zéro

Avenue Galilée 5 bte 1 - 1210 Bruxelles Tél. : 02 524 97 97

[www.inami.be](http://www.inami.be) - [https://twitter.com/INAMI\\_RIZIV](https://twitter.com/INAMI_RIZIV)

Horaire d'ouverture des bureaux : de 9 à 12 heures et de 13 à 16 heures

### Tarification des médicaments (ET 40)

Les médicaments sont tarifés aux prix\* et facturés avec les pseudo-codes catégorie ambulatoires (existants).

Les médicaments antitumoraux appartiennent toujours à la catégorie de remboursement A (pas de ticket modérateur).

Les antibiotiques sont remboursés en catégorie A pour les patients hospitalisés à domicile, même s'ils relèvent d'une autre catégorie de remboursement.

Les pseudo-codes (ambulatoires) de catégorie A (750912, 750853, 753911) doivent être utilisés.

Pour les médicaments et dispositifs médicaux délivrés par le pharmacien hospitalier et qui sont nécessaires pour administrer un antibiotique ou un médicament oncologique, un ticket modérateur est bien possible.

En cas d'interruption de la période d'hospitalisation à domicile à cause d'une hospitalisation: la période d'hospitalisation à domicile est interrompue en cas d'hospitalisation classique. Cela veut dire qu'en cas d'hospitalisation sans que le médecin spécialiste a mis fin à l'hospitalisation à domicile, le code 795454 ne doit pas être activé.

Date d'application : hospitalisations à domicile qui commencent à partir du 1/7/2023.

Tous les OA seront prêts à recevoir et à traiter correctement les factures d'hospitalisation à domicile à partir du mois facturé octobre 2023 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202310).

#### 1.3.17. L'attestation d'une série de prestations

Si, pour une période d'hospitalisation à domicile, plusieurs interventions peuvent être portées en compte pour une même période, elles doivent chacune figurer dans la facturation sur une ligne distincte (p. ex. honoraires de surveillance, forfait matériel...).

#### 1.3.18. Les règles de cumul en cas d'hospitalisation à domicile

La convention nationale, après application de l'avenant, prévoit les règles de cumul suivantes :

- le cumul de l'attestation d'interventions pour hospitalisation à domicile et du montant par admission (p. ex. en cas de nouvelle admission à l'hôpital) est possible ;
- le cumul de l'attestation d'interventions pour hospitalisation à domicile et du montant par jour (p. ex. en cas de nouvelle admission à l'hôpital) est possible ;
- le cumul de l'attestation d'interventions pour hospitalisation à domicile et d'une intervention de l'hôpital de jour (hôpital de jour oncologique ou groupes de prestations 1-7) est possible, à condition que le traitement ait été administré à domicile ;
- le cumul d'interventions en hospitalisation à domicile pour médecins et praticiens de l'art infirmier à domicile et des prestations de la nomenclature est possible, à condition que le traitement ait été administré à domicile.

#### 1.3.19. Soins infirmiers à domicile par plusieurs services de soins infirmiers à domicile

Si les soins infirmiers réguliers prodigués à un patient à domicile sont organisés par un "service A" et que les soins spécifiques dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont convenus avec un "service B", il doit au moins y avoir une coordination entre les deux services. Dans ce cas, il doit également être clair que l'ensemble des services fournis dans le cadre de

l'hospitalisation à domicile (initiation de l'hospitalisation à domicile, coordination des soins et nomenclature de l'administration des médicaments) est facturé par ce "service B".

2. Cet avenant insère également une prestation au groupe 7 de l'hôpital de jour.

L'avenant HOP2020/quinquies (en annexe 1) entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2023 pour ce qui concerne l'hospitalisation à domicile et le 1<sup>er</sup> septembre 2022 pour ce qui concerne l'ajout de la prestation au groupe 7 de l'hôpital de jour :

3. Nouveau modèle de facture patient à l'hôpital - annexe 37

À l'annexe 37 du règlement, le point 1.6. Période hospitalisation à domicile est remplacé comme suit :

|   | Du<br>..../..- | Au ..../.. | Nombre | À charge de<br>la mutualité | À charge du<br>patient (3) | Supplément<br>à charge du<br>patient (4) |
|---|----------------|------------|--------|-----------------------------|----------------------------|--|
| <b>1.6. Période hospitalisation à domicile</b>  |                |            |        |                             |                            |  |
| - forfait mise en route hospitalisation à domicile  | .....          |            | .....  | .....                       |                            |  |
| - forfait par jour de traitement pour préparation et délivrance de médicaments                | .....          | .....      | .....  | .....                       |                            |  |
| - forfait par jour de traitement pour coordination des soins avec le domicile                 | .....          | .....      | .....  | .....                       |                            |  |
| - forfait par jour de traitement pour le matériel nécessaire à l'administration du médicament | .....          | .....      | .....  | .....                       |                            |  |

Les honoraires du spécialiste et les interventions pour les médicaments et les dispositifs médicaux sont renseignés dans les rubriques déjà existantes.

Le nouveau modèle de facture patient figure en annexe 2.

### Adhésion à la Convention

Si vous êtes conventionné, votre conventionnement demeure valide pour l'avenant (HOP/2020 quinquies) sauf avis contraire formulé par écrit de votre part dans les 30 jours qui suivent la date de la présente circulaire.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Mickaël DAUBIE  
Directeur général des Soins de santé

# Hôp/2020quinquies

Avenue Galilée 5/1 - 1210 Bruxelles  
hospit@riziv-inami.fgov.be

Institut national d'assurance  
maladie-invalidité



Service des soins de santé

---

## Quatrième avenant à la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 12 décembre 2019

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 3 mai 2023, qui s'est tenue sous la présidence de Monsieur Daniel CRABBE, conseiller général, délégué à cette fonction par Monsieur Mickaël Daubie, fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé,

Vu la législation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les représentants des organismes assureurs,

et, d'autre part,

les représentants des associations des établissements de soins.

## Article premier.

À l'article 2 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 12 décembre 2019, la définition de l'hospitalisation à domicile est remplacée comme suit :

### « Hospitalisation à domicile

Par « hospitalisation à domicile », on entend les situations dans lesquelles les soins peuvent être effectués dans le lieu de vie du bénéficiaire dans le respect de la réglementation applicable ainsi que des critères de sécurité et de qualité et qui, si ces critères ne peuvent être respectés, doivent avoir lieu dans le cadre d'une hospitalisation classique ou d'une hospitalisation de jour. »

## Article 2

À l'article 4 sont apportées les modifications suivantes :

1° Le § 9 *bis* est remplacé comme suit :

« **§ 9bis.** Pour les formes de traitement en hospitalisation à domicile mentionnées ci-après, et compte tenu des conditions d'intervention visées dans le présent paragraphe, la présente convention prévoit une série d'interventions.

### 1. Formes de traitement :

- 1.1. L'administration de médicaments par voie intraveineuse dans le cadre d'un traitement antibiotique pour lequel aucune alternative par voie orale n'existe ou n'est disponible, d'une durée minimum de 5 jours dans le milieu de vie du bénéficiaire ;
- 1.2. L'administration parentérale de médicaments dans le cadre d'un traitement anticancéreux de minimum 3 jours dans le milieu de vie du bénéficiaire.

