

24 décembre 1963

Arrêté royal portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Ce texte relève d'une matière transférée à la Région wallonne suite à la Sixième Réforme de l'État. Cette version est fournie par la base de données JUSTEL dépendant du SPF Justice. Pour plus d'informations, veuillez vous référer à la rubrique « Présentation » sur la page d'accueil du site Wallex.

Consolidation officielle

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 152, §1^{er};

Vu l'arrêté royal du 4 novembre 1963 mettant en vigueur certaines dispositions de la loi du 9 août 1963 susvisée;

Vu la loi du 23 décembre 1946 portant création d'un Conseil d'Etat, et notamment son article 2, deuxième alinéa;

.....

Sur la proposition de Notre Ministre de la Prévoyance sociale,

.....

Chapitre I

Du droit aux prestations de santé des personnes à charge d'un titulaire étranger remplissant ses obligations de milice.

Art. 1.

Les personnes à charge d'un titulaire de nationalité étrangère remplissant ses obligations de milice, ont droit aux prestations de santé si le titulaire a accompli le stage prévu à l'article 66 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et a été assujéti jusqu'au quinzième jour au moins avant l'appel ou le rappel sous les armes à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à celui du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés.

La preuve que l'intéressé remplit ses obligations de milice doit être établie par une attestation émanant d'une autorité civile ou militaire précisant les dates du début et de la fin de ces obligations. Elle doit être fournie par l'intéressé à son organisme assureur dans les trois mois suivant la date d'appel ou de rappel sous les armes. L'attestation produite est conservée par l'organisme assureur dans le dossier du titulaire.

Chapitre II

Du droit aux prestations de santé des orphelins.

Art. 2.

Les orphelins visés à l'article 21, 13° de la loi du 9 août 1963 susvisée ont droit aux prestations de santé à la condition de remettre annuellement à leur organisme assureur une attestation émanant de la caisse ou du service qui leur sert les allocations familiales et établissant qu'ils bénéficient desdites allocations au titre d'orphelins.

Cette attestation doit être remise pour la première fois dans les trois mois qui suivent leur demande d'inscription et doit être renouvelée chaque année dans les trois mois qui suivent l'anniversaire de leur inscription.

En cas de non remise de ladite attestation dans les délais prévus ci-dessus les intéressés sont rayés de l'effectif de l'organisme assureur dès le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel expire le délai susvisé. Ils ne peuvent être réinscrits et les prestations de santé ne peuvent leur être accordées qu'après remise de l'attestation visée au premier alinéa.

Les attestations produits sont conservées par l'organisme assureur dans le dossier des intéressés.

Chapitre III

(Des cotisations à payer par certains pensionnés, veufs et veuves). (DIVERS 1986-02-24/31, art. 1, 035; ED : 06-08-1985)

Art. 3.

(DIVERS 27-11-1972) Le montant de la cotisation personnelle due par ((les pensionnés, les veufs et les veuves) visés à l'article 73 de la loi précitée,) est fixé, par trimestre civil, à (540) F ou à (360) F, selon que le titulaire a ou n'a pas de personnes à charge. (DIVERS 09-03-1981, art. 1) (DIVERS 22-03-1981, art. 1, §1) (DIVERS 1986-02-24/31, art. 2, 035; ED : 06-08-1985)

La cotisation trimestrielle peut être payée par fraction mensuelle respectivement de (180) F ou de (120) F. (DIVERS 22-06-1981, art. 1, §1)

Si la période pour laquelle une cotisation est due comporte moins de trois mois, la cotisation est réduite à une ou deux fractions mensuelles.

(Les montants prévus au présent article sont liés à l'indice-pivot 148,80 de l'indice des prix à la consommation. Ces montants sont adaptés au 1^{er} janvier de chaque année au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente.) (DIVERS 22-06-1981, art. 1, §2)

Art. 4.

(DIVERS 27-11-1972) Pour le pensionné visé à (l'article 73), de la loi du 9 août 1963 précitée, la cotisation personnelle est due dès le mois ou prend cours la pension. (DIVERS 22-06-1981, art. 2)

(Toutefois, si ce pensionné est bénéficiaire de la prépension spéciale instaurée en faveur des chômeurs et invalides âgés par les articles 101 à 108 et 161 de la loi du 22 décembre 1977 relative aux propositions budgétaires 1977-1978, la cotisation personnelle est due, au plus tôt, dès le mois ou il notifie à l'Office national des pensions pour travailleurs salariés qu'il opte définitivement pour la pension anticipée attribuée dans le cadre de la loi précitée.) (DIVERS 03-03-1980)

(Pour le veuf et la veuve visée à l'article 73, de la loi du 9 août 1963 précitée, la cotisation personnelle est due depuis le premier jour du mois suivant celui au cours duquel il ou elle est devenu veuf ou veuve.) (DIVERS 1986-02-24/31, art. 3, 035; ED : 06-08-1985)

La cotisation personnelle doit être payée au plus tard le dernier jour du deuxième trimestre suivant celui pour lequel elle est due.

Art. 5.

(DIVERS 27-11-1972) Si les personnes visées à l'article précédent omettent de payer ta cotisation personnelle dans les délais fixés, elles ne peuvent bénéficier du droit aux prestations de santé qu'à partir du jour ou elles ont payé une cotisation égale au montant des cotisations arriérées, limité toutefois à la somme de quatre cotisations trimestrielles.

Chapitre IV

Des cotisations à payer pour les ascendants.

Art. 6.

Les prestations de santé sont accordées pour l'ascendant, considéré comme personne à charge d'un titulaire dans les conditions prévues à l'article 165, §1^{er}, 5, de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant

exécution de la loi du 9 août 1963 susvisée, pour autant que le titulaire paie une cotisation mensuelle de (120) F par ascendant à sa charge. (DIVERS 22-06-1981, art. 2, §1)

Toutefois, lorsque deux conjoints sont repris comme ascendants à charge du même titulaire la cotisation mensuelle à payer par ce dernier pour ces deux personnes est réduite à (180) F. (DIVERS 22-06-1981, art. 2, §1)

Cette cotisation est due dès le mois qui suit celui au cours duquel l'inscription de l'ascendant comme faisant partie du ménage du titulaire a été faite.

Elle doit être payée au plus tard dans le courant du mois qui suit celui pour lequel elle est due.

Lorsque le paiement de la cotisation n'a pas été effectué dans le délai fixé à l'alinéa précédent, le ou les ascendants sont rayés de l'effectif de l'organisme assureur dès le premier jour du mois qui suit celui auquel se rapporte la dernière cotisation payée. Ils ne peuvent être réinscrits et les prestations de santé ne sont accordées pour eux qu'après versement de toutes les cotisations arriérées.

Lorsque le paiement de la cotisation n'a pas été effectué dans le délai fixé à l'alinéa précédent, le ou les ascendants sont rayés de l'effectif de l'organisme assureur dès le premier jour du mois qui suit celui auquel se rapporte la dernière cotisation payée. Ils ne peuvent être réinscrits et les prestations de santé ne sont accordées pour eux qu'après versement de toutes les cotisations arriérées.

Le montant de ces cotisations est cependant limité à une somme égale à six cotisations mensuelles lorsque le paiement s'effectue dans les douze mois qui suivent la date de la première inscription.

Après, les prestations de santé ne sont accordées pour l'ascendant qu'après paiement de six cotisations mensuelles, à partir du premier du mois au cours duquel la réinscription a été demandée.

(Les montants prévus au présent article sont liés à l'indice-pivot 148,80 de l'indice des prix à la consommation. Ces montants sont adaptés au 1^{er} janvier de chaque année au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente.) (DIVERS 22-06-1981, art. 2, §2)

Chapitre V

Des prestations de santé exigées ou couvertes par des tiers.

Art. 7.

Ne peuvent en aucun cas être remboursés par l'assurance maladie-invalidité, les frais afférents aux prestations qui sont exigées par les employeurs, par les organismes privés ou par les pouvoirs publics. (Sont notamment visées les prestations effectuées en vue de la délivrance d'attestations d'aptitude ou de certificats exigés par les clubs sportifs, fédérations ou autres organismes privés ou publics.) (DIVERS 1995-10-02/38, art. 1, 084; ED : 18-01-1996)

Il en est de même lorsque les frais afférents à ces prestations sont entièrement à charge des pouvoirs publics, d'un établissement public ou d'utilité publique.

Lorsque les frais afférents à ces prestations ne sont que partiellement à charge des pouvoirs publics, d'un établissement public, ou d'utilité publique, l'organisme assureur rembourse la différence à concurrence des tarifs de l'assurance.

(...). (L'alinéa 4 a été inséré par le Règlement du 01-08-1974 et annulé par l'arrêt du Conseil d'Etat du 26-03-1976)

Chapitre Vbis

(DIVERS 28-07-1975, art. 1) De l'interdiction de l'intervention de l'assurance pour certaines prestations de santé.

Art. 7 bis .

(DIVERS 1986-05-05/32, art. 1, 023) Ne peuvent faire l'objet de l'intervention de l'assurance-soins de santé les prestations techniques de diagnostic qui sont effectuées en réponse à une initiative de l'employeur s'adressant à l'ensemble ou à une partie du personnel de son entreprise ou de l'un de ses services.

Les organismes assureurs tiennent en suspens toute intervention pour des prestations qu'ils estiment relever de l'application de l'alinéa premier. Dans le même temps, ils saisissent de chaque cas le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité qui, après avoir instruit le cas, fait rapport au Comité de gestion dudit service.

Le Service des soins de santé peut également être saisi par toutes autres voies de situations pouvant relever de l'application de l'alinéa premier.

Le Comité de gestion du Service des soins de santé décide, dans chaque cas, si les prestations incriminées ont été dispensées dans les conditions visées à l'alinéa premier.

Art. 7 ter .

(DIVERS 17-09-1979) §1^{er}. Les prestations dispensées par un kinésithérapeute ou un praticien de l'art infirmier ne peuvent faire l'objet de l'intervention de l'assurance-soins de santé que lorsqu'elles sont mentionnées par ces dispensateurs de soins dans un livre personnel des prestations de soins.

§2. Pour les prestations dispensées soit par un kinésithérapeute à son cabinet privé, au domicile ou résidence communautaires, momentanés ou définitifs de personnes âgées ou handicapées, dans une polyclinique, une clinique, un hôpital ou tout autre établissement de soins, soit par un praticien de l'art infirmier au domicile ou résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou handicapés, dans un dispensaire ou une polyclinique ou des bénéficiaires sont traités ambulatoirement ou dans un service de consultation pour malades ambulants annexé à une clinique, à un hôpital ou tout autre établissement de soins, il doit être tenu en permanence dans chaque centre de traitement, par dispensateur de soins, un livre des prestations de soins qui doit être à la disposition du Service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I..

§3. Dans chaque livre des prestations de soins doivent être repris par demi-journée d'activité, les renseignements suivants :

1. la date à laquelle les prestations sont effectuées;
2. l'heure de début de la première prestation et de fin de la dernière prestation dispensées dans le centre de traitement;
3. l'identité des bénéficiaires;
4. (la nature des prestations dispensées sur la base des libellés, mentionnés dans la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité). (DIVERS 1985-04-22/35, art. 1, 017)

Après chaque demi-journée d'activité, ces renseignements doivent être suivis de la signature du dispensateur de soins.

