

Correspondant : Franken Céline

Attaché

Tél.: 02 739 73 90 **Fax** : 02 739 73 52**E-mail** : celine.franken@inami.fgov.be**Nos références** : 1830/GV/2009/**Bruxelles, le**Madame,
Monsieur,

Objet : **Entrée en vigueur du trajet de soins « diabète » le 1^{er} septembre 2009 –
avenant à la convention en matière d'autogestion de patients atteints de
diabète sucré**

Le 1^{er} septembre 2009, la réglementation relative au trajet de soins diabète entrera en vigueur. À partir de cette date, pour certains groupes de patients qui souffrent de diabète de type II, le médecin généraliste du patient, l'endocrino-diabétologue traitant (*ou éventuellement un médecin spécialiste en médecine interne ayant des droits acquis en tant que prescripteur dans le cadre de la convention en matière d'autogestion*) et le patient pourront conclure ensemble un contrat de trajet de soins. Pareil contrat de trajet de soins organise et coordonne l'approche, le traitement et le suivi du patient. Il a aussi pour but de promouvoir la collaboration entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste et les autres dispensateurs de soins et d'optimiser la qualité des soins. Vous trouverez davantage d'explications générales au sujet des trajets de soins sur le site www.trajetdesoins.be.

Les patients ayant conclu un contrat de trajet de soins peuvent, sur prescription du médecin généraliste, entrer en ligne de compte pour une intervention dans l'éducation au diabète dispensée par des éducateurs en diabétologie qui sont actifs au sein de la première ligne. Sur prescription du médecin généraliste, de tels patients peuvent également obtenir du matériel d'autogestion dans une officine publique ou auprès d'un autre fournisseur agréé.

Étant donné que les patients du groupe 3A de la convention en matière d'autogestion du diabète sucré peuvent également entrer en ligne de compte pour la conclusion d'un contrat de trajet de soins et qu'une double intervention dans l'éducation au diabète et dans le matériel d'autogestion n'est pas admissible, il convient d'adapter l'actuelle convention en matière d'autogestion. Ces adaptations offrent aux centres de diabétologie conventionnés également de nouvelles possibilités afin de pouvoir

...

dispenser malgré tout certaines prestations d'éducation en faveur des patients ayant conclu un trajet de soins et afin de coacher les éducateurs de première ligne.

En annexe à la présente lettre, vous trouverez deux exemplaires de l'avenant qui règle ces adaptations. Cet avenant a été approuvé par le Comité de l'assurance en sa séance du 27 juillet 2009 et entrera en vigueur le 1^{er} septembre 2009.

Sur base de cet avenant, les centres de diabétologie conventionnés peuvent, pour les patients qui ont conclu un contrat de trajet de soins ou qui (s'il s'agit d'un patient hospitalisé qui commence une autogestion) ont l'intention de conclure un tel contrat de trajet de soins, porter en compte les nouvelles prestations suivantes (le tableau mentionne également les pseudocodes spécifiques à utiliser pour la facturation de ces prestations) :

Libellé de la prestation	Pseudocode	Prix
1) Education ambulatoire d'un patient trajet de soins		
a) forfait annuel ordinaire	786015	87,32 €
b) forfait annuel majoré pour les patients qui commencent une autogestion (une seule fois)	786030	152,81 €
2) Education d'un patient trajet de soins hospitalisé	786085	130,98 €
3) Programme d'autogestion pour un patient hospitalisé qui commence une autogestion et qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après l'hospitalisation		
a) forfait matériel (matériel pour une période de 6 mois) (une seule fois)	786100	72,61 €
b) forfait éducation (une seule fois)	786122	152,81 €
4) Forfait annuel relatif au coaching général	786052	36,38 €

Ci-après, figurent des explications relatives aux conditions spécifiques dans lesquelles ces prestations peuvent être portées en compte et aux autres dispositions de l'avenant.