Par jour de traitement, on entend : le jour où les médicaments sont administrés.

Les médicaments auxquels s'applique le présent paragraphe sont limités à ceux visés par l'arrêté royal du 22 juin 2023 en exécution de l'article 6, § 2, de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, lequel régit les conditions de délivrance des médicaments et dispositifs médicaux dans le cadre de l'hospitalisation à domicile et qui sont délivrés par et sous la responsabilité du pharmacien hospitalier.

Les deux traitements peuvent avoir lieu sous la forme d'une hospitalisation à domicile dès que les deux premières administrations ont été effectuées à l'hôpital. Par la suite, une surveillance continue est requise par le pharmacien de l'hôpital et le médecin-spécialiste de l'hôpital pendant toute la durée de l'administration au cours de l'hospitalisation à domicile.

### 2. Décision d'hospitalisation à domicile et responsabilités

- 2.1. Si le médecin spécialiste du bénéficiaire estime que tant la réglementation applicable que l'ensemble des normes de qualité et de sécurité de l'hospitalisation à domicile peuvent être respectées, et si le bénéficiaire ou son représentant légal a donné son accord pour bénéficier d'une prise en charge en hospitalisation à domicile, la décision d'engager une hospitalisation à domicile relève de la responsabilité de ce médecin spécialiste. Ce médecin tiendra notamment compte des consignes d'hygiène (également pour le champ d'action du domicile), des risques éventuels liés à l'entourage (jeunes enfants, animaux potentiellement agressifs, etc.) et pour l'entourage (femmes enceintes, enfants). Ceci se fait en coordination avec le (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG du bénéficiaire. La surveillance du traitement en hospitalisation à domicile incombe également à ce médecin spécialiste. L'hôpital, au nom du médecin spécialiste responsable ou d'un médecin désigné par ce dernier, doit toujours être immédiatement disponible en cas d'appel émanant des personnes

traitées à domicile, il doit donner les instructions nécessaires et, en cas d'urgence, réadmettre immédiatement le bénéficiaire à l'hôpital ;

Le bénéficiaire ou son représentant légal, sur la base d'une information aussi complète que possible sur l'hospitalisation à domicile qui lui a été fournie par écrit par l'équipe soignante, et en application de la loi relative aux droits des patients, donne son consentement. À la demande du patient ou du médecin spécialiste et avec l'accord du médecin spécialiste ou du patient, le consentement est consigné par écrit et versé au dossier du patient.

À tout moment, le patient doit avoir la possibilité de poursuivre son traitement à l'hôpital.

- 2.2. La préparation, le transport et le contrôle de la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux relèvent de la responsabilité du pharmacien hospitalier. Le pharmacien hospitalier peut délivrer des médicaments et dispositifs médicaux à des personnes qui, dans le cadre d'un traitement, font appel à un hôpital et lors de soins dispensés au domicile du bénéficiaire, à la condition que les mesures nécessaires soient prises afin de garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et dispositifs médicaux dans cet environnement aussi. Vu la problématique mondiale de la multirésistance bactérienne aux antibiotiques, le choix et la durée d'utilisation du médicament sont conformes aux recommandations en vigueur relatives à l'usage d'antimicrobiens au sein de l'hôpital et du Groupe de gestion de l'antibiothérapie.
- 2.3. L'hôpital est responsable du traitement des déchets : soit l'hôpital traite ces déchets, soit des dispositions sont prises à cet effet avec le bénéficiaire ou avec le praticien de l'art infirmier qui dispense la prestation prévue au point 7.
- 2.4. L'équipe de soins à l'hôpital est chargée de mettre en route le plan de soins et assure également la coordination et la transmission d'informations (de préférence par voie électronique) vers les dispensateurs de soins et d'aide concernés, elle forme les dispensateurs de soins concernés à l'administration des médicaments, et informe le bénéficiaire et l'aidant proche et/ou le représentant légal notamment sur les symptômes de réactions allergiques et tous les effets secondaires possibles.
- 2.5. Le praticien de l'art infirmier qui administre les médicaments est responsable de la coordination et de la communication des soins en situation de traitement à domicile et communique tout problème ou risque relatif à l'état de santé du bénéficiaire à l'équipe de soins à l'hôpital conformément aux accords conclus à cet effet entre l'hôpital et le praticien de l'art infirmier. Dans les situations préoccupantes, l'hôpital informe le (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG concerné.
- 2.6. La responsabilité du praticien de l'art infirmier à domicile s'applique à la dispensation quotidienne de soins au bénéficiaire à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. La responsabilité de l'utilisation du médicament commence lorsque le praticien de l'art infirmier ouvre le conditionnement des médicaments.
- 2.7. La décision d'hospitalisation à domicile tient compte des informations fournies par le (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG. Ce (cabinet du) médecin participe à l'élaboration du plan de soins mais, a priori, n'est pas lui-même responsable de l'administration des soins. En cas de situation préoccupante, le (cabinet du) médecin généraliste est informé et le médecin spécialiste contactera le médecin généraliste pour mieux évaluer la situation afin de prendre une décision quant à la suite du traitement (adaptation à domicile ou poursuite de l'hospitalisation). Dans tous les cas, le médecin spécialiste de l'hôpital reste responsable du suivi du traitement.
- 2.8. Tout acte réalisé par les dispensateurs de soins professionnels intervenant dans l'hospitalisation à domicile relève de leur propre responsabilité, sous réserve des accords conclus au point 2.3 (déchets).
- 2.9. L'hôpital dispose d'un protocole de soins qui comprend au moins : les caractéristiques spécifiques du groupe cible, les critères d'inclusion et d'arrêt, la procédure d'inclusion, les mesures spéciales pour les groupes vulnérables et pour éviter la sélection des patients, la description du trajet de soins, la garantie de la continuité et de la qualité des soins, les procédures en cas de complications, la coordination entre les différents partenaires, traitement des déchets, les partenaires de formation. Tous les dispensateurs de soins impliqués respectent ce protocole. Pour éviter que les praticiens de l'art infirmier à domicile n'aient à s'adapter à chaque fois, les hôpitaux s'efforcent d'aligner leurs

protocoles de soins dans toute la mesure du possible. Afin de garantir la continuité et la qualité des soins dispensés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, il est recommandé que l'hôpital conclue un accord de niveau de service (SLA) avec les services de soins infirmiers à domicile.

### 3. Fréquence et durée

La fréquence et la durée des soins nécessaires sont conformes à la posologie donnée par le médecin spécialiste ; en cas d'antibiothérapie de longue durée, une coordination est prévue avec le médecin responsable de l'infectiologie/microbiologie à l'hôpital.

### 4. Lieu de prestation

La prestation s'effectue dans le milieu de vie du bénéficiaire<sup>1</sup>.

### 5. Dispensateurs de soins concernés

5.1. L'hospitalisation à domicile nécessite une collaboration transmurale avec les praticiens de l'art infirmier impliqués en première ligne. Le (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG est impliqué dans la décision d'hospitalisation à domicile prise par le médecin spécialiste traitant. Le début et la fin de l'hospitalisation à domicile font l'objet d'une communication claire entre tous les dispensateurs de soins concernés. Si le pharmacien de référence est connu, celui-ci est également tenu informé. Ces communications sont effectuées par l'équipe soignante de l'hôpital.