Le livre des prestations de soins que le dispensateur de soins tient dans son cabinet privé ou, à défaut de cela, le livre des prestations de soins qu'il tient dans son plus important centre de traitement doit en outre renseigner les heures pendant lesquelles il exerce son activité dans un autre centre de traitement.

§4. Les prestations dispensées au domicile ou à la résidence personnels des bénéficiaires sont reprises au livre des prestations de soins qui est tenu au cabinet privé du dispensateur de soins ou dans le centre le plus important de traitement.

Le dispensateur de soins, qui dispense exclusivement des prestations au domicile ou à la résidence des bénéficiaires, tient le livre des prestations de soins à jour à son domicile.

(§5. Le livre des prestations de soins doit encore être conservé au moins cinq ans à compter de la date d'inscription de la dernière prestation y mentionnée.) (DIVERS 26-04-1982, art. 1)

Chapitre VI

Du refus des prestations de santé.

Art. 8.

Les prestations de santé prévues par la loi du 9 août 1963 susvisée sont refusées aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement de défense sociale ou placé dans un dépôt de mendicité.

(Ce refus ne vaut pas pour les prestations de santé délivrées au cours de la période pendant laquelle le bénéficiaire se trouve, à la suite d'une décision de l'autorité compétente, hors de la prison ou hors de l'établissement de défense sociale, en application de la mesure de semi-liberté ou de surveillance électronique dont les modalités sont fixées par le Ministre de la Justice.) (DIVERS 2002-07-08/35, art. 1, 121; ED : 01-09-2002)

Chapitre VII **(DIVERS 11-06-1979, art. 1) De l'hospitalisation.**

Art. 9.

(DIVERS 1999-04-26/39, art. 1, 103; ED : 11-06-1999) §1^{er}. Lorsqu'il n'est pas possible, de manière ambulatoire, de poser un diagnostic, d'appliquer une thérapeutique ou d'isoler effectivement un contagieux, le bénéficiaire peut être hospitalisé dans un service hospitalier agréé à cet effet par le Ministre compétent en la matière.

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. Le médecin qui effectue la surveillance du bénéficiaire hospitalisé, fait sortir celui-ci dès que les conditions d'hospitalisation prévues à l'alinéa premier ne sont plus remplies. Le médecin-conseil de l'organisme assureur peut cependant constater que les conditions d'hospitalisation prévues à l'alinéa 1^{er} ne sont plus remplies : dans ces cas, il est mis fin à l'intervention de l'assurance dans les frais d'hospitalisation.

Pour les bénéficiaires hospitalisés en vertu d'une mesure de protection (loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux), l'admission et l'hospitalisation sont considérées comme étant exigées.

La dénonciation ou la modification par l'organisme assureur d'un engagement de paiement notifié antérieurement ne peut jamais avoir un effet rétroactif. Une pareille dénonciation ou modification sortit ses effets au plus tôt le jour de sa réception par l'établissement hospitalier.

Toutefois, en ce qui concerne les établissements psychiatriques, en cas de notification avec effet rétroactif d'une modification du taux de l'intervention de l'assurance en fonction des critères d'intervention réglementaires, l'établissement procède, à la demande de l'organisme assureur, à la régularisation des montants à rectifier, pour autant qu'au moment où il reçoit la notification, le bénéficiaire soit toujours hospitalisé et que la période sur laquelle doit porter la régularisation ne dépasse pas six mois. Dans les autres cas, la régularisation à l'égard du bénéficiaire est faite par l'organisme assureur.

§2. 1. Lors de chaque hospitalisation d'un bénéficiaire, l'établissement hospitalier envoie à l'organisme assureur, dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de l'admission, une notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement établie en double exemplaire, conforme aux modèles figurant aux annexes 47, a et b. (Lors de sa transmission, l'établissement hospitalier en conserve un double, selon le modèle figurant en annexe 47c.) (DIVERS 2000-03-13/39, art. 1, 109; ED : 01-10-2000)

2. Dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de la réception de la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement, l'organisme assureur renvoie un exemplaire de ce document à l'établissement hospitalier en vue de notifier son accord sur la prise en charge ou il communique à l'établissement hospitalier son refus éventuel de délivrer l'engagement de paiement.

Les organismes assureurs sont habilités à communiquer leur décision quant à la prise en charge des frais découlant de l'hospitalisation d'un bénéficiaire, dans le délai fixé à l'alinéa premier du présent point 2, et ce, par le biais d'un document d'engagement de paiement ou de refus d'engagement de paiement qu'ils ont rédigé conformément aux modèles figurant aux (annexes 47, d et e). (DIVERS 2000-03-13/39, art. 1, 109; ED : 01-10-2000)

3. La notification de l'accord de prise en charge ou de refus est valable à partir du début de l'hospitalisation.

4. Pour autant que l'établissement hospitalier ait respecté les formes et délais fixés au §2.1 pour la transmission de la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement, l'engagement de paiement est considéré comme étant acquis si l'organisme assureur ne remplit pas la formalité visée au §2.2 dans le délai prévu.

5. Dans le cas d'une mesure de protection (loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux), l'établissement est tenu de joindre au document " notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement " une copie de l'avis par lequel il a été requis par le Juge de Paix ou, en cas d'urgence, le Procureur du Roi, de procéder à l'hospitalisation du bénéficiaire ou à tout le moins, de faire parvenir ce document à l'organisme assureur dans les huit jours suivant l'hospitalisation.

6. L'organisme assureur ne peut pas invoquer pour des raisons d'assurabilité, la nullité d'un engagement de paiement déjà notifié.

§3. Au cas où la durée de l'hospitalisation dépasse quinze jours civils, l'hôpital envoie, au plus tard le quinzième jour de l'hospitalisation, au médecin-conseil de l'organisme assureur une demande de prolongation d'hospitalisation en trois exemplaires conformes aux modèles figurant aux annexes 48, a, 48, b et 48, c. Cette disposition n'exclut pas que les organes de contrôle compétents puissent intervenir lors d'une hospitalisation d'une durée égale ou inférieure à quinze jours.

Le médecin-conseil notifie sa décision à l'hôpital dans les deux jours ouvrables qui suivent le jour de la réception de la demande de prolongation d'hospitalisation.

Chaque fois que la durée de l'hospitalisation dépasse la période fixée par le médecin-conseil, l'hôpital envoie au médecin-conseil, au plus tard le dernier jour de cette période, une nouvelle demande de prolongation d'hospitalisation.

L'hôpital joint un exemplaire de la demande de prolongation d'hospitalisation à la note d'hospitalisation qu'il envoie à l'organisme assureur. Au cas où ce document couvre également des notes d'hospitalisation ultérieures pour un même bénéficiaire, celles-ci rappellent la transmission de ce document en mentionnant la date et les références de la note d'hospitalisation à laquelle ce document était joint.

§4. Dans le cas d'une mesure de protection, lorsque le maintien de l'hospitalisation est jugé nécessaire après admission pour observation et a été décidé conformément aux dispositions de l'article 13 de la loi du 26 juin 1990 susmentionnée, l'hôpital envoie au médecin-conseil, au plus tard le quarantième jour de l'hospitalisation, une demande de prolongation d'hospitalisation comme le stipule l'alinéa premier du point 1 du §2. La prolongation de l'hospitalisation est accordée pour une période de 2 ans maximum : cette prolongation est notifiée dans les délais prévus au deuxième alinéa du point 1 du §2; elle peut toutefois être renouvelée pour de nouvelles périodes de deux ans.

§5. A la fin de chaque hospitalisation, l'hôpital envoie au médecin-conseil, dans les deux jours ouvrables qui suivent le dernier jour de l'hospitalisation, un avis de fin d'hospitalisation en deux exemplaires, conformes aux modèles figurant aux annexes 49, a et 49, b.

§6. En cas de retard répété dans l'envoi des documents prévus aux §§2, 3, 4 et 5, l'organisme assureur en avertit l'hôpital par lettre recommandée. Si dans les trente jours aucune mesure n'a été prise par l'hôpital en vue de garantir un envoi régulier des documents, l'organisme assureur peut refuser l'intervention de l'assurance maladie lors de chaque envoi tardif pour les frais d'hospitalisation qui correspondent aux jours de retard.

L'hôpital ne peut pas porter en compte au bénéficiaire les frais d'hospitalisation relatifs aux jours pour lesquels l'intervention est ainsi refusée.

§7. Pour l'application du présent article :

- le samedi n'est pas considéré comme jour ouvrable;
- les congés accordés dans le cadre de l'application des conventions nationales conclues entre les hôpitaux et les organismes assureurs, ainsi que les congés de fin de semaine sont censés ne pas interrompre l'hospitalisation;

(- les journées d'absence à visée thérapeutique accordées dans le cadre de l'application des conventions nationales susvisées dans les établissements et services psychiatriques sont également censées ne pas

interrompre l'hospitalisation. Les établissements et services psychiatriques sont toutefois tenus d'informer l'organisme assureur du bénéficiaire de la prise de congé.) (DIVERS 2000-06-19/34, art. 1, 111; ED : 01-04-2000)

§8. Le Service des Soins de santé peut accorder des dérogations en ce qui concerne les modèles prévus aux §§2, 3 et 5 pour autant que ces dérogations garantissent le texte de base dans l'ordre fixé, le format uniforme et la possibilité de reproduction directe.

§9. Sauf demande écrite contraire de la part de l'organisme assureur, les documents prévus aux §§2, 3 et 5 doivent être adressés directement au siège de la mutualité intéressée, à l'Office régional concerné ou au Centre médical régional de la Caisse des soins de santé de la S.N.C.B.

(§10. Par dérogation aux dispositions des §§2 à 9, la notification d'hospitalisation, l'engagement de paiement ou le refus d'engagement de paiement, la demande de prolongation d'hospitalisation, l'accord du médecin-conseil pour une prolongation d'hospitalisation et l'avis de fin d'hospitalisation peuvent être transmis entre les parties par voie électronique.

Cette transmission de données doit s'effectuer suivant les modalités définies par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Cette transmission de données n'est possible qu'à condition que les dispositions du protocole conclu le 19 avril 2001 entre les organisations représentatives des hôpitaux et les organismes assureurs, portant les conditions et les modalités selon lesquelles force probante peut être accordée jusqu'à preuve du contraire aux données qui sont enregistrées ou conservées au moyen d'un procédé électronique, photographique, optique ou de toute autre technique ou communiquées d'une autre manière que sur un support papier, ainsi que les conditions et les modalités selon lesquelles ces données sont reproduites sur papier ou sur tout autre support lisible, et ce en application de l'arrêté royal du 27 avril 1999 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, reproduites ou communiquées par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs, soient appliquées.) (DIVERS 2001-12-17/43, art. 1, 116; ED : 01-02-2002)

Chapitre VIIbis (DIVERS 08-11-1965) Des fournitures pharmaceutiques.

Art. 9 bis .