Education ambulatoire d'un patient ayant conclu un trajet de soins : conditions spécifiques

Les patients ayant conclu un trajet de soins devront obtenir le matériel d'autogestion (sur prescription du médecin généraliste) **via une officine publique ou auprès d'un autre fournisseur agréé et bénéficieront** (sur prescription du médecin généraliste), **dans de nombreux cas, d'une éducation via les éducateurs de première ligne.**

Les patients trajet de soins peuvent, sur prescription du médecin généraliste, cependant encore bénéficier d'une éducation ambulatoire dont ils ont besoin dans un centre conventionné. Cela n'est possible que s'il s'agit de patients trajet de soins se trouvant dans une situation médicale complexe ou dans le cas où il n'y a pas assez d'éducateurs de première ligne dans la région. La prescription du médecin généraliste doit mentionner explicitement qu'il s'agit d'une éducation ambulatoire dispensée dans un centre de diabétologie conventionné et est valable pour une durée de **12 mois à partir du début de l'éducation.** Quand la fin de cette période de 12 mois approche, le médecin généraliste peut rédiger une nouvelle prescription pour une période supplémentaire de 12 mois.

Pour les patients qui bénéficient d'une telle **éducation ambulatoire dans un centre conventionné**, ce dernier peut porter en compte un **forfait annuel.** Pour la plupart des patients, il s'agira du forfait annuel ordinaire. Toutefois, pour les **nouveaux patients**, qui commencent une autogestion pour la première fois, il s'agira d'un **forfait annuel majoré.**

Pour être considéré comme **nouveau patient**, le patient doit satisfaire aux **deux conditions suivantes** :

...

- ne jamais avoir été pris en charge dans le cadre d'une convention en matière d'autogestion ;
- ne jamais avoir bénéficié non plus de prestations d'éducation dispensées (en dehors du cadre de la convention) par un praticien de l'art infirmier ayant un numéro d'enregistrement spécifique en tant qu'éducateur en diabétologie ou par un autre dispensateur de soins agréé comme éducateur en diabétologie dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle.

Pendant la période de 12 mois d'éducation que le forfait annuel couvre pour l'éducation ambulatoire, le patient n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement de l'éducation au diabète dispensée par des éducateurs de première ligne. Toutefois, le matériel d'autogestion doit quant à lui être délivré – sur prescription du médecin généraliste – dans une officine publique (ou auprès d'un autre fournisseur agréé). Le matériel d'autogestion qu'un centre conventionné mettrait éventuellement à la disposition de ces patients n'est pas remboursable.

Le forfait annuel destiné à l'éducation ambulatoire peut être facturé dès que 3 mois des 12 mois sur lesquels il porte se sont écoulés. À ce moment-là, le forfait annuel est définitivement acquis.

Education des patients hospitalisés ayant conclu un contrat trajet de soins : conditions spécifiques

Les **patients hospitalisés trajet de soins** peuvent également recevoir, dans l'hôpital dans lequel ils sont hospitalisés, une **éducation au diabète supplémentaire** (par l'équipe d'éducation conventionnée de l'hôpital) **dans le cas où leur diabète est déréglé**. A ce sujet, une concertation doit toutefois être menée avec le médecin généraliste qui a cosigné le contrat de trajet de soins. Le forfait qui couvre cette éducation ne peut être porté en compte qu'**une seule fois par année civile** pour un même patient : il ne peut donc pas être porté en compte si le patient a déjà été hospitalisé dans la même année civile (le cas échéant dans un autre établissement) et que le forfait a déjà été porté en compte ; la concertation avec le médecin généraliste peut contribuer à prévenir des malentendus sur ce plan.

Le forfait couvre exclusivement l'éducation et ne couvre donc pas le matériel d'autogestion. Le patient doit, par conséquent, pendant son hospitalisation, utiliser le matériel d'autogestion qui lui a été prescrit par le médecin généraliste et qu'il a obtenu dans une officine publique (ou auprès d'un autre fournisseur agréé). Le matériel d'autogestion qu'un centre conventionné mettrait éventuellement à la disposition de ce patient n'est pas remboursable.

Pendant la période d'hospitalisation, le patient n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement de l'éducation au diabète dispensée par des éducateurs de première ligne.

Programme d'autogestion pour les patients hospitalisés (sans trajet de soins) qui commencent une autogestion et qui ont l'intention de conclure un contrat de trajet de soins après leur hospitalisation : conditions spécifiques

Pour un **patient hospitalisé qui n'a pas encore conclu un contrat de trajet de soins et qui, pendant son hospitalisation, commence pour la première fois une autogestion**, tant l'éducation à l'hôpital que le matériel d'autogestion mis à sa disposition par l'hôpital sont remboursés.

