
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° SPECIAL / AOUT 2004

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

SYMPOSIUM 50 ANS GBS-VBS

LES SPÉCIALISTES SUR TOUTE LA LIGNE

“ De Montil ” – AFFLIGEM – 25.09.2004

(Accréditation demandée en éthique & économie)

Avant-midi : Organisation de la chirurgie ambulatoire : intra = extra

Modérateur : Dr J.L. DEMEERE

8.30 - 9.00 Enregistrement et accueil (café + croissants)

9.00 - 9.10 GBS : 50 ans déjà

9.10 - 9.30 Outpatient Surgery

9.30 - 9.50 Intramurale ambulante chirurgie

(Chirurgie ambulatoire hospitalière)

9.50 - 10.10 De ontwikkeling van het dagziekenhuis en zijn
gevolgen op de zorgorganisatie in België

*(Le développement de l'hôpital de jour et ses conséquences
sur l'organisation des soins en Belgique)*

10.10 - 10.40 Café

10.40 - 11.00 La révolution de l'hôpital par les extra-hospitaliers

11.00 - 11.20 La responsabilité médicale

11.20 - 12.30 Organisation de la chirurgie ambulatoire
panel et discussion

12.30 - 14.30 Lunch avec sandwiches

Dr M. MOENS
Prof. J. BRÖKELMANN (D)
Prof. G. BOGAERT

Dr R. VAN DEN OEVER

Prof. A. DEWEVER
Maître E. THIRY
Dr C. POLITIS (STO)
Dr D. GEERTS (OPH)
Dr F. MISSOTTEN (PLA)

Après-midi : Le spécialiste en première ligne

Modérateur : Dr P. VAN DURME

14.30 - 14.40	Introduction	Dr P. VAN DURME
14.40 - 15.00	Vrouwenarts - Vertrouwensarts - Eerstelijnsarts? (<i>Gynécologue - Médecin de confiance - Médecin de première ligne?</i>)	Dr J. VAN WIEMEERSCH
15.00 - 15.20	Mettre l'enfant en première ligne	Dr M. PLETINCX
15.20 - 15.40	Elektronische gegevensuitwisseling in de gezondheidszorg (<i>Echange électronique de données dans les soins de santé</i>)	Prof. G. DE MOOR
15.40 - 16.10	Pause café	
16.10 - 16.30	Huisartsen en specialisten, hoe komen we tot elkaar in functie van de patiënt? (<i>Généralistes et spécialistes, quelles relations entretenir les uns avec les autres en fonction du patient?</i>)	Dr J. REMANS
16.30 - 16.50	L'accès direct au médecin spécialiste en France	Dr M. GREFF (F)
16.50 - 17.10	Point de vue du ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique	
17.10 - 17.50	Débat et conclusion	Dr J.L. DEMEERE
18.00 - 19.00	Cocktail du jubilé	

Renseignements et inscriptions

Secrétariat GBS

Delphine Van den Nieuwenhof

Avenue de la Couronne 20

1050 Bruxelles

☎ +32 (0)2 649 21 47

☎ +32 (0)2 649 26 90

@ delphine@vbs-gbs.org

<http://www.vbs-gbs.org>

Lieu

De Montil

Moortelstraat 8

1790 AFFLIGEM (Essene)

Belgium

☎ +32 (0)2 583 00 70

☎ +32 (0)2 583 00 80

@ info@demontil.be

<http://www.demontil.com/>



Formulaire d'inscription

(A renvoyer à : Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Spécialistes,
Symposium 25.09.2004, Avenue de la Couronne 20, 1050 Bruxelles)

N° INAMI :

Nom :

Prénom :

Spécialité :

Adresse :

Code postal :

Commune :

E-mail :

Je participerai au symposium du 25.09.2004 et verse le montant de :

Avant le 30/08/2004

Après le 30/08/2004

Membres 40 €

Membres 60 €

Non-Membres 75 €

Non-Membres 95 €

Cand. Spéc. 10 €

Cand. Spéc. 15 €

Sur place 150 €

sur le compte 068-2095711-53 du GBS avec mention du nom du participant et "Symposium 50 ans GBS"

Je participerai au cocktail du jubilé

Date / Signature.....