(DIVERS 08-11-1965) §1^{er}. (Abrogé). (DIVERS 18-04-1983, art. 1)

§2. (Abrogé). (DIVERS 18-04-1983, art. 1)

§3. (Abrogé). (DIVERS 1992-06-13/30, art. 1, 070; ED : 01-12-1992)

§4. (Abrogé). (DIVERS 19-07-1974)

§5. (Abrogé). (DIVERS 1989-05-22/31, art. 1, 049; ED : 01-07-1989)

§6. (Abrogé). (DIVERS 1991-05-07/40, art. 1, 064; ED : 01-01-1992)

§7. (Abrogé). (DIVERS 1991-05-07/40, art. 1, 064; ED : 01-01-1992)

(§8. Sur rapport motivé du médecin traitant, attaché à un service hospitalier équipé spécialement pour soigner des grands brûlés qui y sont hospitalisés, le médecin-conseil peut autoriser le remboursement forfaitaire de bains désinfectants, étant entendu que cette autorisation peut couvrir une période déterminée qui sera fonction de l'état du patient et de la nature et de la localisation des brûlures.

Ce forfait remboursable est de (25,95 EUR) par jour sauf s'il s'agit d'un patient présentant des brûlures isolées sur la moitié distale d'un des quatre membres : le forfait est dans ce cas de (10,41 EUR) par jour. (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

Les montants ainsi fixés couvrent le coût des désinfectants et antiseptiques utilisés.) (DIVERS 1986-03-17/31, art. 1, 020)

§9. (Abrogé). (DIVERS 1991-05-07/40, art. 1, 064; ED : 01-01-1992)

§10. (Le médecin-conseil peut, dans certaines conditions, autoriser le remboursement des poches destinées à la nutrition parentérale au domicile du patient, dont la prescription émane d'un praticien

travaillant en collaboration avec une équipe médicale hospitalière ayant une expérience incontestable en la matière.) (DIVERS 1987-12-14/33, art. 1, 036; ED : 09-01-1988)

A cette fin, le médecin traitant attaché à cet hôpital lui envoie une demande accompagnée d'un rapport médical complet justifiant la nutrition parentérale à domicile ainsi que la durée probable de celle-ci, et dont il appert que le patient est atteint d'une des affections suivantes :

(A. insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de :

1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) :

- résistantes aux médicaments et;
- ayant atteint des segments étendus de l'intestin;

2° résections intestinales étendues;

3° troubles graves de la motricité intestinale;

4° malabsorption intestinale très sévère consécutive à :

- entérite radique;
- atrophie totale villositaire (maladie coeliaque) ou affections équivalentes;
- lymphones intestinaux;
- pancréatite chronique dont il est démontré que la nutrition par voie orale ou par sonde entérale est impossible;

5° surinfection du tube digestif chez les patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise;

6° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise (Idiopathic Prolonged Diarrhea);

7° diarrhée chronique chez l'enfant après greffe de moelle ou d'organe;) (DIVERS 1996-05-13/46, art. 1, 087; ED : 01-06-1996)

B. la mise au repos intestinale pour motif thérapeutique pour des fistules, complication d'une des affections citées sous A;

(C. malnutrition protéo-calorique démontrée par :

- soit une diminution du poids corporel (poids sec après hémodialyse) égale à 10 % ou plus au cours des 12 derniers mois,

- soit un taux de pré-albumine inférieur à 0,3 g/l,

chez des patients hémodialysés pour lesquels il est démontré que la prescription de dialyse est adéquate par une des méthodes d'évaluation du Kt/V qui doit être au minimum égal à 0,9.) (DIVERS 1991-07-22/38, art. 1, 066; ED : 01-10-1991)

Cette autorisation, qui reste valable aussi longtemps que lesdites conditions sont remplies, ne peut concerner que des poches préparées dans l'officine hospitalière.

(Tous les coûts relatifs aux produits pharmaceutiques intervenant dans la composition desdites poches qui ne sont pas repris dans la nomenclature visée à l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, les coûts relatifs au matériel de préparation utilisé et à la préparation elle-même ainsi que les coûts relatifs au matériel nécessaire à l'administration à l'exclusion de la pompe et du pied à perfusion, sont remboursés forfaitairement par l'assurance soins de santé de sorte qu'aucun supplément ne peut être facturé au patient.

Par poche préparée, ce forfait est de (61,97 EUR) pour des patients âgés de plus de 18 ans et de (69,41 EUR) pour des patients de moins de 18 ans. (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

Les produits pharmaceutiques remboursables incorporés dans la solution sont remboursés séparément par l'assurance dans les conditions fixées à l'article 15, §2 de l'arrêté royal du 2 septembre 1980 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des fournitures pharmaceutiques, étant entendu que la quote-part du bénéficiaire s'élève à (0,62 EUR) par jour pendant toute la période couverte par l'autorisation accordée par le médecin-conseil, comme il est prévu à l'article 2-b) de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires

dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

Outre le numéro d'autorisation attribué par le médecin-conseil, la facture envoyée par l'établissement hospitalier à l'organisme assureur mentionnera les forfaits précités, la tarification de la quote-part due par l'assurance dans le coût des produits pharmaceutiques remboursables ainsi que la liste détaillée de tous les produits incorporés dans la poche.) (DIVERS 1996-05-13/46, art. 1, 087; ED : 01-06-1996)

§11. (Abrogé). (DIVERS 1991-05-07/40, art. 1, 064; ED : 01-01-1992)

§12. (Abrogé). (DIVERS 1991-05-07/40, art. 1, 064; ED : 01-01-1992)

§13. (Abrogé). (DIVERS 1991-05-07/40, art. 1, 064; ED : 01-01-1992)

§14. (Abrogé). (DIVERS 1991-05-07/40, art. 1, 064; ED : 01-01-1992)

§15. (Abrogé). (DIVERS 1991-05-07/40, art. 1, 064; ED : 01-01-1992)

§16. (Abrogé). (DIVERS 1991-05-07/40, art. 1, 064; ED : 01-01-1992)

Chapitre VIIter

(DIVERS 20-12-1966) Les attestations de soins et de fournitures.

Art. 9 ter .

§1^{er}. (VARIA 20-12-1971) (Les remboursements de l'assurance soins de santé sont accordés à la condition que soit remise à l'organisme assureur :

1° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur bleue conforme au modèle repris à l'annexe 35 lorsqu'il s'agit de (prestations effectuées pour leur propre compte par) les accoucheuses, les infirmières, gardes-malades, soigneuses et les kinésithérapeutes, (...). (DIVERS 1985-07-29/30, art. 1, 018)

(La notification du traitement de kinésithérapie se prolongeant au-delà de trois mois prévue à l'article 7, §5, de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24 de la loi du 9 août 1963 précitée doit être conforme au modèle repris à l'annexe 44.) (DIVERS 1985-04-22/35, art. 2, 017)

(Le certificat médical, prévu à l'article 8, §6, 4° de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 77.) (DIVERS 1997-05-05/41, art. 1, 089; ED : 01-06-1997)

(Le modèle 703ter, prévu à l'article 8, §7, 1° de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 79.) (DIVERS 1997-07-14/40, art. 1, 090; ED : 01-06-1997)

(Lorsque pour des prestations effectuées par des praticiens de l'art infirmier la mention de pseudo-codes est exigée, ces pseudo-codes doivent être mentionnés sur les supports magnétiques transmis aux organismes assureurs en cas d'application du système du tiers payant. En cas de paiement direct, ces pseudo-codes doivent être mentionnés sur un support papier conforme au modèle repris à l'annexe 36bis. Ce support papier doit accompagner l'attestation de soins donnés.) (DIVERS 2001-11-19/34, art. 1, 116; ED : 01-01-2002)

(Le formulaire de notification de la dispensation de soins palliatifs prévu à l'article 8, §7, 5° de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 90;) (DIVERS 2001-06-11/41, art. 1, 114; ED : 01-10-2001)

(Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 7, §14, de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'(annexe 92a pour les situations pathologiques décrites au §14, 5°, A et annexe 92b pour les situations pathologiques décrites au §14, 5°, B.) (DIVERS 2002-04-22/31, art. 1, 120; ED : 01-05-2002) (DIVERS 2002-11-04/34, art. 1, 124; ED : 01-01-2003)

2° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur verte conforme au modèle repris à l'annexe 36, lorsqu'il s'agit de (prestations effectuées pour compte d'autrui par) les accoucheuses, les infirmières, gardes-malades, soigneuses et les kinésithérapeutes (...). (DIVERS 1985-07-29/30, art. 1, 018)

(La notification du traitement de kinésithérapie se prolongeant au-delà de trois mois prévue à l'article 7, §5, de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24 de la loi du 9 août 1963 précitée doit être conforme au modèle repris à l'annexe 44.) (DIVERS 1985-04-22/35, art. 2, 017)

(Le certificat médical, prévu à l'article 8, §6, 4° de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 77.) (DIVERS 1997-05-05/41, art. 1, 089; ED : 01-06-1997)

(Le modèle 703ter, prévu à l'article 8, §7, 1° de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 79.) (DIVERS 1997-07-14/40, art. 1, 090; ED : 01-06-1997)

(Lorsque pour des prestations effectuées par des praticiens de l'art infirmier la mention de pseudo-codes est exigée, ces pseudo-codes doivent être mentionnés sur les supports magnétiques transmis aux organismes assureurs en cas d'application du système du tiers payant. En cas de paiement direct, ces pseudo-codes doivent être mentionnés sur un support papier conforme au modèle repris à l'annexe 36bis. Ce support papier doit accompagner l'attestation de soins donnés.) (DIVERS 2001-11-19/34, art. 1, 116; ED : 01-01-2002)

(Le formulaire de notification de la dispensation de soins palliatifs prévu à l'article 8, §7, 5° de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 90;) (DIVERS 2001-06-11/41, art. 1, 114; ED : 01-10-2001)

(Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 7, §14, de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 92a pour les situations pathologiques décrites au §14, 5°, A et annexe 92b pour les situations pathologiques décrites au §14, 5°, B.) (DIVERS 2002-04-22/31, art. 1, 120; ED : 01-05-2002) (DIVERS 2002-11-04/34, art. 1, 124; ED : 01-01-2003)

3° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur orange conforme au modèle repris à l'annexe 37 lorsqu'il s'agit de (prestations effectuées pour son propre compte par) un praticien de l'art dentaire (...); (DIVERS 1985-07-29/30, art. 1, 018)

4° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur verte conforme au modèle repris à l'annexe 38 lorsqu'il s'agit de (prestations fournies pour compte d'autrui par) un praticien de l'art dentaire (...); (DIVERS 1985-07-29/30, art. 1, 018)

5° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur blanche conforme au modèle repris sous l'annexe 39 lorsqu'il s'agit de (prestations effectuées pour son propre compte par) un médecin, ou par un pharmacien ou licencié en sciences agréé pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance soins de santé, (...); (DIVERS 1985-07-29/30, art. 1, 018)

6° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur verte conforme au modèle repris à l'annexe 40 lorsqu'il s'agit de (prestations effectuées pour compte d'autrui par) un médecin, ou par un pharmacien ou licencié en sciences agréé pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance soins de santé, (...); (DIVERS 1985-07-29/30, art. 1, 018)

7° une attestation de fourniture conforme au modèle repris à l'annexe 13 lorsqu'il s'agit de prestations fournies par (...) (...) (...) (...) les acousticiens. (DIVERS 1997-05-26/32, art. 1, 091; ED : 01-09-1997) (DIVERS 1997-12-01/38, art. 1, 095; ED : 01-04-1998) (DIVERS 1998-06-22/41, art. 1, 098; ED : 01-10-1998)

(Une attestation de fourniture, conforme au modèle, repris à l'annexe 13 YT, lorsqu'il s'agit des prestations fournies par les bandagistes et les orthopédistes.) (DIVERS 1998-06-22/41, art. 2, 098; ED : 01-10-1998)

(Une attestation de fournitures, conforme au modèle repris à l'annexe 13 IMP, lorsqu'il s'agit des prestations fournies par les fournisseurs d'implants.) (DIVERS 1997-09-22/31, art. 1, 093; ED : 21-10-1997)

(Une attestation de fourniture, conforme au modèle repris à l'annexe 13 Z, lorsqu'il s'agit des prestations fournies par les opticiens.) (DIVERS 1997-05-26/32, art. 2, 091; ED : 01-09-1997)

Pour les prestations relatives à la chaussure orthopédique, l'organisme assureur doit être en possession de la formule de demande de remboursement conforme au modèle repris à l'annexe 52.