Pour être considéré comme un tel nouveau patient, un patient doit satisfaire aux deux conditions suivantes :

- ne jamais avoir été pris en charge dans le cadre de la convention en matière d'autogestion ;
- ne jamais avoir bénéficié non plus de prestations d'éducation dispensées (en dehors du cadre de la convention) par un praticien de l'art infirmier ayant un numéro d'enregistrement spécifique en tant qu'éducateur en diabétologie ou par un autre dispensateur de soins agréé comme éducateur en diabétologie dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle.

Le **matériel d'autogestion que l'hôpital met à la disposition d'un tel patient** est le matériel pour la première période de 6 mois d'autogestion qui est remboursable pour un patient dans le cadre des trajets de soins (1 glucomètre, 1 porte-lancette, 150 tiges pour la mesure de la glycémie et 100 lancettes). Le centre conventionné peut facturer à cette fin un **forfait de matériel** à partir de la fin de la période d'hospitalisation.

Le forfait éducation qui couvre l'éducation que l'équipe d'éducation conventionnée dispense pendant l'hospitalisation ne peut être porté en compte que si le patient conclut effectivement un contrat de trajet de soins après son hospitalisation. Aussi importe-t-il de vérifier au préalable que tous les intéressés sont bien disposés à conclure un contrat de trajet de soins après l'hospitalisation.

Pendant la période d'hospitalisation, le patient n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement de l'éducation au diabète dispensée par des éducateurs en diabétologie de première ligne. L'endocrino-diabétologue traitant est également censé communiquer au médecin généraliste la période pour laquelle l'hôpital a déjà mis à la disposition du patient du matériel d'autogestion, de façon à ce que le médecin généraliste puisse en tenir compte dans ses futures prescriptions.

Forfait annuel relatif au coaching général : conditions spécifiques

Pour chaque patient qui a conclu un contrat de trajet de soins avec un endocrino-diabétologue (ou exceptionnellement un autre médecin spécialiste compétent) qui fait partie du cadre médical visé à l'article 8 de la convention diabète actuelle (et qui est donc compétent pour prescrire les programmes de rééducation fonctionnelle prévus par la convention), le centre conventionné peut facturer un **forfait annuel relatif au coaching général**.

Ce forfait ne peut être facturé qu'une seule fois par an pour un même bénéficiaire. Si le médecin spécialiste qui a conclu le contrat de trajet de soins est attaché à plusieurs centres conventionnés, un seul de ces centres conventionnés pourra donc facturer le forfait annuel relatif au coaching général, en principe, il s'agira du centre conventionné dans lequel le patient vient à la consultation du diabétologue.

Le forfait relatif au coaching général peut être porté en compte une première fois à partir de la date d'entrée en vigueur du trajet de soins. Les prochaines fois auxquelles il peut être porté en compte sont à chaque fois un an plus tard (donc la date d'entrée en vigueur + 1 an, + 2 ans, etc.) et ce, aussi longtemps que le contrat de trajet de soins est valable (maximum 4 ans).

Pour réaliser ses tâches d'éducation générale, le centre conventionné doit pouvoir être contacté par les éducateurs de première ligne. Un centre conventionné doit aussi avoir au moins une fois par an un contact direct avec chaque éducateur de première ligne

ayant conclu un contrat de collaboration avec le centre conventionné. Chaque centre conventionné doit pouvoir prouver qu'il satisfait à cette dernière condition.

Accord obligatoire du médecin-conseil pour la prise en charge des différentes prestations (à l'exception du coaching général)

Afin de pouvoir porter en compte les forfaits spécifiques d'éducation et de matériel que prévoit l'avenant (*forfait annuel d'éducation ambulatoire, forfait d'éducation d'un patient hospitalisé, forfait matériel et d'éducation d'un patient hospitalisé qui commence une autogestion et conclura un contrat de trajet de soins après son hospitalisation*), **une demande de prise en charge de ces prestations de rééducation fonctionnelle** doit être **introduite** individuellement pour chaque patient **auprès du médecin-conseil** de son organisme assureur. À cet effet, il convient d'utiliser un **formulaire de demande spécifique**, également annexé à la présente lettre. Si la demande concerne une éducation ambulatoire dans un centre conventionné, la prescription du médecin généraliste pour cette prestation doit être jointe à ce formulaire de demande.