5.2. Un plan de soins multidisciplinaire est établi pour chaque bénéficiaire, en concertation et en accord avec le patient ou son représentant. C'est l'équipe de soins de l'hôpital qui prend l'initiative d'élaborer ce plan ; cette équipe assure également la coordination et la transmission d'informations (de préférence par voie électronique). Sont concernés : le médecin spécialiste, le (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG, le pharmacien hospitalier et les praticiens de l'art infirmier (à domicile et/ou à l'hôpital). Cette équipe peut aussi faire appel à d'autres spécialistes comme les infectiologues, les microbiologistes, les hygiénistes hospitaliers, les praticiens de l'art infirmier de pratique avancée, l'équipe de cathétérisme, etc. ou, notamment, au service social de l'hôpital.

5.3. L'implication active d'un (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG suppose le soutien du médecin spécialiste dans la décision concernant l'hospitalisation à domicile, la participation à l'élaboration du plan de soins et, dans les situations préoccupantes, le suivi nécessaire pour lui permettre d'évaluer la possibilité de poursuivre la mise en œuvre du plan de traitement en concertation avec le médecin spécialiste et l'équipe soignante de l'hôpital.

5.4. L'administration de médicaments en situation d'hospitalisation au domicile doit être effectuée par des praticiens de l'art infirmier disposant des compétences, de la formation et/ou de l'expérience qui est nécessaire pour réaliser cette administration correctement, en toute sécurité et sur prescription du médecin spécialiste de l'hôpital. Le praticien de l'art infirmier doit aussi connaître la pathologie en lien avec le traitement et tous les problèmes associés. Il doit pouvoir expliquer au patient/à l'aidant proche les effets secondaires du traitement et plus largement les précautions à prendre et les risques encourus par le patient et son entourage (au sens large, y compris le voisinage) lorsqu'il s'agit d'un produit cytostatique. Le traitement est coordonné avec l'équipe de soins de l'hôpital (infirmier coordinateur, infirmier spécialisé en onco, etc.). Cette équipe évalue, avec l'infirmière du domicile ou avec le service de soins infirmiers à domicile dans quelle mesure une formation supplémentaire est nécessaire ; le cas échéant l'hôpital concerné peut éventuellement fournir cette formation.

---

<sup>1</sup> L'administration d'un médicament visé au point 1 pendant le séjour d'un patient dans un centre de convalescence ou dans une maison de soins psychiatriques ou dans une résidence collective temporaire ou permanente pour personnes âgées ou handicapées est considérée comme une hospitalisation à domicile.

## 6. Préparation, transport et délivrance/administration

- 6.1. Les médicaments qui doivent être conservés au frais doivent être délivrés conformément aux directives/à la réglementation de l'AFMPS.
- 6.2. Les spécifications du produit (préparation, calcul de la dose, fréquence, etc.), les contre-indications, les mises en garde particulières, les conditions de stockage et d'élimination décrites dans la notice du produit doivent être respectées.
- 6.3. L'officine publique ou une partie de l'officine publique ne peuvent pas être admises comme lieux faisant partie de la pharmacie hospitalière. Le pharmacien hospitalier ne peut pas agir en tant que grossiste pour une officine publique qui est, dans ce cas, responsable de la délivrance.
- 6.4. Le transport des médicaments et des dispositifs médicaux au domicile du bénéficiaire peut être délégué à des tiers sous la responsabilité du pharmacien hospitalier, mais seulement dans des circonstances bien définies dans une convention conclue entre le transporteur et le pharmacien.
- 6.5. Le bénéficiaire ou la personne qu'il (ou son représentant légal) désigne peut transporter les médicaments délivrés par la pharmacie hospitalière. Ce transport ne peut avoir lieu que si la personne a la possibilité de respecter les conditions de conservation figurant sur l'emballage, dans le résumé des caractéristiques du produit et la notice. Elle doit tenir compte des exigences en matière de température ainsi que des conditions supplémentaires (telles que par exemple : à conserver dans l'emballage d'origine pour les produits sensibles à la lumière).
- 6.6. Les conditions de conservation des médicaments pendant le transport sont expliquées et connues par la personne responsable du transport. Si les médicaments sont transportés après la préparation, les conditions de conservation après préparation doivent être respectées, conformément à ce qui est stipulé dans le résumé des caractéristiques du produit et la notice.
- 6.7. Les conditions de conservation des médicaments chez le bénéficiaire ont été expliquées et sont connues du bénéficiaire (réfrigérateur en marche, hygiène générale ambiante, sécurisation de la conservation à la maison, etc.).
- 6.8. Les mesures nécessaires à l'administration de certains médicaments sont connues et expliquées pour tous les dispensateurs de soins concernés (p. ex. suivi après administration du médicament, kit d'urgence disponible, etc.).
- 6.9. L'anamnèse médicale du bénéficiaire relative aux réactions d'hypersensibilité/allergiques doit être collectée, rigoureusement enregistrée et mise à disposition. Le patient/la famille/l'entourage doit être informé(e) des signes et symptômes d'une réaction allergique et de tous effets secondaires potentiels (y compris au moyen de la notice, si disponible), et doit savoir comment réagir dans ces situations.
- 6.10. En cas de perfusion intraveineuse dans le cadre d'une thérapie anticancéreuse, le praticien de l'art infirmier doit, pendant toute la durée de la perfusion, être présent près du bénéficiaire, contrôler le débit et/ou la quantité du produit et observer l'état du bénéficiaire.

## 7. Traitement des déchets

- 7.1. La responsabilité du traitement des déchets incombe à l'hôpital.  
S'il s'agit de déchets de soins médicaux sans risque, l'hôpital en informera le bénéficiaire et celui-ci pourra les ajouter à ses déchets ménagers.  
En cas de déchets de soins médicaux à risque, l'hôpital se chargera de les collecter. Il peut prendre des dispositions à cet effet avec le praticien de l'art infirmier à domicile mais il ne peut faire peser aucune responsabilité sur le bénéficiaire ni sur le praticien de l'art infirmier à domicile pour ramener les déchets à l'hôpital.  
La réglementation qui relève de la compétence des entités fédérées, devra être respectée dans tous les cas.
- 7.2. En cas d'endommagement du médicament et/ou des dispositifs médicaux ou pour les cas où un médicament n'a pas été administré, une procédure est mise en place par le pharmacien hospitalier pour récupérer ces produits.

## 8. Sécurité

- 8.1. Les règles de l'AFMPS en matière de [pharmacovigilance](#) et de [matérovigilance](#) sont d'application pour tous les dispensateurs de soins intervenant dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.
- 8.2. En ce qui concerne spécifiquement l'hospitalisation à domicile, tout accident/incident survenu avec du matériel devra faire l'objet d'une déclaration auprès de l'AFMPS. Dans tous les cas, cette communication s'effectue par l'intermédiaire de l'hôpital.