Pour les prestations fournies par les acousticiens, l'attestation doit être accompagnée de la formule relative à la fourniture d'un appareil de correction auditive, conforme au modèle repris à l'annexe 9.

(Pour les vêtements compressifs et masques pour grands brûlés, l'organisme assureur doit être en possession de la formule de demande de remboursement conforme au modèle repris à l'annexe 71.) (DIVERS 1992-09-14/43, art. 1, 071; ED : 24-11-1992)

(Prescription médicale pour voiturettes d'invalides, tricycles orthopédiques et cadre de marche, conforme au modèle repris à l'annexe 75.) (DIVERS 1995-02-13/35, art. 1, 080; ED : 01-04-1995)

(Demande de remboursement d'une voiturette d'invalidé, d'un tricycle ou d'un cadre de marche, conforme au modèle repris à l'annexe 76.) (DIVERS 1995-02-13/35, art. 2, 080; ED : 01-04-1995)

(Demande de remboursement d'une prothèse myoélectrique, conforme au modèle repris à l'annexe 78;) (DIVERS 1997-07-14/65, art. 1, 097; ED : 01-08-1998)

(8° une note d'hospitalisation conforme à l'un des modèles repris aux annexes 59 ou 60. Lorsque la perception centrale est effectuée par l'établissement hospitalier, les honoraires de tous les médecins hospitaliers ou de certains d'entre eux ainsi que les montants des autres activités de l'établissement hospitalier devant être versés sur deux comptes séparés, la facturation doit être effectuée au moyen d'une note d'hospitalisation conforme à l'un des modèles repris aux annexes 59bis ou 60bis.) (DIVERS 1988-06-20/31, art. 1, 043; ED : 01-07-1988)

(Dans la rubrique " honoraires perçus pour le compte de l'établissement ou perçus pour le compte des dispensateurs ", prévue aux annexes 59 ou 60, ou dans la rubrique " honoraires à verser au compte A ou à verser au compte B ", prévue aux annexes 59bis ou 60bis et 66 ou 66bis, en exécution de l'arrêté royal du 18 décembre 1996 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, un montant de (12,39 EUR) doit être porté en déduction dans la colonne " A charge de l'O.A. " et ajouté dans la colonne " A charge du patient ".) (DIVERS 1998-11-16/39, art. 2, 102; ED : 01-01-1999) (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

(A partir du 1^{er} juillet 1986, la note d'hospitalisation devra être conforme à l'un des modèles repris aux annexes 59 ou 60.) (L'obligation de mentionner le numéro I.N.A.M.I. et le nom du prescripteur dans la rubrique des frais pharmaceutiques est suspendue.) (DIVERS 1985-12-09/30, art. 1, 019) (DIVERS 1986-11-03/31, art. 1, 031)

(Par dérogation aux dispositions des 1° à 7° du présent paragraphe, les prestations suivantes dispensées dans un établissement hospitalier, peuvent être mentionnées sur cette note d'hospitalisation :

a) les prestations dispensées à des bénéficiaires hospitalisés;

b) les prestations dispensées dans le cadre de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, visée à l'article 46 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

c) les prestations dispensées dans le cadre de la convention nationale entre les services et établissements psychiatriques et les organismes assureurs, visée à l'article 46 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

d) les prestations dispensées dans un établissement hospitalier à des bénéficiaires ambulatoires, qui sont portées en compte par l'établissement via un support magnétique et pour lesquelles le système du tiers-payant est appliqué.) (DIVERS 2001-12-17/43, art. 2, 116; ED : 01-02-2002)

(9° une attestation de soins donnés, imprimée sur papier bleu, conformément au modèle prévu en annexe 73, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées par des (diététiciens, logopèdes, orthoptistes et podologues) et lorsque les honoraires relatifs à ces prestations sont ou seront perçus par les dispensateurs pour leur propre compte; (DIVERS 2003-03-17/36, art. 1, 125; ED : 01-03-2003)

10° une attestation de soins donnés, imprimée sur papier vert, conformément au modèle prévu en annexe 74, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées par des (diététiciens, logopèdes, orthoptistes et podologues) et lorsque les honoraires relatifs à ces prestations ne sont ou ne seront pas perçus par les dispensateurs pour leur propre compte.) (DIVERS 1994-06-13/31, art. 1, 077; ED : 01-01-1995) (DIVERS 2003-03-17/36, art. 1, 125; ED : 01-03-2003)

(Par dérogation aux dispositions des 1°, 3° et 5° du présent paragraphe, les prestations effectuées pour propre compte peuvent être mentionnées sur une attestation globale de couleur blanche conforme au modèle repris à l'annexe 46, lorsque des moyens de bureautique sont utilisés pour établir des attestations.

Par dérogation aux dispositions des 2°, 4° et 6° du présent paragraphe, les prestations effectuées pour compte d'autrui peuvent être mentionnées sur une attestation globale de couleur verte conforme au modèle repris à l'annexe 51, lorsque des moyens de bureautique sont utilisés pour établir des attestations.) (DIVERS 1985-07-29/30, art. 1, 018)

Pour les prestations de kinésithérapie et de soins infirmiers effectuées en déplacement et attestées à l'aide des annexes 46 et 51 le remboursement des frais de déplacement par l'assurance est subordonné à la déclaration suivante : " J'atteste m'être déplacé au domicile du bénéficiaire pour y donner mes soins. Le bénéficiaire m'a déclaré se trouver, par suite de son état de santé, dans l'impossibilité de se déplacer ". Cette déclaration sera reproduite sur la dernière ligne de l'attestation globale.

Le cas échéant, pour les prestations de kinésithérapie, la déclaration suivante, dûment signée par le bénéficiaire, devra être reproduite sur l'attestation : " Bien que je sois en état de me déplacer, j'ai demandé au kinésithérapeute de me donner ses soins à mon domicile. Je sais que, dans ces conditions, je devrai prendre à ma charge le montant de ses frais de déplacement, sans intervention de l'assurance soins de santé ". Une vignette peut être apposée dans la case prévue à cet effet.) (Lorsque le système du tiers-payant n'est pas appliqué, la mention suivante doit figurer sur l'attestation globale ou sur la lettre qui l'accompagne : "Si vous transmettez cette attestation à votre mutuelle une partie du montant à votre charge vous sera remboursée".) (DIVERS 1984-11-19/32, art. 1, 007) (DIVERS 2001-12-17/43, art. 2, 116; ED : 01-02-2002)

(Le certificat médical, prévu à l'article 8, §6, 4° de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 77.) (DIVERS 1997-05-05/41, art. 1, 089; ED : 01-06-1997)

(Le modèle 703ter, prévu à l'article 8, §7, 1° de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 79.) (DIVERS 1997-07-14/40, art. 1, 090; ED : 01-06-1997)

(Pour les prestations de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé qui ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin, la prescription doit être jointe à l'attestation de soins donnés sauf lorsqu'il s'agit des prestations dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants auxquels cas la prescription doit être conservée dans le dossier infirmier pendant une période d'au moins cinq ans.) (DIVERS 1999-11-22/38, art. 2, 105; ED : 01-01-2000)

§2. Le praticien de l'art dentaire qui exerce en même temps en qualité de médecin, utilise :

a) selon le cas, l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 39 ou à l'annexe 40 ou à l'annexe 13 lorsqu'il effectue une prestation médicale;

(b) selon le cas, l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 37 ou à l'annexe 38 ou à l'annexe 11, lorsqu'il effectue des prestations d'art dentaire;) (DIVERS 20-12-1971, art. 1)

(c) une attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 39 ou à l'annexe 40 lorsqu'il effectue une radiographie dentaire et pour autant que cette prestation accompagne une consultation ou une prestation médicale.) (DIVERS 1992-04-13/32, art. 1, 069; ED : 12-06-1992)

§3. (Les médecins néerlandais, allemands, luxembourgeois et français, habitant dans la zone frontière et habilités à traiter des bénéficiaires en Belgique, utilisent pour la prescription de fournitures pharmaceutiques aux patients non hospitalisés, la prescription de médicaments dont le modèle est repris à l'annexe 17.

Le formulaire de prescription est imprimé sur papier blanc. Les dimensions sont de 10,5 cm de large et de 20 cm de long.

Ne peuvent en tout cas pas être portées en compte à l'assurance, les ordonnances imprimées ou reproduites de quelque manière que ce soit par des firmes même si celles-ci sont collées sur les documents de prescription.) (DIVERS 1994-11-14/31, art. 1, 079; ED : 01-02-1995)

§4. (Dans les cas où le pharmacien n'est pas tenu d'appliquer le système du tiers payant lors de la délivrance de prestations pharmaceutiques remboursables, il doit remettre au bénéficiaire le document " Paiement au comptant des prestations pharmaceutiques remboursables " dûment complété, daté et signé.

Ce document, imprimé sur papier blanc, est conforme au modèle repris à l'annexe 34.) (DIVERS 1997-01-27/31, art. 1, 088; ED : 01-02-1997)

(S'il y a plus d'un récipient prescrit sur une prescription de médicaments et pour autant que le prescripteur n'a pas mentionné sur la prescription que la délivrance ne peut être différée, le bénéficiaire peut formuler la demande auprès du pharmacien de différer la délivrance d'une certaine spécialité pharmaceutique ou d'une certaine préparation magistrale. Le pharmacien peut différer la dispensation effective de la

spécialité pharmaceutique ou de la préparation magistrale par la remise d'un formulaire de dispensation et de facturation différée, conforme au modèle annexé au présent arrêté.) (DIVERS 2002-11-04/32, art. 1, 123; ED : 26-11-2002)

(A cet effet, le pharmacien mentionne sur l'ordonnance originale la lettre "U" en marge, à côté du récépé pour lequel il a élaboré le formulaire.

Ce formulaire se réfère au récépé original non dispensé au moyen du numéro de suite unique de la prescription originale, reprend les mentions de la prescription originale et en endosse tous les droits et obligations qui en font partie intégrante dans le cadre du remboursement.

La durée de validité de ce formulaire correspond à la durée de validité de trois mois de la prescription originale en ce qui concerne le remboursement.) (DIVERS 2002-01-14/38, art. 1, 117; ED : 01-05-2002)

(Ce document est conforme au modèle repris à l'annexe 91.) (DIVERS 2002-11-04/32, art. 1, 123; ED : 26-11-2002)

(§5. Le numéro d'identification, d'inscription ou d'agrément I.N.A.M.I., visé au présent article et dans les annexes auxquelles celui-ci réfère, est le numéro d'identification établi pour chaque dispensateur selon des règles fixées par le Comité de gestion du Service des soins de santé.