LA DÉCLARATION D'ADMISSION OU LE "DEVIS" DU MINISTRE DEMOTTE

Malgré l'avis négatif unanime de la Commission Paritaire Nationale Médecins-Hôpitaux, le ministre a tout de même publié son AR du 17.06.2004 et ses annexes au MB du 14.07.2004. Les annexes modifiées ont été publiées sous forme d'un erratum au MB du 05.08.2004. Ces dispositions et les modèles de formulaires appropriés entrent en vigueur au 01.09.2004. L'objectif est que le patient signale clairement "si oui ou non il souhaite être soigné au tarif de la convention, ainsi que son choix de chambre". Vous pourrez aisément remarquer à la lecture de l'AR et de notre commentaire que cet objectif est quelque peu trompeur. Les explications reprises dans le modèle de déclaration d'admission sont destinées à faire comprendre au patient que son choix n'est pas toujours libre, mais là aussi un nombre de situations y sont présentées de manière tronquée.

Le formulaire de "déclaration d'admission" doit être soumis à la signature du patient au plus tard en début d'hospitalisation. Le gestionnaire doit mettre à la disposition de toute personne qui souhaite s'informer préalablement un exemplaire du formulaire en question. Le gestionnaire doit également communiquer un exemplaire du modèle en vigueur à la commission hospitalo-mutualiste de l'INAMI. Ceci paraît compréhensible en ce qui concerne les suppléments de séjour (chambre), mais n'est en rien pertinent en ce qui concerne les honoraires, l'organe compétent étant dans ce cas la commission médico-mutualiste.

Il y a lieu de tenir compte du fait que des arrangements (même écrits) qui sont contraires à la déclaration d'admission à l'hôpital signée par le patient, sont nuls. L'AR et ses annexes donnent non seulement une impression fautive quant au libre choix tarifaire; ils constituent également une source possible de contestations. En effet, un accord intervenu entre le patient et son médecin, dont le contenu est conforme aux règles applicables dans l'hôpital – et donc au modèle en vigueur en matière de déclaration d'admission – mais qui est suivi d'une déclaration d'admission déviante signée par le patient, peut donner lieu à des contestations ultérieures quant à la validité de ce qui avait été convenu. Il est vrai cependant que les formulaires présentés ne contiennent que les options de principe du patient, tout en se terminant par la déclaration "je sais que j'ai le droit de recevoir auprès du médecin de l'information sur les coûts que je dois supporter personnellement pour les actes médicaux prévisibles et je tiens compte du fait que certains frais sont imprévisibles". Cette information sera toutefois différente selon le choix que le patient aura fait. Quid si le patient dévie lui-même de sa déclaration d'admission, par exemple lorsqu'il a opté pour être soigné au tarif de la convention, mais décide pendant son séjour, de faire appel à un médecin non-conventionné?

Texte de l'AR concernant la déclaration d'admission à l'hôpital du 17.06.2004 (MB 14.07.2004)

Article 1er. Les articles 85, 86 et 110 de la loi du 14 janvier 2002 portant des mesures en matière de santé, entrent en vigueur.

Art. 2. Une déclaration d'admission doit être soumise à la signature du patient ou de son représentant légal, au plus tard au début de l'admission.

Selon qu'il s'agit d'une admission classique en hôpital général, d'une hospitalisation de jour en hôpital général ou d'une admission en hôpital psychiatrique, la déclaration d'admission doit être établie conformément au modèle figurant respectivement à l'annexe 1re, l'annexe 2 et l'annexe 3 du présent arrêté.

Le gestionnaire hospitalier est tenu de veiller particulièrement à ce que tous les éléments exprimés dans la déclaration d'admission en euros ou en pourcentage soient dûment complétés et actualisés et à ce que les autres informations y mentionnées soient fournies.

La déclaration d'admission doit être dûment remplie. Le patient doit y indiquer avec précision s'il souhaite ou non être soigné au tarif de l'engagement et quel type de chambre il choisit.

Tout document signé par le patient ou son représentant légal ou tout acte posé contraires à la déclaration d'admission susmentionnée sont nuls.

La déclaration d'admission est signée en deux exemplaires originaux, à raison d'un exemplaire pour le gestionnaire et d'un exemplaire pour le patient ou son représentant légal.

En cas d'admission en urgence, par dérogation à l'alinéa 1er, le patient ou son représentant légal signe la déclaration d'admission dès qu'il est en état de le faire physiquement et mentalement.