## 9. Accords des médecins-conseils

Pour l'application de l'article 110 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, le bénéficiaire qui est soigné en hospitalisation à domicile est assimilé à un bénéficiaire hospitalisé, puisque ces soins font partie du périmètre de soins de l'hôpital. Par conséquent, l'autorisation préalable du médecin-conseil pour les spécialités pharmaceutiques du chapitre IV de la liste annexée à l'arrêté précité du 1<sup>er</sup> février 2018 qui sont délivrées par la pharmacie hospitalière à des bénéficiaires en hospitalisation à domicile, n'est pas requise si le bénéficiaire concerné répond aux conditions de remboursement prévues dans la liste, sauf si les conditions de remboursement mentionnent explicitement qu'une autorisation préalable du médecin-conseil est requise. Lorsqu'une spécialité pharmaceutique visée à l'article 127, paragraphe 3, de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 est prescrite à un bénéficiaire qui est soigné en hospitalisation à domicile conformément aux dispositions de cet article, il existe une présomption irréfragable que le bénéficiaire en question remplit les conditions de remboursement prévues dans la liste, et l'autorisation du médecin-conseil n'est donc pas requise.

Si, à la suite d'un contrôle effectué par le médecin-conseil de l'organisme assureur de la facturation en régime de tiers payant à l'organisme assureur, il s'avère que le bénéficiaire ne remplissait pas les conditions de remboursement du chapitre IV, une correction de la facture du patient par laquelle le montant rejeté par l'organisme assureur est mis à charge du bénéficiaire, n'est pas autorisée <sup>(2)</sup>.

## 10. Tarification des médicaments

Les médicaments visés à l'article 1<sup>er</sup> sont délivrés dans les conditions visées à l'[article 127, § 2, alinéa 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques](#) (base de remboursement délivrance ambulatoire par la pharmacie hospitalière «\* »).

Les médicaments par voie intraveineuse dans le cadre d'un traitement antibiotique en hospitalisation à domicile sont remboursés en catégorie A.

## 11. Interventions

En cas d'hospitalisation à domicile, les interventions suivantes sont dues :

### 11.1. Interventions attestées et facturées par l'hôpital :

- 11.1.1. **Forfait de démarrage** pour la mise en route d'une hospitalisation à domicile. Ce forfait peut être attesté par l'hôpital au maximum une fois par année civile, par bénéficiaire et par forme de traitement (antibiothérapie/traitement anticancéreux), même si plusieurs périodes d'hospitalisation à domicile ont lieu durant l'année civile en question. Ce forfait se compose comme suit :
  - **196,81 euros** pour la rétribution du personnel soignant et administratif pour, entre autres, le contact avec le médecin spécialiste, l'analyse de la faisabilité psychosociale de l'hospitalisation à domicile, la visite sur place si nécessaire, l'information et le consentement éclairé du bénéficiaire, la constitution du dossier administratif, le contact avec le praticien de l'art infirmier qui administre les médicaments et la formation éventuelle, l'organisation de la délivrance des médicaments, et le suivi des indicateurs.

---

<sup>2</sup> sur la base des dispositions de l'article 8 § 2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

- **86,51 euros** pour la rétribution du médecin spécialiste pour, entre autres, l'analyse de la faisabilité médicale de l'hospitalisation à domicile, les contacts avec le médecin généraliste et/ou l'infectiologue/microbiologiste responsable, la contribution au plan de soins, et les tâches administratives.

#### 11.1.2. Autres forfaits par jour de traitement

11.1.2.1. Pour la rétribution de la **coordination des soins** par un praticien de l'art infirmier de l'hôpital : forfait de **14,85 euros par jour de traitement**. Cela comprend notamment les tâches suivantes : Servir de relais intra- et extrahospitalier (permanence téléphonique - si nécessaire en déplacement - soutien à la première ligne), organisation de la logistique de la prise en charge à domicile (planning et agenda du bénéficiaire, médicaments, etc.), traitement des déchets, coordination des examens et de la biologie clinique.

11.1.2.2. Pour la rétribution du temps de la pharmacie :

- pour un traitement anticancéreux : **par jour de traitement :**  
Monothérapie : **32,44 euros**  
Plurithérapie : **48,66 euros**
- pour une antibiothérapie : **par jour de traitement : 7,84 euros.**

11.1.2.3. Rétribution forfaitaire **par jour de traitement** pour les **dispositifs médicaux** qui sont nécessaires à l'administration du médicament :

- pour un traitement anticancéreux : **17,57 euros**
- pour une antibiothérapie : **10,81 euros.**

11.1.2.4. **Honoraires de surveillance** du médecin spécialiste par **jour de traitement**. Les jours où ce médecin spécialiste atteste des honoraires de surveillances, les interventions pour des prestations de l'article 2 de la nomenclature des prestations de santé ne sont pas d'application :

- pour un traitement anticancéreux : **65,27 euros**
- pour une antibiothérapie : **7,65 euros.**

11.2. Interventions pour le (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG et pour la coordination des soins par le praticien de l'art infirmier et pour l'administration des médicaments.

11.2.1. Intervention forfaitaire de **43,15 euros** pour le **(cabinet du) médecin généraliste** détenteur du DMG qui est impliqué de manière effective/active dans la **mise en route** de l'hospitalisation à domicile et dans le traitement y afférent : notamment dans la décision d'hospitalisation à domicile et dans l'élaboration du plan de traitement. Cette intervention peut être attestée au maximum une fois par année civile, par bénéficiaire et par forme de traitement (antibiothérapie/traitement anticancéreux), même si plusieurs périodes d'hospitalisation à domicile ont lieu durant l'année civile en question.

Cette intervention est cumulable avec les prestations de l'article 2 de la nomenclature des prestations de santé.

Cette intervention est attestée par le médecin généraliste à l'organisme assureur du bénéficiaire sous la forme d'un pseudocode de nomenclature et selon le régime du tiers payant.

11.2.2. Intervention forfaitaire de **32,44 euros** pour le **praticien de l'art infirmier** impliqué dans la **mise en route** de l'hospitalisation à domicile et dans l'élaboration du plan de traitement (**forfait de démarrage**). Cette intervention peut être attestée au maximum une fois par année civile, par bénéficiaire et par forme de traitement (antibiothérapie/traitement anticancéreux), même si plusieurs périodes d'hospitalisation à domicile ont lieu durant l'année civile en question.

Cette intervention n'est pas due si l'administration est effectuée par un praticien de l'art infirmier de l'hôpital.

Cette intervention est cumulable avec les prestations de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé.

Cette intervention est attestée par le praticien de l'art infirmier à l'organisme assureur du bénéficiaire sous la forme d'un pseudocode de nomenclature et selon le régime du tiers payant.

- 11.2.3. Une intervention forfaitaire de **14,85 euros par jour de traitement** pour le **praticien de l'art infirmier** à domicile responsable de la coordination continue des soins entre le praticien de l'art infirmier qui administre les médicaments et les dispensateurs de soins concernés à l'hôpital (praticiens de l'art infirmier/médecin spécialiste).

Cette intervention n'est pas due si l'administration du médicament est effectuée par un praticien de l'art infirmier de l'hôpital.

Cette intervention est cumulable avec les prestations de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé et avec l'intervention visée au point 11.2.6.

Cette intervention est attestée par ce praticien de l'art infirmier à l'organisme assureur du bénéficiaire sous la forme d'un pseudocode de nomenclature et selon le régime du tiers payant.