§6. Le cachet prévu sur les modèles figurant aux annexes 11, 36, 38 ou 40 comporte de façon lisible au moins le numéro d'identification I.N.A.M.I., le nom et l'adresse du dispensateur.) (DIVERS 20-06-1977, art. 1, 006)

§7. (Pour toute prestation effectuée avant le 1^{er} janvier 1979, peuvent continuer à être utilisées les attestations de soins donnés ou de fourniture ainsi que les notes d'hospitalisation portant un numéro d'identification, d'inscription ou d'agrément autre que le numéro d'identification visé au §5 du présent article.

Pour toute prestation effectuée à partir du 1^{er} janvier 1979, le remboursement de l'assurance n'est accordé qu'à condition que l'attestation de soins donnés ou de fourniture ou la note d'hospitalisation délivrée porte le numéro d'identification du dispensateur, numéro d'identification visé au §5 du présent article.

Lorsque le numéro d'identification de plusieurs dispensateurs est mentionné, il y a lieu d'indiquer de façon précise quelles prestations ont été effectués par chacun des dispensateurs.) (DIVERS 1984-04-16/30, art. 1, 006)

(§8. L'intervention de l'assurance dans les honoraires spécifiques de médecins généralistes ou de médecins spécialistes n'est due qu'à partir du moment où le Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. est informé de l'agrément par le Ministre de la Santé publique des médecins concernés au titre de médecin généraliste ou de médecin spécialiste, et au plus tôt à partir du moment où cette agrément entre en vigueur. Le Service des soins de santé en informe sans délai les organismes assureurs.) (DIVERS 26-03-1979)

(Par dérogation à l'alinéa précédent, l'intervention de l'assurance dans les honoraires spécifiques des médecins agréés en vertu de l'arrêté ministériel du 21 janvier 1985 organisant un régime d'agrément provisoire de médecins spécialistes en médecine nucléaire, est due à partir de la date à laquelle leur agrément sort rétroactivement ses effets.) (DIVERS 1985-04-22/35, art. 3, 017)

(§9. Pour les prestations de kinésithérapie ambulatoires, pour les prestations de kinésithérapie effectuées en milieu hospitalier et attestées par le dispensateur lui-même et pour les prestations effectuées par les praticiens de l'art infirmier, dont le remboursement en vertu de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé est subordonné à la condition qu'elles aient été prescrites par un médecin, l'intervention de l'assurance ne peut être accordée que lorsque la formule de prescription comporte, outre les mentions requises par la nomenclature, le numéro d'identification I.N.A.M.I. du médecin prescripteur, et lorsque, sur l'attestation de soins donnés ou sur le document en tenant lieu, ce même numéro d'identification I.N.A.M.I. est clairement mentionné en regard des données d'identification déjà prévues du médecin prescripteur.) (DIVERS 1983-12-19/32, art. 1, 002)

(§9bis. Pour les prestations de kinésithérapie effectuées pour des bénéficiaires séjournant au domicile ou résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées, l'intervention de l'assurance ne peut être accordée que si sur l'attestation de soins donnés ou sur le document en tenant lieu figure le

numéro d'identification de l'institution agréée ou enregistrée auprès de l'INAMI. Ce numéro doit être indiqué en regard de la mention : " n° de l'établissement " ou " n° de l'établissement hospitalier ".) (DIVERS 1999-12-20/55, art. 1, 108; ED : 01-07-2000)

(§10. (Par sa signature au bas des attestations globales de soins reprises en annexes 46 et 51, le signature, qui doit être soit un médecin, soit un dispensateur de soins appartenant à la profession dont relèvent les prestations attestées, certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service du contrôle médical; ils porteront la signature du praticien susvisé.) (DIVERS 1994-01-24/36, art. 2, 075; ED : 27-04-1994)

Par sa signature au bas de la facture récapitulative qui fait partie de la note d'hospitalisation reprise aux annexes (59, 59bis, 60 ou 60bis), le médecin en chef responsable certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été prescrites ou effectuées, aux dates mentionnées, conformément aux règles de l'assurance, par les praticiens dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service du contrôle médical; ils porteront la signature du praticien susvisé. (AR 1988-06-20/31, art. 2, 043; ED : 01-07-1988)

Le procédé visé aux alinéas 1^{er} et 2 ne peut être utilisé qu'à la condition qu'il existe, entre le signataire et chaque praticien concerné, un mandat écrit aux termes duquel le praticien (mandant) donne au signataire (mandataire), qui accepte, le pouvoir de porter en compte à l'assurance maladie-invalidité, sous sa signature, les soins qu'il a effectués.

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations ou par les règles de la déontologie médicale, les documents dont question aux alinéas 1 et 2 doivent être conservés pendant une période d'au moins trois ans suivant la date de l'exécution de la prestation.) (DIVERS 1985-06-03/33, art. 2, 013)

(En ce qui concerne l'application du deuxième alinéa, est assimilé au document signé par le dispensateur de soins, le document électronique qui est établi et conservé conformément à un protocole décrit dans une convention conclue entre l'établissement hospitalier et le dispensateur de soins visé au deuxième alinéa.

Le protocole comporte une procédure qui veillera notamment à ce que le document puisse être attribué avec certitude au dispensateur de soins concerné et à ce que l'intégrité du contenu du document soit préservée.

Le protocole déterminera également de quelle manière le document électronique sera tenu à la disposition du service d'évaluation et de contrôle médicaux.

Les exigences minimales en rapport avec le contenu du protocole et ses modalités sont précisées par le service des soins de santé après avis du service d'évaluation et de contrôle médicaux.) (DIVERS 2003-07-28/31, art. 1, 126; ED : 11-08-2003)

(§11. Sur l'attestation de soins donnés ou sur l'attestation globale de soins donnés, les praticiens de l'art dentaire utiliseront la codification dentaire suivante : a) pour les dents définitives

Quart supérieur droit Quart supérieur gauche

18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28

48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

Quart inférieur droit Quart inférieur gauche

b) pour les dents lactéales

Quart supérieur droit Quart supérieur gauche

55, 54, 53, 52, 51 61, 62, 63, 64, 65

85, 84, 83, 82, 81 71, 72, 73, 74, 75

Quart inferieur droit Quart inferieur gauche

Les droites et gauches auxquelles la codification se réfère sont celles du patient.) (DIVERS 1984-11-19 /32, art. 2, 007)

(§12. L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ne peut être accordée qu'à la condition que la facturation soit associée à la délivrance des données de facturation par support magnétique, pour les prestations suivantes facturées dans le cadre du système du tiers payant :

1° les prestations dispensées à un bénéficiaire hospitalisé, dont l'hospitalisation donne lieu au paiement d'un (montant par admission et/ou montant par jour) et à un bénéficiaire dont le séjour dans un établissement hospitalier donne lieu au paiement d'un des montants prévus à l'article 4, §§3 à 7, de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs. (DIVERS 2002-07-08/39, art. 1, 122; ED : 01-07-2002)

Cette obligation ne joue cependant pas pour les prestations effectuées par un dispensateur de soins non attaché à l'hôpital ni pour celles exécutées par le médecin qui, au 31 décembre 1983, exerce depuis vingt ans au minimum dans un hôpital et qui, à cette date, perçoit lui-même ses honoraires pour autant qu'il soit autorisé à continuer à les percevoir lui-même, conformément aux dispositions de l'article 143, §2, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

2° les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de médecine nucléaire in vitro effectuées par les laboratoires agréés au sens des l'articles 63 et 65 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Les prestations dispensées à un bénéficiaire qui ne se trouve pas dans un établissement hospitalier et effectuées dans des laboratoires pour lesquels le montant annuel de l'intervention de l'assurance n'atteint pas (25 000 EUR), ne tombent pas sous l'application de cette disposition; (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

3° les prestations non visées sous 1° ou 2° dispensées dans un établissement hospitalier et pour lesquelles le système du tiers payant peut être appliqué en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, huitième alinéa de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (de même que les prestations pharmaceutiques, délivrées par l'officine ou le dépôt des médicaments de l'hôpital aux bénéficiaires qui ne se trouvent pas dans un établissement hospitalier, excepté les médicaments délivrés aux bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de soins psychiatriques). (DIVERS 1999-07-05/34, art. 1, 104; ED : 01-01-2000)

(4° les prestations dispensées par une maison de soins psychiatriques, visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11°, de la loi coordonnée précitée, de même que les prestations pharmaceutiques délivrées aux bénéficiaires qui résident dans une maison de soins psychiatriques.) (DIVERS 2001-12-17/43, art. 2, 116; ED : 01-02-2002)

Les modalités selon lesquelles doivent s'effectuer l'établissement et la délivrance des supports magnétiques, sont fixées par le Comité de l'assurance du Service des Soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Dans les cas où les dispensateurs de soins sont tenus, en vertu de l'article 37 de l'arrêté royal du 22 février 1998 portant des mesures d'exécution de la carte d'identité sociale, de faire usage de la carte d'identité sociale des bénéficiaires, la preuve de l'usage de la carte d'identité sociale doit faire partie de la délivrance des supports magnétiques, de la façon déterminée par les modalités susvisées, fixées par le Comité de l'assurance.) (DIVERS 1998-09-07/31, art. 1, 100; ED : 01-01-1999)

(§13. Pour les prestations auxquelles le paiement direct par les organismes assureurs au dispensateur de soins ou à l'établissement de soins n'est pas applicable, les remboursements de l'assurance soins de santé sont octroyés à la condition que l'attestation de soins donnés ou le document qui en tient lieu, à délivrer par les praticiens de l'art de guérir, les établissements hospitaliers et les auxiliaires paramédicaux soit remis au bénéficiaire dès que possible et au plus tard dans un délai de trois mois suivant la fin du mois au cours duquel les soins ont été donnés.) (DIVERS 1988-11-21/31, art. 1, 045; ED : 01-01-1989) (L'arrêt n° 39065 du Conseil d'Etat du 27 mars 1992 (M.B. 12-05-1992, p. 10720), IIIe Chambre, annule le

Règlement DIVERS 1988-11-21/31 en tant qu'il insère un paragraphe 13 dans l'article 9ter de l'AR 1963-12-24/02; AD : 01-01-1989)

(§14. Pour les prestations ou fournitures visées ci-dessous, l'intervention de l'assurance ne peut être octroyée qu'à la condition que la demande ou la prescription comporte toutes les données figurant au modèle repris sous l'annexe 58 :

- les soins donnés par des infirmières graduées et assimilées, des accoucheuses, des infirmières brevetées, des hospitalières et assimilées, qui ne sont remboursés que s'ils ont été prescrits par un médecin;
- les traitements relevant de la compétence des kinésithérapeutes;
- les prestations de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro et d'(anatomo-pathologie et de génétique); (DIVERS 1989-07-24/31, art. 1, 055; ED : 20-12-1989)
- les prestations de radiodiagnostic;
- les prestations ou fournitures considérées comme relevant de la compétence des bandagistes, des orthopédistes (ou des opticiens); (DIVERS 1985-07-15/33, art. 1, 016)
- les prestations effectuées par des logopèdes ou des orthoptistes;
- les appareils à parler pour personnes ayant subi une laryngectomie, les prothèses externes en cas de mutilation faciale, les prothèses capillaires, les lunettes télescopiques, le matériel pour le traitement à domicile de l'anémie de Cooley.) (DIVERS 1985-02-18/32, art. 1, 011)

(§15. Pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de médecine nucléaire in vitro, l'intervention de l'assurance n'est due qu'à partir du moment, mais également jusqu'au moment où le Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. est informé de l'agrément ou de la modification de l'agrément, par le Ministre de la Santé publique, du laboratoire dans lequel celles-ci sont exécutées et au plus tôt à partir du moment où cet agrément entre en vigueur, mais également jusqu'au moment où cette modification de l'agrément entre en vigueur.