Art. 3. Indépendamment de la réglementation en vigueur en ce qui concerne la perception des honoraires, le gestionnaire de l'hôpital est tenu, dans la déclaration d'admission, d'indiquer en pourcentage ou en euros, le montant par rapport aux tarifs de la convention appliqué par les médecins lors de la fixation des suppléments. Il peut préciser, dans les cas où cela n'est pas imposé légalement, qu'il s'agit d'un montant maximum.

Art. 4. Le gestionnaire hospitalier est tenu, à l'égard de toute personne désireuse de s'informer au préalable, de mettre à sa disposition un exemplaire de la déclaration d'admission comprenant les tarifs applicables dont ceux spécifiquement fixés par l'hôpital.

Le gestionnaire hospitalier est tenu de transmettre un exemplaire de la déclaration d'admission comprenant les tarifs applicables dont ceux spécifiquement fixés par l'hôpital à la commission nationale des conventions institutions de soins et organismes assureurs, et ce à chaque fois que les tarifs spécifiquement fixés par l'hôpital font l'objet d'une adaptation.

Art. 5. L'arrêté royal du 3 octobre 1991 précisant les règles relatives à la communication, aux patients, des suppléments qui sont demandés par rapport aux tarifs de l'engagement et tout autre supplément et l'arrêté ministériel du 15 décembre 1967 déterminant le mode selon lequel les prix en vigueur pour le séjour dans un hôpital sont portés à la connaissance du public sont abrogés.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit la publication du présent arrêté.

Art. 7. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 juin 2004.

Annexes (Errata M.B. du 05.08.2004) (voir www.gbs-vbs.org – exemplaire imprimé sur simple demande à notre secrétariat)

- **Déclaration d'admission hospitalisation classique (pp. 58957-60 du M.B. du 05.08.2004)**
- **Déclaration d'admission hôpital de jour (pp. 58961-64 du M.B. du 05.08.2004)**
- **Déclaration d'admission hôpital psychiatrique (pp. 58965-68 du M.B. du 05.08.2004)**

Commentaire

Ces nouvelles dispositions sont non seulement une source possible de contestations; elles génèrent également des malentendus et oublient, en ce qui concerne les honoraires, de tenir compte des limites de la portée des accords médico-mutualistes eux-mêmes. D'où quelques problèmes complémentaires.

Malentendus

Le gestionnaire est responsable de la conformité avec la loi et avec la réglementation générale en vigueur du document de déclaration d'admission tel qu'il est applicable au sein de l'hôpital. C'est lui qui met à la disposition les informations nécessaires (liste des médecins conventionnés et non-conventionnés, etc...). Toutefois ce n'est pas lui qui se charge de l'implémentation in concreto de la déclaration d'admission par le patient. L'article 7 §1, 2^{ème} alinéa du règlement INAMI du 28.07.2003 dit: "*une déclaration d'hospitalisation est établie par le praticien de l'art de guérir travaillant ou admis dans un hôpital et versée par l'hôpital dans le dossier administratif du malade.*"

De même, la loi du 22.08.2002 relative aux droits des patients situe l'information et les engagements financiers relatifs à l'hospitalisation au niveau du contact entre le patient et le dispensateur de soins. L'art 8 §1 de cette loi dit: "*le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable...*" et le §2 ajoute: "*les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement, visées au §1, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, ... et les répercussions financières...*".

Patients dépassant le plafond des revenus de l'accord médico-mutualiste

Apparemment, les formulaires de déclaration d'admission ne tiennent pas compte de cette hypothèse. Le ministre des affaires sociales précédent a répondu à une question parlementaire

que cette limite de revenus n'était qu'une modalité d'application de la convention elle-même, pensant que, dès lors, les médecins hospitaliers conventionnés devraient également respecter les tarifs de l'engagement vis à vis de cette catégorie de patients. Cependant, l'opinion d'un ministre n'est pas la loi. L'art. 138 de la loi sur les hôpitaux dit que ces obligations ne seraient applicables qu'au cas où un accord médico-mutualiste est en vigueur. Or, l'accord actuel n'est pas en vigueur pour les patients dont les revenus dépassent les limites de revenus qui y sont stipulées. Par conséquent l'art. 138 §4 semble s'appliquer pour ces patients: les médecins ne sont, selon nous, pas conventionnés dans ces situations spécifiques.