- 11.2.4. Lorsqu'une situation préoccupante est constatée au domicile du patient et que le médecin spécialiste de l'hôpital en est informé, le médecin spécialiste peut faire appel à l'expertise du (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG pour prendre une décision concernant la poursuite du traitement à domicile. Dans ce cas, le (cabinet du) médecin généraliste peut facturer une intervention forfaitaire de **43,15 euros** par forme de traitement, au maximum une fois par année civile. Le médecin généraliste enregistre cet événement dans le dossier du patient.

- 11.2.5. L'administration des médicaments dans le milieu de vie du patient est attestée par le praticien de l'art infirmier concerné selon les dispositions de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé.

- 11.2.6. En cas d'administration par un praticien de l'art infirmier dans le milieu de vie du patient, de médicaments anticancéreux par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique, un forfait complémentaire de **7,55 euros par jour de traitement** est dû.

Cette intervention est cumulable avec les prestations de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé

Cette intervention est attestée par ce praticien de l'art infirmier à l'organisme assureur du bénéficiaire sous la forme d'un pseudocode de nomenclature et selon le régime du tiers payant.

### 11.3. Dispositions diverses relatives à l'attestation de ces interventions

- 11.3.1. Aucune quote-part personnelle ni supplément ni une intervention pour le transport des médicaments ne peuvent être mis à charge du bénéficiaire pour les interventions prévues dans le paragraphe 9bis aux points 11.1. et 11.2, à l'exception du point 11.2.5.

- 11.3.2. En cas de nouvelle admission du bénéficiaire avec nuitée dans le même hôpital durant une période qui débute le jour après la sortie de l'admission précédente avec nuitée et qui prend fin le dixième jour qui suit le jour de sortie de l'admission précédente, les interventions forfaitaires calculées par admission dans un hôpital général sont réduites à 82 % de leur valeur. Ces interventions forfaitaires réduites sont toujours arrondies à l'eurocent supérieur.

- 11.3.3. Le matériel nécessaire à l'administration des médicaments est mis à disposition par l'hôpital par l'intermédiaire du pharmacien hospitalier.

- 11.3.4. L'intervention visée au point 11.2.1 (mise en route du traitement avec médecin généraliste) est également due pour un bénéficiaire qui séjourne en maison de repos et de soins, en maison de soins psychiatriques ou qui est inscrit dans une maison médicale.

L'intervention visée au point 11.2.2 (mise en route du traitement avec praticien de l'art infirmier à domicile) est également due pour un bénéficiaire qui séjourne en maison de repos (MRPA, MRS), en maison de soins psychiatriques ou qui est inscrit dans une maison médicale.

L'intervention visée au point 11.2.3 (coordination par praticien de l'art infirmier à domicile) est également due pour un bénéficiaire qui séjourne en maison de repos (MRPA, MRS), en maison de soins psychiatriques ou qui est inscrit dans une maison médicale.

L'intervention visée au point 11.2.4 (consultation du médecin spécialiste avec le médecin généraliste) est également due pour un bénéficiaire qui séjourne en maison de repos (MRPA, MRS) et en maison de soins psychiatriques. Cette intervention n'est pas due pour un bénéficiaire qui est inscrit dans une maison médicale.

La nomenclature soins infirmiers à domicile visée au point 11.2.5 et l'intervention visée au point 11.2.6 (intervention spécifique pour administration par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique par un praticien de l'art infirmier) ne s'appliquent pas aux bénéficiaires qui séjournent en maison de repos (MRPA, MRS), en maison de soins psychiatriques ou qui sont inscrits dans une maison médicale.

11.3.5. En attendant l'initiation des messages MyCareNet, le début et la fin de la période d'hospitalisation à domicile sont communiqués par l'hôpital à l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un pseudocode via la facturation électronique et sont indiqués sur la facture du patient (modèle annexe 37).

## 12. Accord spécifique commissions de conventions et d'accords

Avant de prendre effet, les descriptions des prestations et des interventions qui sont prévues au point 11 et qui concernent les médecins et les praticiens de l'art infirmier, doivent être validées respectivement par la Commission nationale médico-mutualiste et par la Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs. Cela vaut aussi pour toute adaptation.

Ces descriptions et interventions expirent dans la présente convention à partir du moment où elles deviennent applicables dans la nomenclature des soins de santé.

## 13. Évaluation.

Un groupe de travail composé de représentants des commissions de conventions et d'accords des hôpitaux, des médecins, des pharmaciens et des praticiens de l'art infirmier, et de représentants des organisations de patients de l'Observatoire des maladies chroniques, évaluera cette forme d'intervention. A cette fin, ce groupe de travail élaborera une proposition de cahier des charges en vue de sous-traitance. Il s'agira en premier lieu d'évaluer le système élaboré d'hospitalisation à domicile et d'examiner dans quelle mesure ce système peut être étendu à d'autres groupes cibles/thérapie.

Pour ce faire, chaque hôpital et chaque praticien de l'art infirmier à domicile concerné mettront à disposition, en toute transparence, toutes les données permettant de mieux comprendre le coût, la durée, la qualité et le processus du traitement, et ce, dans le respect des lois sur la protection de la vie privée et du GDPR. Cette collecte de données sera décrite dans un protocole de recherche qui sera soumis à l'approbation du Comité de sécurité de l'information sécurité sociale et santé

Sur la base de cette évaluation, les dispositions relatives à cette forme d'intervention seront ajustées et/ou ancrées de façon plus structurelle. ».

2° L'alinéa 1<sup>er</sup> du § 12 est remplacé par le texte suivant (indexation des montants) :

« § 12. Le montant des forfaits visés aux §§ 4, 5, 7, 8, 9 et 9bis est indexé chaque année en date du 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution de la valeur de l'indice santé, visé à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente, à condition que la Commission de convention constate qu'une marge budgétaire suffisante est prévue par le Conseil Général. ».

### Article 3.

À l'article 8, a), les mots « article 4, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 9 » sont remplacés par « article 4, §§ 4, 5, 7, 8, 9 et 9bis ».

### Article 4.

La prestation ci-dessous est ajoutée à la rubrique "Groupe 7" de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I de la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 12 décembre 2019 :

|        |        |   |
|--------|--------|---|
| 225072 | 225083 | ^ (Micro)discectomie unilatérale lombaire ou décompression unilatérale (interlaminaires) en cas de sténose foraminale ou du récessus latéral ou de kyste sur 1 niveau |
|--------|--------|---|

### Article 5.

L'annexe 1 ci-jointe est annexée à la convention.

### Article 6.

Cet avenant entre en vigueur le 1 juillet 2023, à l'exception de l'article 4 qui prend effet à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2022.