Le Service des soins de santé en informe sans délai les organismes assureurs.) (DIVERS 1988-01-25/35, art. 1, 040; ED : 13-03-1988)

(§16. L'intervention de l'assurance maladie pour les prestations de l'article 32 de la nomenclature des prestations de santé est subordonnée à la condition qu'un numéro d'identification de laboratoire soit mentionné lors de l'attestation et de la facturation de ces prestations.

Si les prestations sont effectuées dans un laboratoire de biologie clinique agréé, il y a lieu d'utiliser le numéro d'agrément du laboratoire.

Si les prestations ne sont pas effectuées dans un laboratoire de biologie clinique agréé, il y a lieu d'utiliser le numéro d'identification attribué à cette fin par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.) (DIVERS 1989-10-02/30, art. 1, 052; ED : 01-10-1989)

Chapitre VII^{quater}

(DIVERS 20-12-1966) Des conditions de remboursement des lunettes et autres prothèses de l'oeil, des appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques et autres prothèses.

Art. 9^{quater} .

(Abrogé). (DIVERS 28-07-1975, art. 3)

Art. 9^{quinquies} .

(Abrogé). (DIVERS 28-07-1975, art. 3)

Art. 9^{sexies} .

(DIVERS 20-12-1966) (Seules donnent lieu à un remboursement les prothèses visées à l'article 31 de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24 de la loi du 9 août 1963 précitée, qui sont identifiables.) (DIVERS 1985-04-22/35, art. 4, 017)

A cet effet, tout appareil de correction auditive doit porter un numéro individuel d'identification reproduit sur le document de vente en possession du bénéficiaire, de même que sur la facture ou l'attestation de fourniture destinée à l'organisme assureur.

Tout changement de ce numéro d'identification pouvant résulter notamment d'une réparation ou de l'échange de l'appareil contre un autre du même modèle, doit être notifié par écrit au bénéficiaire.

Chapitre VIIquinquies

Du paiement des frais d'hospitalisation et des conditions de remboursement des prestations de santé données à des bénéficiaires hospitalisés. (DIVERS 1993-11-08/34, art. 1, 074; ED : 01-01-1994)

Art. 9 septies .

(DIVERS 20-02-1971, art. 3) La journée d'entretien en toutes autres prestations assimilées ainsi que les prestations de santé données à un malade hospitalisé, par un médecin, un pharmacien ou un licencié en sciences agréé pour effectuer des prestations de biologie clinique, un praticien de l'art dentaire, une accoucheuse ou un auxiliaire paramédical qui ne perçoit pas ou ne percevra pas les honoraires et prix relatifs à ces prestations pour son propre compte ne donne lieu à remboursement que si sur l'attestation de soins ou de fourniture ou la note d'hospitalisation visée à l'article 9ter est apposée la vignette de concordance imposé par le Ministre des Finances, par arrêté du 9 septembre 1971.

Art. 9 septies bis .

(DIVERS 13-12-1982, art. 1; dans le texte modificatif, ce numéro d'article a été nommé erronément art. 9quatridecimo, corrigé par DIVERS 26-09-1983, art. 1) §1^{er}. (En cas de facturation de prestations lors d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier, les documents suivants doivent être transmis au bénéficiaire :

- si l'établissement hospitalier établit la facturation, soit des journées d'entretien et de toutes autres prestations assimilées, soit de prestations effectuées au cours de l'hospitalisation, soit de ces deux types de prestations, un extrait de la note d'hospitalisation, dont le modèle est prévu à l'annexe 66, doit être adressé au bénéficiaire au plus tard deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis.

Des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications doivent également se faire au moyen de l'extrait susvisé de la note d'hospitalisation et ceci dans le délai de deux ans mentionné ci-dessus; elles se référeront, en tout état de cause, à la première facturation;

- si la facturation est établie par le conseil médical d'un établissement hospitalier, une note d'honoraires, dont le modèle est prévu à l'annexe 66bis, doit être adressée au bénéficiaire au plus tard deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis.

Cette note d'honoraires doit être jointe à l'extrait susmentionné de la note d'hospitalisation et ce, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution de l'article 141 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatif à la réclamation des montants dus pour les patients hospitalisés.

Des facturations complémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'expédition de la première facturation ou des rectifications doivent également se faire au moyen de la note d'honoraires susvisée et dans le délai de deux ans mentionné ci-dessus; dans ce cas, cette note ne doit pas être jointe à un extrait de la note d'hospitalisation; elles se référeront, en tout état de cause, à la première facturation;

- en cas de facturation de prestations que ni l'établissement hospitalier, ni le conseil médical de l'établissement n'ont portées en compte, un double de la note d'honoraires doit être transmis au bénéficiaire au plus tard deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les soins ont été fournis.

Par le terme " spécialités " visé dans les annexes 66 et 66bis, on entend celles qui sont prévues par l'article 10, §1^{er}, de l'annexe à l'arrêté du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.) (DIVERS 1993-11-08/34, art. 2, 074; ED : 01-01-1994)

§2. (Le montant à charge du patient n'est dû que si les documents destinés au bénéficiaire lui ont effectivement été adressés selon les modalités prévues au §1^{er}.) (DIVERS 1993-11-08/34, art. 3, 074; ED : 01-01-1994)

§3. (Abrogé). (DIVERS 1993-11-08/34, art. 4, 074; ED : 01-01-1994)

§4. (Abrogé). (DIVERS 1993-11-08/34, art. 4, 074; ED : 01-01-1994)

Art. 9 septies ter .

(DIVERS 1986-12-29/32, art. 4, 032) (§1^{er}. Les notes d'hospitalisation visées a l'article 9ter, §1^{er}, 8°, du présent arrêté sont établies par périodes de séjour clôturées. Toutefois, lorsque l'hospitalisation dure plus de trente jours, une note d'hospitalisation partielle est établie, qui est clôturée une fois par mois. Quel que soit le nombre de journées d'entretien :

a) une note d'hospitalisation partielle doit en tout cas être établie au 31 décembre de chaque année;

b) une note d'hospitalisation partielle peut exceptionnellement être établie chaque 31 mars, 30 juin et 30 septembre.) (DIVERS 1999-04-26/39, art. 2, 103; ED : 11-06-1999)

(c) une note d'hospitalisation partielle doit en tout cas être établie le 30 juin 2002.) (DIVERS 2002-07-08/39, art. 2, 122; ED : 30-06-2002)

§2. (Lorsqu'un service du Conseil médical opère une perception centrale pour tous les médecins hospitaliers ou pour certains d'entre eux, les attestations de soins donnés accompagnées d'un état récapitulatif des honoraires se rapportant à une période de séjour clôturée ou, si l'hospitalisation dure plus de trente jours, à une période mensuelle, sont jointes à la facturation de l'établissement hospitalier et doivent s'y référer. Ces facturations doivent être accompagnées d'un bordereau d'envoi unique conforme au modèle repris à l'annexe 61 et signé par les responsables respectifs; les supports de facturation de chacun des services de perception doivent être transmis à la fédération ou à l'office régional et classés suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier. Ce numéro d'admission doit être communiqué sans délai au Conseil médical par l'établissement hospitalier. Exceptionnellement et quel que soit le nombre de journées d'entretien, les attestations doivent être transmises, comme il est prévu ci-avant, pour une période clôturée au 31 décembre de chaque année.) (DIVERS 1988-06-20/31, art. 3, 043; ED : 01-07-1988)

§3. (Les supports magnétiques, si ceux-ci ont été rendus obligatoires, correspondant aux documents nécessaires à la facturation visés aux §§1 et 2, doivent également être transmis aux organismes assureurs une fois par mois. En cas d'application des dispositions du §2, le support magnétique du Conseil médical doit être joint à celui de l'établissement hospitalier et s'y référer. Ils doivent être transmis aux organismes assureurs, accompagnés d'un bordereau d'envoi unique et classés dans l'ordre croissant du numéro d'identification de la fédération ou de l'office régional et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier.) (DIVERS 1988-06-20/31, art. 4, 043; ED : 01-07-1988)

§4. Sans préjudice des règles applicables en la matière, les montants des notes d'hospitalisation et des états d'honoraires présentés aux organismes assureurs sont dus dès réception des supports magnétiques et des documents nécessaires à la facturation, sous réserve de rectifications ultérieures.

(§5. Pour autant que les documents nécessaires à la facturation et les supports magnétiques aient été introduits avant le vingtième jour du deuxième mois suivant celui de la clôture, comme le stipule le §1^{er} du présent article, le non-paiement dans le délai fixé à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, huitième alinéa, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, donne droit aux intérêts de retard visés dans ce même arrêté. Les intérêts de retard sont dus à partir du premier jour suivant le délai fixé à l'article 2 précité, sans mise en demeure.) (DIVERS 1999-04-26/39, art. 2, 103; ED : 11-06-1999)

§6. Sans préjudice des dispositions prévues au §5, les organismes assureurs doivent payer des avances avant l'expiration du délai prévu au §5, et ce à concurrence de 80 p.c. du montant des états de frais introduits.

Art. 9 septies quater .

(DIVERS 1986-12-29/32, art. 5, 032) Par dérogation aux dispositions de l'article 9septiester, les dispositions suivantes sont applicables aux établissements psychiatriques.

(§1^{er}. L'établissement psychiatrique est tenu d'introduire ses notes d'hospitalisation établies par trimestre civil, sous forme d'un envoi global au siège national de l'organisme assureur, sauf avis contraire de celui-ci, dans les deux mois qui suivent le trimestre auquel elles se rapportent.) (DIVERS 1999-04-26/39, art. 3, 103; ED : 11-06-1999)

§2. (Lorsqu'un service du Conseil médical opère une perception centrale pour tous les médecins hospitaliers ou pour certains d'entre eux, les attestations de soins données accompagnées d'un état récapitulatif des honoraires établi en double exemplaire et se rapportant à un trimestre civil sont jointes à la facturation de l'établissement hospitalier et doivent s'y référer. Ces facturations doivent être accompagnées d'un bordereau d'envoi unique conforme au modèle repris à l'annexe 61 et signé par les responsables respectifs; les supports de facturation de chacun des services de perception doivent être transmis au siège national de l'organisme assureur, sauf avis contraire de celui-ci, sous forme d'un envoi global, avant la fin du trimestre civil qui suit celui auquel ils se rapportent, classés dans l'ordre croissant du numéro d'identification de la fédération ou de l'office régional et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier. Ce numéro d'admission doit être communiqué sans délai au Conseil médical par l'établissement hospitalier. Exceptionnellement et quel que soit le nombre de journées d'entretien, les attestations doivent être transmises, comme il est prévu ci-avant, pour une période clôturée au 31 décembre de chaque année.) (DIVERS 1988-06-20/31, art. 5, 043; ED : 01-07-1988)

§3. (Les supports magnétiques, si ceux-ci ont été rendus obligatoires, correspondant aux documents nécessaires à la facturation visés aux §§1 et 2, doivent également être transmis aux organismes assureurs dans les délais visés aux mêmes paragraphes. En cas d'application des dispositions du §2, le support magnétique du Conseil médical doit être joint à celui de l'établissement hospitalier et s'y référer. Ils doivent être transmis aux organismes assureurs, accompagnés d'un bordereau d'envoi unique et classés dans l'ordre croissant du numéro d'identification de la fédération ou de l'office régional et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier.) (DIVERS 1988-06-20/31, art. 6, 043; ED : 01-07-1988)

§4. Sans préjudice des règles applicables en la matière, les montants des notes d'hospitalisation et des états d'honoraires présentés aux organismes assureurs sont dus dès réception des supports magnétiques et des documents nécessaires à la facturation, sous réserve de rectifications ultérieures.