Pour la prise en charge de ces forfaits spécifiques d'éducation et de matériel, une demande ne peut être introduite que si elle s'applique effectivement à un patient déterminé. Il n'est donc pas autorisé de demander en une fois la prise en charge de toutes les prestations possibles.

Afin d'éviter un refus pour cause d'introduction tardive d'une demande, le médecin-conseil doit recevoir les demandes de prise en charge au plus tard 30 jours après la fin de la période sur laquelle elle porte. La demande pour le forfait annuel d'une éducation ambulatoire doit donc parvenir au médecin-conseil au plus tard 30 jours après la fin de l'année ; il va de soi que cette demande peut également être introduite au début de la période de un an. Les demandes de prise en charge des forfaits pour les patients hospitalisés doivent toujours parvenir au médecin-conseil au plus tard 30 jours après la fin de la période d'hospitalisation.

Moyennant l'accord du médecin-conseil sur la prise en charge des forfaits spécifiques d'éducation et de matériel dont le patient peut bénéficier en vertu de l'avenant, les forfaits prévus par l'avenant peuvent être facturés à l'organisme assureur du patient. À cet effet, il convient d'utiliser les **pseudocodes spécifiques** déjà mentionnés.

Pour le forfait annuel relatif au coaching général, il n'est pas nécessaire d'introduire une demande individuelle : ce forfait annuel peut toujours être facturé pour tous les patients ayant conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable.

Patients qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle du groupe 3A et qui concluent un contrat de trajet de soins

Les patients qui ont conclu un contrat de trajet de soins ne font plus partie, à partir du 1^{er} janvier 2010, des bénéficiaires tels que définis à l'article 4 de la convention générale. Des patients définis dans cet article 4 (groupes 1A, 1B, 2, 3A et 3B), seuls les patients appartenant au groupe 3A entrent dans la pratique en ligne de compte pour conclure un contrat de trajet de soins. **Pour les patients du groupe 3A qui concluent effectivement un contrat de trajet de soins, le forfait du groupe 3A ne peut donc plus être porté en compte en aucun cas pour des prestations qui seraient encore réalisées à partir du 1^{er} janvier 2010.**

Aussi longtemps que le forfait mensuel ou le forfait de connexion du groupe 3A est facturé, le patient du groupe 3A qui a conclu un contrat de trajet de soins

n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement de prestations d'éducation dispensées par des éducateurs de première ligne. Les forfaits du groupe 3A contiennent par ailleurs aussi le remboursement du matériel d'autogestion ; par conséquent, les patients du groupe 3A qui ont conclu un contrat de trajet de soins ne peuvent pas non plus prétendre au remboursement du matériel d'autogestion via une officine publique ou via un autre fournisseur et ce, jusqu'à la fin de la dernière période pour laquelle un forfait mensuel ou un forfait de connexion du groupe 3A est remboursable.

Ces principes généraux souffrent cependant les exceptions suivantes :

- Pour un patient dont le contrat de trajet de soins est entré en vigueur avant le 1^{er} janvier 2010, le forfait mensuel ou le forfait de connexion (3 mois) qui porte sur une période (*respectivement de maximum un mois et maximum trois mois*) ayant commencé avant le 1^{er} janvier 2010 est encore remboursable. Pour garantir la continuité des soins, l'assurance peut toutefois rembourser, à partir du 1^{er} décembre 2009, le matériel d'autogestion qu'un bénéficiaire obtient via une officine publique ou un autre fournisseur agréé.
- Pour un patient dont le contrat de trajet de soins n'est entré en vigueur qu'après le 1^{er} janvier 2010, le forfait mensuel ou le forfait de connexion (3 mois) qui porte sur une période (*respectivement de maximum un mois et maximum trois mois*) ayant déjà commencée à la date officielle d'entrée en vigueur du contrat de trajet de soins est encore remboursable. Pour garantir la continuité des soins, l'assurance peut dans ce cas rembourser, à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat de trajet de soins, le matériel d'autogestion qu'un bénéficiaire obtient via une officine publique ou un autre fournisseur agréé.