Pour les associations des  
établissements hospitaliers,

T. DELRUE,  
S. DEVISSCHER,  
A. GOOSSENS,  
A. HOTTERBEECKX,  
V. LAMBERT,  
M. PRAET,  
C. ROSSINI,  
J.D. RYCKAERT  
Y. WUYTS

Pour les organismes assureurs,

L. BRUYNEEL,  
M. DE KEERSMAECKER,  
S. DERDAELE,  
HENDERICK,  
E. JANSSENS,  
B. LANDTMETERS,  
M. PAREYN,  
M. SUAREZ CARRERA  
N. WITTOCK

**Annexe****ANNEXE IV - Liste des pseudocodes visés à l'article 9 bis :**

| <b>Pseudocode</b> | <b>Libellé</b>  | <b>Circuit de facturation</b> | <b>Facturé par</b>                      | <b>Montant</b> |
|-------------------|---|-------------------------------|---|----------------|
| 795211            | Mise en route de l'hospitalisation à domicile par l'hôpital : forfait pour l'hôpital  | TP Electronique               | Hôpital                                 | 196,81 EUR     |
| 107170            | Mise en route de l'hospitalisation à domicile par l'hôpital : honoraires forfaitaires pour le médecin spécialiste à facturer en tiers-payant  | TP Electronique               | Hôpital                                 | 86,51 EUR      |
| 107192            | Mise en route de l'hospitalisation à domicile : honoraires forfaitaires pour les (cabinets des) médecins généralistes détenteurs du DMG à facturer en tiers-payant                                | TP Electronique<br>TP Manuel  | Médecins généralistes détenteurs du DMG | 32,44 EUR      |
| 418574            | Mise en route de l'hospitalisation à domicile : honoraires forfaitaires pour les praticiens de l'art infirmier à domicile à facturer en tiers-payant  | TP Electronique               | INF/groupement                          | 32,44 EUR      |
| 795255            | Forfait par jour de traitement : préparation et délivrance de médicaments dans le cadre d'une hospitalisation à domicile par le pharmacien hospitalier : antibiothérapie                          | TP Electronique               | Hôpital                                 | 7,84 EUR       |
| 795270            | Forfait par jour de traitement : préparation et délivrance de médicaments dans le cadre d'une hospitalisation à domicile par le pharmacien hospitalier : traitement anticancéreux – monothérapie  | TP Electronique               | Hôpital                                 | 32,44 EUR      |
| 795292            | Forfait par jour de traitement : préparation et délivrance de médicaments dans le cadre d'une hospitalisation à domicile par le pharmacien hospitalier : traitement anticancéreux – plurithérapie | TP Electronique               | Hôpital                                 | 48,66 EUR      |
| 596750            | Honoraires de surveillance par jour de traitement par un médecin spécialiste en cas d'hospitalisation à domicile antibiothérapie à facturer en tiers-payant                                       | TP Electronique               | Hôpital                                 | 7,65 EUR       |
| 596772            | Honoraires de surveillance par jour de traitement par un médecin spécialiste en cas d'hospitalisation à domicile traitement oncologique à facturer en tiers-payant                                | TP Electronique               | Hôpital                                 | 65,27 EUR      |

|        |   |                              |   |           |
|--------|---|------------------------------|---|-----------|
| 107214 | Honoraires forfaitaires pour appel à l'expertise du (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG par un médecin spécialiste à facturer en tiers-payant   | TP Electronique<br>TP Manuel | Médecins généralistes détenteurs du DMG | 32,44 EUR |
| 795351 | Honoraires forfaitaires par jour de traitement : coordination des soins par le praticien de l'art infirmier depuis l'hôpital, à facturer par l'hôpital en tiers-payant  | TP Electronique              | Hôpital                                 | 14,85 EUR |
| 418596 | Honoraires forfaitaires par jour de traitement : coordination des soins par le praticien de l'art infirmier à domicile depuis le domicile à facturer en tiers-payant  | TP Electronique              | INF/groupement                          | 14,85 EUR |
| 418611 | Honoraire forfaitaire pour le praticien de l'art infirmier pour l'administration dans le milieu de vie du patient de médicaments anticancéreux par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique à facturer en tiers-payant, | TP Electronique              | INF/groupement                          | 7,55 EUR  |
| 795373 | Forfait matériel par jour de traitement en hospitalisation à domicile pour antibiothérapie à facturer en tiers-payant,  | TP Electronique              | Hôpital                                 | 10,81 EUR |
| 795395 | Forfait matériel par jour de traitement en hospitalisation à domicile : pour oncologie à facturer en tiers-payant,  | TP Electronique              | Hôpital                                 | 17,57 EUR |
| 795336 | Début de période hospitalisation à domicile antibiothérapie   | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |
| 795410 | Fin de période hospitalisation à domicile antibiothérapie   | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |
| 795233 | Fin de période hospitalisation à domicile antibiothérapie pour cause de réadmission à l'hôpital   | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |
| 795314 | Début de période hospitalisation à domicile traitement oncologique  | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |
| 795454 | Fin de période hospitalisation à domicile traitement oncologique  | TP Electronique              | Hôpital                                 | 0 EUR     |

Logo éventuel de l'hôpital

Identification de l'hôpital

Adresse

Code postal - Commune

Numéro INAMI

Numéro BCE

Contact : nom/numéro de téléphone

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Code postal - Commune

Numéro de facture

Date de facture

Date d'envoi

Numéro d'enregistrement

Numéro de dossier

Adresse de facturation

Prénom NOM DE FAMILLE

Adresse

Code postal - Commune

Soins du .././.... ..... heure

au .././.... ..... heure

Droit au maximum à facturer en (1):

Mutualité

N° NISS

Code bénéficiaire

## RÉSUMÉ DES FRAIS A CHARGE DU PATIENT

euros

1. Frais de séjour ou de réadaptation

Vos frais d'hospitalisation ou de réadaptation

Supplément de chambre parce que vous avez opté pour une chambre à un lit

2. Montants forfaitaires facturés (2)

3. Frais pharmaceutiques (par exemple médicaments, implants, dispositifs médicaux, etc.)

4. Honoraires pour dispensateurs de soins (médecins ou autres dispensateurs)

Vos frais d'honoraires

Suppléments (4)

5 Autres fournitures

6. Transport de malades

7. Frais divers

8. TVA

**Total des frais à charge du patient****..... euros sont facturés à votre mutuelle**

Vous avez déjà payé un acompte le .././....

Facturé à un tiers par l'hôpital

**VOTRE TOTAL RESTANT À PAYER / à rembourser**

À verser sur le compte de l'hôpital :

À verser sur le compte du conseil médical :

*Ci-dessous l'hôpital peut décrire les éventuelles formalités de paiement.*

BULLETIN DE VIREMENT

## DÉTAIL DE LA FACTURE PATIENT

Page x de y

Prénom NOM DE FAMILLE

N° NISS

## COMMUNICATION :

soit:

Toutes les prestations sont facturées par l'hôpital, le patient ne peut recevoir d'autre facture que celle établie par l'hôpital. Exceptionnellement, des facturations complémentaires, pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation, ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutuelle ou hôpital.

soit:

Les prestations qui sont facturées par le Conseil médical de l'hôpital, sont mentionnées sur la "Note d'honoraires" jointe en annexe au présent extrait. Exceptionnellement, des facturations complémentaires pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications peuvent être envoyées plus tard au patient.