(§5. Pour autant que les documents nécessaires à la facturation et les supports magnétiques aient été introduits avant le vingtième jour du deuxième mois suivant celui de clôture, comme le stipule le §1^{er} du présent article, le non-paiement dans le délai fixé à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, huitième alinéa, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, donne droit aux intérêts de retard visés dans ce même arrêté. Les intérêts de retard sont dus à partir du premier jour suivant le délai fixé à l'article 2 précité, sans mise en demeure.) (DIVERS 1999-04-26/39, art. 3, 103; ED : 11-06-1999)

Art. 9 septies quinquies .

(Inséré par DIVERS 1998-09-07/31, art. 2; ED : 01-01-1999) Pour les bénéficiaires hospitalisés dont l'hospitalisation donne lieu au paiement d'un (montant par admission et/ou montant par jour) et pour les bénéficiaires dont le séjour dans un établissement hospitalier donne lieu au paiement d'un des montants prévus à l'article 4, §§3 à 7, de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, l'établissement hospitalier est tenu, si pour les bénéficiaires précités un Service du Conseil médical procède à la perception centrale, comme prévu au §2, de transmettre au Conseil médical les données qui figurent sur la carte d'identité sociale du bénéficiaire concerné et dont il dispose à la suite de l'usage obligatoire de la carte d'identité sociale tel qu'il est prévu à l'article 37 de l'arrêté royal du

22 février 1998 portant des mesures d'exécution de la carte d'identité sociale. (DIVERS 2002-07-08/39, art. 3, 122; ED : 01-07-2002)

Art. 9 septies sexies .

(Inséré par DIVERS 1998-09-07/31, art. 3; ED : 01-01-1999) L'établissement hospitalier et les dispensateurs de soins ou représentants d'associations qui assurent la facturation et la perception pour des dispensateurs de soins qui délivrent des prestations autres que les fournitures pharmaceutiques, sont tenus de transmettre les données figurant sur la carte d'identité sociale et dont ils disposent par suite de l'utilisation obligatoire de ladite carte, comme cela est prescrit à l'article 37 de l'arrêté royal du 22 février 1998 portant des mesures d'exécution de la carte d'identité sociale, au Service chargé de tarifier les fournitures pharmaceutiques délivrées par l'officine ou le dépôt des médicaments de l'établissement hospitalier lorsque des fournitures pharmaceutiques sont délivrées au sein d'un établissement hospitalier, dans les cas où l'assuré séjourne dans l'établissement hospitalier sans que ce séjour donne lieu au paiement d'un prix de la journée d'entretien.

Chapitre VIIsexies

(DIVERS 23-03-1981, art. 1) Cas dans lesquels un montant égal au prix de la journée d'entretien à l'exclusion du service complémentaire prévu à l'article 12, §3 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux est dû.

Art. 9 octies .

(DIVERS 1986-07-07/30, art. 1, 026; en vigueur jusqu'au 31-12-1986) §1^{er}. Un montant égale à 75 p.c. du prix de la journée d'entretien fixé par le Ministre compétent, à l'exclusion des montants complémentaires ou de rattrapage prévus dans la lois du 23 décembre 1963 sur les hopitaux ainsi que du subside complémentaire prévu à l'article 12, §3 de la même loi, est dû, même si l'hospitalisation ne comprend pas une nuit, et quelle que soit la durée du séjour à la condition, soit qu'il ait été fait usage la salle d'opération ou de la salle de plâtre, soit que le malade ait effectivement séjourné dans un lit d'un service hospitalier à l'exclusion de salles de garde et d'examen et les locaux d'un service de consultation externe de l'établissement hospitalier dans les cas suivants :

1. intervention chirurgicale sanglante affectée d'une valeur relative égale ou supérieure à K 40 ou N 66;
2. prestation nécessitant une anesthésie générale;
3. tout état nécessitant soit une transfusion de sang ou de plasma, soit des soins urgents justifiant une admission en service hospitalier. Cette justification doit être donnée par l'établissement et approuvée à posteriori par le médecin-conseil;
4. perfusion intravasculaire;
5. dialyse rénale ou péritonéale.

§2. En cas d'utilisation de la salle de plâtre dans les mêmes conditions de durée de séjour que celles fixées au §1^{er} un montant forfaitaire de (22,71 euros, lié à l'indice-pivot 103,14 en vigueur le 1^{er} juin 1999 (base 1996 = 1000)), est dû dans le cas de pose de plâtre pour toute fracture ou luxation ou pour tout traitement orthopédique ou prise de moulage affectée d'une valeur relative égale ou supérieure à k 40 ou n 66. (DIVERS 2001-05-21/36, art. 2, 113; ED : 01-01-2002)

Chapitre VIIsepties

(Des conditions d'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires, pour traitement orthodontique et pour traitement préventif). (DIVERS 1988-12-19/30, art. 1, 046; ED : 01-01-1989)

Art. 9 nonies .

(DIVERS 1993-01-25/36, art. 1, 072; ED : 02-03-1993) (§1^{er}. L'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires partielles visées à l'article 5, A, I et II de la nomenclature des prestations de santé visée à

l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, à partir de l'âge de 50 ans, n'est due que sur présentation de l'attestation de soins donnés accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 41 du présent règlement.

Pour pouvoir donner lieu à l'intervention de l'assurance :

- les prothèses partielles de 1 à 11 dents doivent être réalisées en minimum cinq étapes au cours d'au moins quatre séances distinctes;
- les prothèses partielles de 12 et 13 dents doivent être réalisées en minimum six étapes au cours d'au moins cinq séances distinctes.

Les dates doivent être mentionnées sur le formulaire repris à l'annexe 41 précitée. Placement et contrôle ne peuvent pas être effectués le même jour.

§2. L'intervention de l'assurance pour les prothèses dentaires totales visées à l'article 5, B de la nomenclature des prestations de santé précitée, à partir de l'âge de 60 ans n'est due sur présentation de l'attestation de soins donnés accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 41 du présent règlement.

Pour pouvoir donner lieu à l'intervention de l'assurance, les prothèses totales doivent être réalisées en minimum six étapes au cours d'au moins cinq séances distinctes, dont les dates doivent être mentionnées sur le formulaire repris à l'annexe 41 précitée. Placement et contrôle ne peuvent pas être effectués le même jour.) (DIVERS 2001-12-17/41, art. 1, 118; ED : 01-01-2002)

§2bis. (En plus des exigences reprises aux §§1^{er} et 2, l'intervention de l'assurance est :

- pour les prothèses partielles de 1 à 13 dents, réalisées avant l'âge de 50 ans et les prothèses totales réalisées avant l'âge de 60 ans dans le cadre des dérogations reprises à l'article 6, §5, 2.2. de la nomenclature des prestations de santé précitée, soumise à l'accord préalable du médecin-conseil, au moyen du formulaire figurant à l'annexe 41bis du présent règlement. Dans ce cas, l'accord du médecin-conseil et la décision de l'organisme assureur sont communiqués au bénéficiaire dans les trente jours de la réception de la demande;
- pour les prothèses partielles de 1 à 13 dents, réalisées avant l'âge de 50 ans et les prothèses totales réalisées avant l'âge de 60 ans dans le cadre des dérogations reprises à l'article 6, §5, 2.3. de la nomenclature des prestations de santé précitée, soumise à l'accord préalable du Conseil technique dentaire, au moyen du formulaire figurant à l'annexe 41bis du présent règlement par l'intermédiaire du médecin-conseil qui juge si le dossier est complet.

Le formulaire de demande, suivant le cas, muni de l'accord du médecin-conseil et de la décision de l'organisme assureur ou de l'accord du Conseil technique dentaire, est joint à l'attestation de soins donnés délivrée au patient lors du placement de la prothèse.) (DIVERS 2002-03-25/31, art. 1, 119; ED : 01-06-2002)

(§2ter. L'intervention de l'assurance pour le renouvellement anticipé, en cas de modification anatomique importante, d'une prothèse amovible partielle ou amovible totale qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé et/ou le troisième remplacement de la base et remplacements suivants éventuels, en cas de modification anatomique importante, pendant la période de sept ans suivant la date de placement d'une prothèse amovible partielle ou amovible totale qui a donné lieu à l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, est soumise à l'accord préalable du Conseil technique dentaire.

Toutes les demandes doivent être adressées au Conseil technique dentaire, par la voie du médecin-conseil de l'organisme assureur, au moyen du formulaire complété et signé par le praticien et dont le modèle figure à l'annexe 41ter du présent règlement.

La demande relative à la prestation 308335-308346 doit être accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 41 du présent règlement.) (DIVERS 1998-04-27/38, art. 1, 096; ED : 01-08-1998)

(§3. L'intervention de l'assurance pour la prestation n°s 317295-317306 visée à l'article 14, 1, de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24 de la loi du 9 août 1963 précitée n'est due que si

la demande est adressée au Conseil technique dentaire, par la voie de l'organisme assureur, au moyen du formulaire figurant à l'annexe 72 du présent règlement.) (DIVERS 1994-02-21/34, art. 1, 076; ED : 01-04-1994)

Art. 9 decies .

(DIVERS 1988-12-19/30, art. 2, 046; ED : 01-01-1989) §1^{er}. (La demande d'intervention de l'assurance dans un traitement orthodontique visé à l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé susvisée est introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur au moyen de la formule prévue à l'annexe 42 /43 du présent règlement.

La demande d'intervention de l'assurance pour prolongation d'un traitement orthodontique visé à l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé susvisée est introduite, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire au moyen de la formule prévue à l'annexe 42/43bis du présent règlement.) (DIVERS 1996-04-01/36, art. 1, 086; ED : 01-08-1996)

§2. (Les prestations numéros 301556 et 301571, visées à l'article 5 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, qui sont mentionnées sous la rubrique " Traitements préventifs ", impliquent l'établissement, par le praticien, d'un document dénommé "Examen buccal : soins à envisager " mis à sa disposition par les services de l'Institut national d'Assurance maladie-invalidité et conforme au formulaire prévu à l'annexe 64 du présent règlement.

Ce formulaire doit être transmis au bénéficiaire.

La délivrance de ce document ne dispense pas le praticien de ses obligations concernant la délivrance des attestations de soins donnés.) (DIVERS 1996-09-09/42, art. 1, 094; ED : 01-03-1998)

Chapitre VIIoctavo (DIVERS 10-12-1979)

Art. 9 undecies .

(DIVERS 1992-03-16/32, art. 1, 073; ED : 01-01-1992) A. De l'intervention de l'assurance dans les frais pour hémodialyse et dialyse péritonéale à domicile.