En vertu de l'arrêté royal du 21 janvier 2009, le contrat de trajet de soins entre en vigueur à la date à laquelle le médecin-conseil reçoit le contrat de trajet de soins signé par toutes les parties.

Les prestations d'éducation ne sont jamais remboursables tant que n'est pas achevée la période pour laquelle le forfait mensuel ou le forfait de connexion remboursable peut être facturé dans le cadre de la convention. **Il est recommandé que le médecin spécialiste signale au médecin généraliste – avec qui il conclut un contrat de trajet de soins pour un patient déterminé – que ce patient suit encore le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 3A, et que le médecin généraliste communique la date jusqu'à laquelle les prestations d'éducation ne sont pas remboursables.**

Si, pour un patient dont le contrat de trajet de soins entre en vigueur entre le 1^{er} septembre 2009 et le 1^{er} janvier 2010, **le programme de rééducation fonctionnelle du groupe 3A devait tout de même être arrêté avant le 1^{er} janvier 2010, le centre conventionné doit communiquer au médecin-conseil (de l'organisme assureur du patient) la date de fin de la dernière prestation** (forfait mensuel ou forfait de connexion de trois mois) qui a été réalisée dans le cadre du programme de rééducation fonctionnelle du groupe 3A pour ce patient ; sinon, l'organisme assureur continuera de supposer que pour ce patient l'éducation et le matériel d'autogestion sont réalisées aussi longtemps que possible par le centre conventionné et ne pourront pas lui être remboursé l'éducation de première ligne et le matériel d'autogestion obtenu par l'intermédiaire d'une officine publique ou d'un autre fournisseur agréé.

Cadre du personnel dont le centre conventionné doit disposer

Le nombre de forfaits relatifs au coaching général qu'un centre conventionné peut facturer a une influence sur les effectifs de l'équipe paramédicale (praticiens de l'art infirmier, diététiciens) dont un centre conventionné doit disposer. A cette fin, les dispositions de l'article 8 de la convention actuelle sont légèrement modifiées. Par 100 forfaits relatifs au coaching général, un centre conventionné doit disposer de 0,051 ETP cadre paramédical. Les autres dispositions de l'article 8 de l'actuelle convention restent toutefois applicables. Par conséquent, le cadre paramédical doit vraiment augmenter si, sur base du nombre total de patients pour lesquels l'établissement peut facturer soit le forfait pour les groupes 1A, 1B, 2, 3A ou 3B, soit le forfait relatif au coaching général, cela nécessite une extension de l'équipe paramédicale de minimum 0,5 ETP (cf. article 8 § 5 de la convention actuelle).

Patients ayant conclu un trajet de soins pour qui il est indiqué de passer au programme de rééducation fonctionnelle du groupe 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention

Un patient qui a conclu un contrat de trajet de soins peut à tout moment aussi être pris en charge dans les groupes 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention si cela est indiqué d'un point de vue médical. Compte tenu des engagements du contrat de trajet de soins, ce passage doit être fait en concertation avec le médecin généraliste du patient sans pourtant obtenir son accord formel sur ce passage. Dès que le patient commence le programme d'un des groupes précités, le forfait de rééducation fonctionnelle de ce groupe est remboursable pour ce patient (à condition que le médecin-conseil accepte la demande de prise en charge du programme d'autogestion pour ce groupe). Dans la période de 6 mois pour laquelle le forfait matériel est dû (*forfait matériel qui peut être porté en compte pour les patients hospitalisés qui commencent l'autogestion et qui ont l'intention de conclure un contrat de trajet de soins après leur hospitalisation*), un patient ne peut toutefois pas entrer en ligne de compte pour le programme d'autogestion des groupes 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention.

Le patient qui est pris en charge dans les groupes 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention ne peut, à partir de la date de début de cette prise en charge, plus entrer en ligne de compte pour la prise en charge des prestations d'éducation spécifiques pour les patients trajet de soins (dans ou en dehors du cadre de la convention) ni pour la prise en charge du matériel d'autogestion remboursable pour ces patients trajet de soins en dehors du cadre de la convention. Il est également recommandé que le médecin spécialiste qui a conclu le contrat de trajet de soins avec le patient et son médecin généraliste attire l'attention de ce médecin généraliste sur ce point.