Médecins hospitaliers conventionnés partiellement

Les formulaires de déclaration d'admission ne mentionnent que l'hypothèse du "médecin conventionné" et du "médecin non-conventionné". Il s'agit là en tout état de cause d'une référence en rapport avec le statut du médecin vis à vis de l'accord médico-mutualiste en vigueur. Un médecin conventionné partiellement est engagé pour une partie de son activité (dont le minimum est défini par la convention elle-même) et non-conventionné pour une autre partie de son activité. La liste des médecins conventionnés et non-conventionnés que l'hôpital devra communiquer au patient devra dès lors contenir une information claire et précise concernant la partie d'activité conventionnée et non-conventionnée des médecins hospitaliers concernés.

Tarifs maxima appliqués

Veillez faire parvenir à notre secrétariat un exemplaire des formulaires de déclaration d'admission appliqués dans votre hôpital dès que ceux-ci auront été mis au point de concertation avec votre conseil médical. Cela nous donnera la possibilité de constituer un inventaire et d'acquérir une meilleure vue d'ensemble quant aux positions qui devront être défendues ultérieurement.

Si vous avez des questions, des remarques ou des suggestions concernant ces problèmes, n'hésitez pas à nous en informer (info@gbs-vbs.org). Nous tenterons de répondre à vos questions et ne manquerons pas d'établir une liste FAQ.

MODIFICATION DE L'ARTICLE 27 DE LA NOMENCLATURE (Appareillage après mammectomie)

20 JUILLET 2004. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 06.08.2004 – p. 59162)

[...]

Article 1er. A l'article 27, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par les arrêtés royaux des 30 décembre 1985, 17 juillet 1986, 13 septembre 1989, 3 juin 1992, 31 décembre 1992, 28 avril 1993, 9 septembre 1993, 28 mars 1995, 29 novembre 1996, 9 juillet 1997, 10 juin 1998, 18 janvier 1999, 28 février 1999, 18 février 2000, 16 juillet 2001, 15 octobre 2001 et 16 mai 2003, sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1er, intitulé "Appareillage après mammectomie totale ou partielle" les modifications suivantes sont apportées :

a) L'intitulé "II. Appareillage provisoire » est remplacé par l'intitulé suivant :

"II. Appareillage provisoire (première prothèse mammaire)"

b) Avant la prestation 642235, l'intitulé suivant est inséré :

"A. Prothèse mammaire complète."

c) Après la prestation 642235, les dispositions suivantes et l'intitulé suivant sont insérés :

"642515

Première prothèse mammaire non adhésive à plusieurs couches, au moins 6 semaines après l'intervention Y 130

642530	Première prothèse mammaire auto-adhésive, au moins 6 semaines après l'intervention	Y 130
642552	Première prothèse mammaire avec bandes adhésives, au moins 6 semaines après l'intervention	Y 130
642574	Première prothèse mammaire sur mesure, au moins 6 semaines après l'intervention	Y 130

B. Prothèse mammaire partielle."

d) Après la prestation 642250, la prestation suivante est insérée :

"642596	Première prothèse mammaire partielle, au moins 6 semaines après l'intervention	Y 128"
---------	--	--------

e) Après la prestation 642331, sous l'intitulé "III. Appareillage définitif", la prestation suivante est insérée :

"642611	Prothèse mammaire sur mesure	Y 130"
---------	------------------------------------	--------

2° Au § 2, alinéa 2, a), les mots "ou en physiothérapie" sont remplacés par les mots, "en physiothérapie ou en radiothérapie. »

3° Au § 11bis, les modifications suivantes sont apportées :

a) L'alinéa suivant est inséré avant l'alinéa 1er :

"La prestation 642213 (prothèse mammaire post-opératoire) peut uniquement être remboursée jusqu'à 6 semaines après l'intervention chirurgicale."

b) Aux alinéas 1er et 2 actuels, qui deviennent respectivement les alinéas 2 et 3, les mots : "(prestations 642235 ou 642250)" sont remplacés par les mots "(prestations 642235, 642515, 642530, 642552, 642574, 642250 et 642596)"

c) Entre les alinéas 2 et 3 actuels, qui deviennent respectivement les alinéas 3 et 5, est inséré l'alinéa suivant :

"Les prestations 642574 et 642611 (prothèse mammaire sur mesure) peuvent uniquement être remboursées à partir de la taille 14."