Pour des explications complémentaires ou demandes de plus de détails concernant les prestations : consultez la déclaration d'admission et les explications concernant la déclaration d'admission (le document que vous avez signé lors de votre admission) ou adressez-vous à votre mutuelle ou hôpital.

| 1. Frais de séjour / de réadaptation / d'hospitalisation à domicile  |                |                |                |       |                          |                          |                                    |                                    |
|--|----------------|----------------|----------------|-------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1.1. Frais de séjour hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour ou hospitalisation partielle en psychiatrie  | Du<br>.././... |                | Au<br>.././... |       | Nombre de jours          | À charge de la mutualité | À charge du patient (3)            | Supplément à charge du patient (4) |
| Service (s) .....  |                |                |                |       |                          |                          |                                    |                                    |
| Frais de séjour  | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    | .....                              | .....                              |
| Chambre à un lit   | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    | .....                              | .....                              |
| Camp de vacances collectif   | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    | .....                              | .....                              |
| 1.2. Frais de séjour hospitalisation de jour   | Du<br>.././... | Au<br>.././... | Nombre         |       | À charge de la mutualité | À charge du patient (3)  | Supplément à charge du patient (4) |                                    |
| 1.2.1. Soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguin labile par perfusion intraveineuse | .....          |                |                |       |                          |                          |                                    |                                    |
| Chambre à un lit   |                |                |                |       |                          |                          | .....                              |                                    |
| 1.2.2. Maxi forfait anesthésie, forfaits hôpital de jour et douleur chronique, admission urgente en hôpital psychiatrique  | .....          |                |                |       | .....                    |                          | .....                              |                                    |
| Chambre à un lit   |                |                |                |       |                          |                          | .....                              |                                    |
| 1.2.3. Forfait salle de plâtre   | .....          |                |                |       | .....                    |                          |                                    |                                    |
| 1.2.4. Forfait manipulation Cathéter à chambre implantable   | .....          |                |                |       | .....                    |                          |                                    |                                    |
| 1.2.5. Forfait de base oncologie   | .....          |                |                |       | .....                    |                          |                                    |                                    |
| 1.2.6. Maxi forfait mono-combi oncologie, forfait pédiatrie mono-combi   | .....          |                |                |       | .....                    |                          |                                    |                                    |
| Chambre à un lit   |                |                |                |       |                          |                          | .....                              |                                    |
| 1.3. Forfait hémodialyse – dialyse péritonéale   | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | -..... (5)               |                                    |                                    |
| 1.4. Rééducation fonctionnelle<br>Description  | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    |                                    |                                    |
| 1.5. Forfait rééducation fonctionnelle postcure  | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    |                                    |                                    |
| 1.6. Période hospitalisation à domicile  | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    |                                    |                                    |
| - Forfait Mise en route de l'hospitalisation à domicile  | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    |                                    |                                    |
| - Forfait par jour de traitement : préparation et délivrance de médicaments  | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    |                                    |                                    |
| - Forfait par jour de traitement pour coordination des soins avec la situation à domicile  | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    |                                    |                                    |
| - Forfait par jour de traitement pour le matériel nécessaire à l'administration des médicaments  | .....          | .....          | .....          | ..... | .....                    | .....                    |                                    |                                    |
| Sous-total 1 - Frais de séjour   |                |                |                |       | .....                    | .....                    | .....                              |                                    |

|  | Nombre de jours | À charge de la mutualité | À charge du patient (3) |
|--|-----------------|--------------------------|-------------------------|
| <b>2. Montants forfaitaires facturés (2)</b>                           |                 |                          |                         |
| Honoraires biologie clinique   |                 | .....                    | .....                   |
| Honoraires imagerie médicale   |                 | .....                    | .....                   |
| Honoraires service de garde médical et prestations techniques          |                 | .....                    | .....                   |
| Médicaments : forfait par admission<br>quote-part personnelle par jour |                 | .....                    | .....                   |
|  | .....           |                          | .....                   |
| <b>Sous-total 2 - Montants forfaitaires facturés</b>                   |                 | .....                    | .....                   |

|  | Code  | Nombre | À charge de la mutualité | À charge du patient (3) | Supplément à charge du patient (4) |
|--|-------|--------|--------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| <b>3. Pharmacie : médicaments, parapharmacie, implants, dispositifs médicaux</b>                 |       |        |                          |                         |                                    |
| <b>3.1. Médicaments</b>  |       |        |                          |                         |                                    |
| Médicaments remboursables  |       |        |                          |                         |                                    |
| Montant médicaments entièrement à charge de la mutualité   |       |        | .....                    |                         |                                    |
| Montant médicament en partie à charge du patient   |       |        |                          |                         |                                    |
| Nom du produit :   | ..... | .....  | .....                    | .....                   |                                    |
| Médicaments entièrement à charge du patient  |       |        |                          |                         |                                    |
| Médicaments sans accord du médecin-conseil   |       |        |                          |                         |                                    |
| Nom du produit :   | ..... | .....  |                          | .....                   |                                    |
| Médicaments non-remboursables  |       |        |                          |                         |                                    |
| Nom du produit :   | ..... | .....  |                          | .....                   |                                    |
| Médicaments entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA).     |       |        |                          |                         |                                    |
| Nom du produit :   | ..... | .....  |                          | .....                   |                                    |
| <b>3.2. Produits parapharmaceutiques</b>   |       |        |                          |                         |                                    |
| Nom du produit :   | ..... | .....  |                          | .....                   |                                    |
| Produits parapharmaceutiques à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA) |       |        |                          |                         |                                    |
| Nom du produit :   | ..... | .....  |                          | .....                   |                                    |
| <b>3.3. Implants et prothèses et dispositifs médicaux non implantables</b>                       |       |        |                          |                         |                                    |
| Produits remboursables   |       |        |                          |                         |                                    |
| Nom du produit : Notification (8) : .....  | ..... | .....  | .....                    | .....                   | .....                              |
| Marge de délivrance implants (6)   |       |        |                          | .....                   |                                    |
| Marge de sécurité implants (7)   |       |        |                          | .....                   |                                    |
| Produits non remboursables   |       |        |                          |                         |                                    |
| Nom du produit : Notification (8) : .....  | ..... | .....  |                          | .....                   |                                    |
| Produits non remboursables à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA)   |       |        |                          |                         |                                    |
| Nom du produit :   | ..... | .....  |                          | .....                   |                                    |
| <b>Sous-total 3 - Pharmacie</b>  |       |        | .....                    | .....                   |                                    |

| 4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)                 | Date  | Code (9) | Nombre | À charge de la mutualité | À charge du patient (3) | Supplément à charge du patient (4) |
|--|-------|----------|--------|--------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Financement global   |       |          |        |                          |                         |                                    |
| Montant global prospectif - partie honoraires pour <i>description</i>                      |       | .....    |        | .....                    | .....                   |                                    |
| Suppléments  |       |          |        |                          |                         |                                    |
| <i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>                                 |       |          |        |                          |                         |                                    |
| <i>Description (9) (11)</i> Valeur de base : .....   | ..... | .....    | .....  |                          |                         | .....                              |
| Honoraires remboursables   |       |          |        |                          |                         |                                    |
| Honoraires entièrement à charge de la mutualité  |       |          |        | .....                    |                         |                                    |
| Honoraires partiellement à charge de la mutualité et/ou avec supplément                    |       |          |        |                          |                         |                                    |
| <i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>                                 |       |          |        |                          |                         |                                    |
| <i>Description (9)</i>   | ..... | .....    | .....  | .....                    | .....                   | .....                              |
| Honoraires entièrement à charge du patient   |       |          |        |                          |                         |                                    |
| <i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>                                 |       |          |        |                          |                         |                                    |
| <i>Description</i>   | ..... | .....    | .....  |                          | .....                   |                                    |
| Honoraires entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA) |       |          |        |                          |                         |                                    |
| <i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>                                 |       |          |        |                          |                         |                                    |
| <i>Description</i>   | ..... | .....    | .....  |                          | .....                   |                                    |
| <b>Sous-total 4 - Honoraires des prestataires de soins</b>                                 |       |          |        | .....                    | .....                   | .....                              |