Un patient trajet de soins qui passe au programme d'autogestion du groupe 1A, 1B, 2 ou 3B de la convention conserve – pendant la durée restante du contrat de trajet de soins – les avantages par rapport au ticket modérateur qui sont liés à ce contrat de trajet de soins et ce, aussi longtemps qu'il respecte les conditions y afférentes mentionnées dans l'arrêté royal du 21 janvier 2009.

Patients du groupe 3A qui ne concluent pas de contrat de trajet de soins

Les patients du groupe 3A qui ne concluent pas de contrat de trajet de soins continuent de bénéficier des modalités actuelles de la convention. Pour ces patients, le forfait de rééducation fonctionnelle du groupe 3A peut encore être facturé après le 1^{er} janvier 2010.

Nombre requis d'heures d'éducation

En vertu de la réglementation sur base de laquelle les patients trajet de soins entrent en ligne de compte pour le remboursement du matériel d'autogestion (en dehors du cadre de la convention), certains patients doivent suivre un nombre minimal d'heures d'éducation pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance pour le matériel d'autogestion. En effet, dans les situations suivantes, un nombre minimal d'heures d'éducation est obligatoire pour continuer de bénéficier du remboursement du matériel d'autogestion :

- nouveaux patients qui commencent une autogestion (et un traitement par insuline ou par incrétinomimétiques) : minimum 2,5 heures d'éducation ;
- patients qui passent de 1 à 2 injections d'insuline par jour : minimum 1 heure d'éducation ;
- patients ayant un contrôle métabolique insuffisant (HbA1c > 7,5 %) : minimum 1 heure d'éducation.

Chaque centre conventionné doit **organiser l'éducation** des patients qui ont conclu un trajet de soins et qui bénéficient dans l'établissement d'une éducation de départ (pour les nouveaux patients qui commencent l'autogestion) ou d'une éducation supplémentaire **de telle manière à ce que ces patients reçoivent assez d'heures d'éducation pour pouvoir prétendre au remboursement du matériel d'autogestion** en dehors du cadre de cette convention (cf. les minima précités en matière d'heures d'éducation).

Rapport au médecin généraliste au sujet de l'éducation

A l'issue de chaque programme d'éducation, un **rapport au sujet de l'éducation** doit être envoyé **au médecin généraliste**. Dans ce rapport, l'établissement est tenu de confirmer que l'éducation dispensée au patient satisfait aux conditions de remboursement du matériel d'autogestion en dehors du cadre de la convention.

En ce qui concerne la prestation d'éducation ambulatoire, le rapport doit être envoyé au médecin généraliste au plus tard à la fin de chaque période de 12 mois pour laquelle un forfait annuel peut être facturé. Si un patient doit suivre un nombre minimal d'heures d'éducation pour continuer à bénéficier du remboursement du matériel d'autogestion, il peut toutefois être nécessaire déjà après quelques mois d'éducation de faire parvenir un rapport au médecin généraliste de sorte qu'il puisse, sur la base de ce rapport, prescrire encore du matériel d'autogestion au patient.

En ce qui concerne les prestations d'éducation pour les patients hospitalisés, le rapport doit être envoyé au médecin généraliste après que l'hospitalisation soit terminée.

Prolongation de la durée de validité de l'intervention

L'actuelle convention d'autogestion expire le 31 décembre 2009. L'avenant n'adapte pas seulement la convention en certains points mais prolonge aussi sa durée de validité **jusqu'au 31 décembre 2012**.

* *
*

Ici s'achèvent les explications sur l'avenant. Nous espérons que ces explications et l'avenant contribueront à un démarrage aisé des trajets de soins et à une bonne qualité des soins diabétiques.

Nous vous demandons de nous retourner avant le 30 septembre 2009 les deux exemplaires de l'avenant, signés par les personnes habilitées à cet effet.

Nous vous prions, Madame, Monsieur, d'agréer nos meilleures salutations.

Geert Verscuren
Conseiller