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

APPAREILS ORTHOPÉDIQUES, PROTHÈSES ET CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES

**MODIFICATION DE LA NOMENCLATURE (ART. 29) – NOUVEAUX TARIFS CORRESPONDANTS
ENTRÉE EN VIGUEUR LE 01.09.2004**

L'arrêté royal du 20 juillet 2004 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (**art. 29 – Appareils orthopédiques, prothèses et chaussures orthopédiques**) a été publié au Moniteur Belge du 06.08.2004 (pp. 59163 à 59179).

Le texte de cet A.R. (cf. N° Spécial/août 2004 du Médecin Spécialiste) ainsi que les nouveaux tarifs correspondants sont disponibles sur www.gbs-vbs.org.

Ces nouvelles dispositions entrent en vigueur le 01.09.2004 (exemplaire imprimé sur simple demande à notre secrétariat).

LA CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE EN ONCOLOGIE

Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins (17/07/2004)

En sa séance du 17 juillet 2004, le Conseil national a poursuivi l'examen des questions qu'un médecin lui a posé à propos de la consultation multidisciplinaire en oncologie, notamment sur les conséquences pour le diagnostic et le traitement, d'une éventuelle concertation réalisée par des médecins sans qu'aucun de ceux-ci n'ait examiné le patient ainsi que sur la responsabilité individuelle et collective des praticiens légalement concernés par cette consultation.

Il confirme son avis antérieur du 27 septembre 2003 et rappelle que, dans le respect de son autonomie et pour faciliter son adhésion au processus de soins, le patient sera toujours dûment informé, ainsi que l'exige par ailleurs la loi sur les droits du patient, sur les raisons de la consultation multidisciplinaire, son déroulement, les participants et leur spécialité, l'implication de son médecin traitant à la discussion. Son consentement sur la proposition de soins sera sollicité et obtenu avant son exécution.

Il juge inacceptable que des décisions diagnostiques et thérapeutiques soient prises sans qu'au moins un des médecins participant à la consultation n'ait examiné le patient. Une telle possibilité semble d'ailleurs exclue par les dispositions de l'arrêté royal du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles les programmes de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés (*M.B.* 25.04.2003), qui précise que le médecin spécialiste et/ou généraliste traitant ou référent constitue avec au moins deux autres médecins qualifiés, la base de la structure de la consultation multidisciplinaire. Un même esprit se retrouve dans la nomenclature des soins de santé dans le libellé de la prestation 350372-350383 relatif au rapport écrit d'une concertation oncologique multidisciplinaire.

La responsabilité de chacun des intervenants pourra être mise en cause si un manquement peut lui être reproché à titre personnel soit dans la proposition thérapeutique, soit dans la réalisation de celle-ci.

Il ne rentre pas dans la compétence du Conseil national de donner une consultation juridique sur les questions de mise en œuvre de cette responsabilité, tout particulièrement si et à quelles conditions, d'une part, une responsabilité solidaire de tous les membres de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) peut être engagée et, d'autre part, le médecin traitant commet une faute en ne suivant pas l'avis de la COM après en avoir informé le patient.

Le Conseil national observe cependant que, si un médecin participant à la consultation est en désaccord avec les options thérapeutiques proposées, il lui appartient d'en informer, de préférence par écrit, le coordinateur en oncologie. Si un médecin sollicité pour une application thérapeutique ne souscrit pas à la proposition formulée, il doit adopter la même attitude.

Afin d'éviter qu'aussi bien le médecin spécialiste que le généraliste traitants soient dans l'impossibilité de pouvoir assister à la concertation multidisciplinaire en oncologie, le Conseil national maintient sa recommandation que cette concertation se déroule au mieux des possibilités de chacun des médecins concernés.

ANNONCES

- 04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 04026* **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche **SPÉCIALISTES** collaborateurs. Tél. soir 02/779.28.15 ou 0479.45.80.41.
- 04064 **BRUXELLES** : Centre médical situé à Schaerbeek, importante patientèle, cherche **PÉDIATRE, PÉDOPSYCHIATRE, DERMATOLOGUE, CARDIOLOGUE**. Tél. Dr Dejardin 02/215.05.12.