| 5. Autres fournitures  | Code  | Nombre | À charge de la mutualité | À charge du patient (3) |
|--|-------|--------|--------------------------|-------------------------|
| Libellé autres fournitures :   | ..... | .....  | .....                    | .....                   |
| Libellé autres fournitures à charge du patient pour lesquelles la TVA est due (montant hors TVA) : | ..... | .....  |                          | .....                   |
| <b>Sous-total 5 - Autres fournitures</b>   |       |        | .....                    | .....                   |

| 6. Transport de malade  | Date  | Code  | Nombre de km | À charge de la mutualité | À charge du patient (3) |
|---|-------|-------|--------------|--------------------------|-------------------------|
| <b>Transport urgent de malades (service 100/112)</b>          |       |       |              |                          |                         |
| Forfait pour les premiers 10 km                               | ..... | ..... | .....        | .....                    | .....                   |
| Montant du 11 <sup>e</sup> au 20 <sup>e</sup> km              | ..... | ..... | .....        | .....                    | .....                   |
| Montant à partir du 21 <sup>e</sup> km                        | ..... | ..... | .....        | .....                    | .....                   |
| Forfait utilisation électrodes                                | ..... | ..... | .....        | .....                    | .....                   |
| <b>Autre transport de malades avec intervention</b>           | ..... | ..... | .....        | .....                    | .....                   |
| <b>Autres frais de transport de malades sans intervention</b> | ..... | ..... | .....        |                          | .....                   |
| <b>Sous-total 6 - Transport de malades</b>                    |       |       |              | .....                    | .....                   |

| 7. Frais divers  | Code  | Nombre | À charge du patient (3) |
|--|-------|--------|-------------------------|
| Libellé des frais divers :   | ..... | .....  | .....                   |
| Libellé des frais divers à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montant hors TVA) : | ..... | .....  | .....                   |
| <b>Sous-total 7 - Frais divers</b>   |       |        | .....                   |

| 8. TVA                             | Statut (10) | Montant hors TVA | % TVA | Montant TVA | À charge du patient TVAc |
|------------------------------------|-------------|------------------|-------|-------------|--------------------------|
| Nom et numéro d'assujetti à la TVA | .....       | .....            | ..... | .....       | .....                    |
| <b>Sous-total 8 - TVA</b>          |             |                  |       | .....       |                          |

| TOTAUX                                   | À charge de la mutualité | À charge du patient | Supplément à charge du patient (4) |
|--|--------------------------|---------------------|------------------------------------|
| <b>TOTAL</b>                             | .....                    | .....               | .....                              |
| <b>TOTAL à payer par le patient</b>      | ..... EUR                |                     |                                    |
| Acompte déjà payé à la date du .././.... | ..... EUR                |                     |                                    |
| Facturé à <i>un tiers</i> par l'hôpital  | ..... EUR                |                     |                                    |
| Restant à payer / à rembourser           | ..... EUR                |                     |                                    |

|   |           |
|---|-----------|
| À verser sur le compte de l'hôpital :       | ..... EUR |
| À verser sur le compte du conseil médical : | ..... EUR |

- (1) Puisque vous avez atteint le plafond du maximum à facturer au cours de cette année calendrier, entre autres les interventions personnelles pour les prestations de santé sont entièrement remboursées par votre mutualité pour le reste de l'année.  
Exception : intervention personnelle pour les radio-isotopes, oxygène médical et prix de la journée d'entretien à partir du 366e jour de séjour dans un hôpital psychiatrique.
- (2) Les montants forfaitaires facturés sont des montants forfaitaires légaux qui sont facturés à tous les patients hospitalisés même si le patient ne bénéficie d'aucune de ces prestations.
- (3) La rubrique "À charge du patient" comprend les montants personnels prévus légalement, des montants pour des produits non-remboursables (rubrique pharmacie), des montants pour des prestations pour lesquelles l'assurance maladie n'intervient pas (rubrique honoraires), des « autres montants » (rubriques « Frais divers » et « Autres fournitures ») et montants entièrement à charge du patient pour lesquels la TVA est due (montants hors TVA)
- (4) Supplément : pour une admission avec nuitée(s) ou une hospitalisation de jour avec occupation d'une chambre ce montant est facturé en plus du montant officiel pour la chambre et pour les honoraires (voir annexe à la déclaration d'admission). Ces montants sont totalement à charge du patient.  
Il peut s'agir :
  - d'un supplément de chambre qui est la conséquence du choix d'une chambre individuelle
  - d'un supplément d'honoraires qui est la conséquence du choix d'une chambre individuelle
  - d'un supplément d'honoraires qui est la conséquence du fait que le dispensateur n'est pas médecin et qu'il n'est pas conventionné, nonobstant le choix de la chambre.

Pour les autres traitements pour lesquels vous n'occupez pas une chambre, ces coûts sont la conséquence de soins dispensés par un dispensateur non-conventionné.
- (5) Remboursement par l'hôpital des frais majorés du patient pour les coûts de l'eau, l'électricité et le téléphone engendrés par la dialyse à domicile
- (6) La marge de délivrance est une rétribution destinée à la pharmacie hospitalière qui stocke, stérilise et délivre les implants et les prothèses, etc.
- (7) La marge de sécurité est un pourcentage de la base de remboursement. La base de remboursement majorée de ce pourcentage constitue le montant maximum facturable pour le dispositif médical concerné.
- (8) Notification : le code d'identification ou de notification prouve que l'implant est enregistré par l'INAMI. Pour la plupart des implants l'enregistrement est une condition pour facturer l'implant au patient ou à la mutuelle.
- (9) Vous pouvez retrouver la description complète de la prestation et ses tarifs de remboursement en introduisant le code de celle-ci dans la banque de donnée "Nomensoft" disponible sur le site web de l'INAMI : <http://www.inami.fgov.be>

- (10) (A) Régime de l'assujettissement TVA mixte : l'hôpital est seulement obligé de compter la TVA sur les services et produits qu'il a délivrés dans le cadre des interventions ou des traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques.
- B) Régime particulier de paiement et de suivi TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, sans droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
- (C) Régime particulier de paiement TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par l'hôpital, avec droit de déduction de TVA par le médecin. A cet effet, l'hôpital conclut une convention avec le médecin.
- (D) Régime normal TVA : la TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques, sera déclarée et payée par le médecin
- (E) Franchise de la TVA pour les petites entreprises : le médecin est exempté de TVA pour les interventions ou les traitements qui ont lieu pour des raisons purement esthétiques et en raison du nombre limité de ce type de prestations exécutées par le médecin.
- (11) Les prestations listées ici, qui doivent avoir été effectivement réalisées, sont celles couvertes par le montant global repris ci-dessus, sur lesquelles un supplément d'honoraires peut être porté en compte. La première colonne mentionne à titre indicatif la valeur de base de ces prestations pour le calcul des suppléments dans la dernière colonne.