- 04067 **WATERLOO** : Cabinet médical de luxe **À LOUER** à la demi-journée. Boul. de la Cense, Waterloo. Tél. Dr Vincent 0475.27.04.57
- 04072 **TOURNAI** : Centre médical spécialisé recherche, en vue d'une location de cabinet, **GÉNÉRALISTE, INTERNISTE, RHUMATOLOGUE, DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 0475/61.44.94 ou au 069/68.66.01.
- 04076 **RIXENSART** (Brabant wallon) : **A LOUER** dans Centre de consultations idéalement situé, rdc, 2 cabinets spacieux, pour médecins spécialistes en rhumatologie, médecine du sport, médecine physique, pneumologie... Pour renseignements et conditions : 010/61.61.38 le soir après 20 h.
- 04077 **A CEDER** : divers livres et revues chirurgicales belges, françaises et américaines de 1909 à nos jours. Pour recevoir la liste complète : jvangeer@ulb.ac.be
- 04078 **MARCHE/BASTOGNE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche un **PNEUMOLOGUE**, temps plein, pour ses deux sites. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, Directeur médical I.F.A.C. – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 04079 **TOURNAI** : Service de sénologie du C.H.R. du Tournais cherche un(e) **SÉNOLOGUE** pour une activité part time de 2 jours/semaine (sénologie diagnostique et interventionnelle, IRM, clinique du sein). Contacts : Dr M.A. Labaisse 069/33.12.32 – Dr F. Vermaut rmn@chrtournai.be. Envoyer candidature au Dr Doalto : 069/33.17.54 – luis.doalto@chrtournai.be – CHRT site Hôpital – Bd Lalaing 39 à 7500 Tournai.
- 04081 **CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Le Centre spécialisé d'Herlaimont recherche **RHUMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, OPHTALMOLOGUE, DERMATOLOGUE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 064/43.22.00.
- 04082 **A VENDRE** : Cause double emploi échocardiographe HP sono CF couleur sonde 2,5 + imprimante Sony Etat impeccable. Tél. : 069/77.43.77 (soir).
- 04083 Cabinet Privé de Médecine Spécialisée met à disposition infrastructure et temps de consultations pour : **MÉDECIN GÉNÉRALISTE, RHUMATOLOGUE, GASTRO-ENTÉROLOGUE, NUTRITIONNISTE, CHIRURGIEN-PLASTICIEN, CARDIOLOGUE, MÉD. LICENCIÉ EN MÉDECINE SPORTIVE**. Conditions intéressantes. Prière contacter Mme WILLAM : 0478.95.31.13
- 04084 **A VENDRE** : Pèse-bébé de précision marque SECA (727), 600 euros (neuf : 1128 euros); téléphone 0477/668242.
- 04085 **MARCHE** : L'I.F.A.C. (Hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche un médecin **PÉDIATRE**, pour des gardes de week-end (site de Marche). Prise de fonction immédiate. Conditions financières attrayantes. Envoyer candidature au Dr SIMONS, Directeur médical, et au Dr DUVIVIER, pédiatre, I.F.A.C. rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 04086 **MARCHE** : L'I.F.A.C. (Hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche un médecin **PÉDIATRE**, temps plein, pour son site de Marche. Prise de fonction immédiate. Possibilité de développement du plateau technique. Conditions financières attrayantes. Envoyer candidature au Dr SIMONS, Directeur médical, et au Dr DUVIVIER, pédiatre, I.F.A.C. rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 04087 **A VENDRE**, cause nouvelle imprimante, des Vidéo Print Kit HITACHI (papier et cartouche) réf VY-SS50 standard type 50. Lot de 8 boîtes 150 euros. Tél. 0497/470747.

Table des matières

• Symposium 50 ans GBS-VBS : Les spécialistes sur toute la ligne – “ De Montil ” Affligem – 25.09.2004	1
• La déclaration d'admission ou le "devis" du Ministre Demotte	3
• Modification de l'article 27 de la nomenclature (Appareillage après mammectomie)	5
• Appareils orthopédiques, prothèses et chaussures orthopédiques – modification de la nomenclature (art. 29) – nouveaux tarifs correspondants – entrée en vigueur le 01.09.2004	6
• La consultation multidisciplinaire en oncologie – Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins (17/07/2004)	7
• Annonces	7