§1^{er}. Cette forme de dialyse se pratique au domicile du patient. L'assurance intervient dans le financement de la dialyse à domicile à la condition qu'elle se pratique sous la responsabilité et sous la surveillance médicale d'un centre de dialyse agréé disposant d'un (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) agréé conformément à l'arrêté royal du (27 novembre 1996) fixant les normes auxquelles les centres de dialyse pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique doivent répondre pour être agréés comme service médical technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1 et 2, 112; ED : 01-07-2001)

§2. En outre, pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance pour la dialyse à domicile, le (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) doit satisfaire aux conditions suivantes : (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001)

le (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) prend à sa charge le supplément des frais supportés par le patient, occasionnés par la dialyse à domicile, à savoir la consommation accrue d'eau, d'électricité et de téléphone et ce, à concurrence d'un montant forfaitaire de (4,66 EUR) par hémodialyse ou de (3,45 EUR) par semaine de dialyse péritonéale, et à payer au patient. Le (Comité de l'assurance) peut adapter chaque année le montant forfaitaire; (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001) (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

aucun frais lié à la dialyse comme telle ne peut être porté en compte au patient, sauf des frais résultant d'un endommagement de l'équipement dû à une négligence;

le (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) tient une comptabilité séparée concernant toutes les recettes et dépenses relatives à la dialyse à domicile; cette comptabilité doit permettre de connaître séparément les rubriques de frais prévus au §3, a) à f) inclus; elle doit permettre également de ventiler les recettes selon qu'elles proviennent de l'intervention prévue au §1^{er}, ou selon qu'il s'agit

d'autres recettes. Ces données doivent être mises à la disposition du Comité de gestion visé sous le §3 à la demande de celui-ci. (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001)

§3. (L'intervention de l'assurance pour la dialyse est fixée à (217,82 EUR) par hémodialyse (numéro de code 761493), à (619,73 EUR) par semaine de traitement par dialyse péritonéale (numéro de code 761552), à (88,52 EUR) par journée de traitement par dialyse péritonéale en cas d'interruption du traitement au cours de la semaine (numéro de code 761574) et à (694,10 EUR) (28 000 BEF) par semaine (numéro de code 761530) pour la dialyse péritonéale à domicile avec transfusion continue de dialysat par le biais d'un système de pompe (CCPD), sur prescription du médecin-néphrologue du centre de dialyse. Ce dernier couvre tous les frais relatifs à la dialyse (y compris le dialysat et l'utilisation de la pompe). Si le traitement ne couvre pas une semaine complète, 1/7e du forfait hebdomadaire peut être attesté par jour de traitement.) (DIVERS 2001-05-21/37, art. 3, 112; ED : 01-07-2001) (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

(L'intervention de l'assurance pour l'hémodialyse à domicile avec l'assistance d'un praticien de l'art infirmier à domicile, sur prescription du médecin-néphrologue du centre d'hémodialyse de tutelle et après notification au médecin-conseil au moyen d'un rapport médical détaillé fourni par le néphrologue, est fixée à 264,43 EUR (10 667 BEF), et peut être portée en compte au maximum trois fois par semaine (numéro de code 761456).

Le montant de l'intervention de l'assurance couvre, en plus des frais susmentionnés, également les frais de déplacement et l'assistance du praticien de l'art infirmier à domicile.

L'intervention de l'assurance pour la dialyse péritonéale à domicile avec l'assistance d'un praticien de l'art infirmier à domicile, sur prescription du médecin-néphrologue du centre d'hémodialyse de tutelle et après notification au médecin-conseil au moyen d'un rapport médical détaillé fourni par le néphrologue, est de 793,26 EUR (32 000 BEF) par semaine (numéro de code 761471).

Le montant de l'intervention de l'assurance couvre, en plus des frais susmentionnés, également les frais de déplacement et l'assistance du praticien de l'art infirmier à domicile. Si le traitement ne couvre pas une semaine complète, 1/7e du forfait hebdomadaire peut être attesté par jour de traitement.) (DIVERS 2001-05-21/37, art. 3, 112; ED : 01-07-2001)

(Ces montants peuvent être adaptés chaque année par le Comité de l'assurance.) (DIVERS 2001-05-21/37, art. 3, 112; ED : 01-07-2001)

(Ces montants comportent tous les frais liés à la dialyse à domicile, à savoir :) (DIVERS 2001-05-21/37, art. 3, 112; ED : 01-07-2001)

a) amortissements :

amortissement de l'appareillage, muni des éléments de contrôle et des accessoires nécessaires;

amortissement des frais d'équipement relatifs à l'exécution des travaux d'adaptation indispensables à l'intérieur de la maison et aux amenées d'eau, d'électricité et de téléphone, de l'installation de l'unité de dialyse prête à fonctionner et de l'entretien, de la réparation ou de l'adaptation à l'évolution de la technique de cette dernière;

amortissement du matériel médical de réserve;

amortissement des locaux pour le personnel du centre;

amortissement du matériel roulant;

b) charges du personnel médical et paramédical (traitement, charges sociales, assureur-loi);

c) frais directs comme les charges financières (intérêts sur emprunts, sur ouvertures de crédit), les frais généraux (assurance, entretien, dépenses d'utilisation de voiture);

d) entretien, chauffage, électricité des locaux du centre;

e) frais d'administration;

f) produits de consommation, médicaments et accessoires nécessaires à la dialyse.

L'intervention de l'assurance dans la dialyse à domicile est payée directement par l'organisme assureur du bénéficiaire au (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) agréé et dont la dénomination

a été publiée par circulaire. A cet effet, le (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) introduit, sur un relevé mensuel, par patient, la facture auprès de l'organisme assureur du patient. Six hémodialyses au plus par quinzaine peuvent être portées en compte pour le même patient. En cas de dialyse péritonéale, une semaine de traitement compte un minimum de vingt échanges par patient. (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001)

B. De l'intervention de l'assurance dans les frais pour dialyse dans un service collectif d'autodialyse.

§1^{er}. Cette forme de dialyse se pratique dans un service où le patient, assisté d'un personnel paramédical, est responsable de la préparation de l'équipement de la dialyse, des manipulations de connexion et de déconnexion, de la surveillance de l'épuration.

L'assurance intervient dans le financement de l'autodialyse en service collectif à la condition que ce service agréé soit sous la surveillance des médecins du (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) agréé sur la base des dispositions de l'arrêté royal du 4 avril 1991 précité. (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001)

§2. En outre, pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance pour l'autodialyse en service collectif, le (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) doit satisfaire aux conditions suivantes : (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001)

- aucun des frais liés à la dialyse comme telle ne peut être porté en compte au patient;
- le (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) tient une comptabilité séparée des recettes et dépenses relatives au service collectif d'autodialyse; cette comptabilité doit permettre de connaître séparément les rubriques de frais prévus au §3, a) à f) inclus; elle doit permettre également de ventiler les recettes selon qu'elles proviennent de l'intervention prévue au §1^{er}, ou selon qu'il s'agit d'autres recettes. Ces données doivent être mises à la disposition du Comité de gestion susvisé, à la demande de celui-ci. (Note : le " Comité de gestion susvisé " est apparemment le " Comité de gestion du Service des soins de sante ", dont le règlement 2001-05-21/37, art. 1, a remplacé les mentions par " Comité de l'assurance ") (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001)

§3. L'intervention de l'assurance dans la dialyse est fixée à (222,34 EUR) par dialyse (code 761515). (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

Ce montant peut être adapté chaque année par le (Comite de l'assurance). (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001)

Ce montant comporte tous les frais liés à la dialyse et supportés tant par le service collectif d'autodialyse que par le (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique), tels que : (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001)

a) amortissements :

amortissement des charges concernant le bâtiment et son équipement permanent;

amortissement de l'équipement médical et des accessoires;

amortissement du matériel médical de réserve;

b) charges du personnel médical et paramédical (traitements, charges sociales, assureur-loi);

c) frais direct comme les charges financières (intérêts sur emprunts, sur ouvertures de crédit), les frais généraux (assurance, entretien, dépenses d'utilisation de voiture);

d) charges concernant les locaux du centre (loyer, entretien, chauffage, électricité);

e) frais d'administration;

f) produits de consommation, médicaments et accessoires nécessaires à la dialyse.

L'intervention de l'assurance pour l'autodialyse en service collectif est payée directement par l'organisme assureur du bénéficiaire au (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) agréé et dont la dénomination a été publiée par circulaire. A cet effet, le (centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique) introduit, sur un relevé mensuel, par patient, la facture auprès de l'organisme assureur du patient. Six dialyses au plus par quinzaine peuvent être portées en compte pour le même patient. (DIVERS 2001-05-21/37, art. 1, 112; ED : 01-07-2001)

C. §1^{er}. L'intervention de l'assurance dans le coût des prestations susvisées ne peut être accordée que lorsque l'attestation de soins donnés ou le document en tenant lieu mentionne en regard de la rubrique " Laboratoire ou appareillage agréé sous le n° ", le numéro d'identification attribué par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité au type de service agréé.

§2. Les interventions de l'assurance-soins de santé dans les frais de voyage visés à l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, sont octroyées à la condition qu'un document conforme au modèle repris en annexe 57 ou 57bis soit transmis à l'organisme assureur.

§3. L'organisme assureur qui octroie l'intervention en application de l'article 1^{er}, §3, de l'arrêté ministériel susvisé est tenu de transmettre, le cas échéant, dans les deux mois suivant la réception du document repris en annexe 57bis, une photocopie de celui-ci à l'organisme assureur auprès duquel les autres bénéficiaires sont inscrits ou affiliés.

Art. 9 undecies bis .

(Inséré par DIVERS 2003-02-10/36, art. 1; ED : 01-02-2003) De la participation à la consultation oncologique multidisciplinaire.

Toute consultation oncologique multidisciplinaire facturée, soit la prestation 350372 - 350383 visée à l'article 11, §1^{er}, 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, implique l'établissement d'un formulaire standardisé pour l'enregistrement uniformisé de l'affection oncologique.

Ce document dénommé " Formulaire d'enregistrement registre du cancer " est conforme au formulaire repris à l'annexe 93 du présent règlement.

Chapitre VII nonies

(DIVERS 28-02-1977) De l'avis de mise au travail en cours d'hospitalisation dans un service psychiatrique.

Art. 9 duodecies .

(DIVERS 28-02-1977) En cas de mise au travail en cours d'hospitalisation dans un service psychiatrique, l'établissement hospitalier doit en informer l'organisme assureur par une formule conforme au modèle repris sous l'annexe 45 du présent règlement.

Chapitre VII decies

(DIVERS 05-12-1977, art. 2) De l'intervention de l'assurance dans les traitements physiothérapiques et kinésithérapiques.

Art. 9 terdecies .

(DIVERS 03-05-1982, art. 1) Lorsque des prestations de kinésithérapie visées à l'article 7, §1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 16 novembre 1973 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et des prestations de physiothérapie visées à l'article 3, §1^{er}, ainsi que celles prévues sous les n°s 5701 à 5725 et 5727, aux articles 20, §1^{er}, g et 22 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 16 novembre 1973 ont été fournies le même jour à un même bénéficiaire par des médecins et des kinésithérapeutes, l'intervention de l'assurance ne peut dépasser, dans l'ensemble, la somme de (10,14 EUR); toutefois, pour les veuves, les orphelins, les pensionnés et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité respectivement visés aux articles 21, alinéa premier, 7° à 9° et 13°, et 50 de la loi du 9 août 1963 précitée, l'intervention de l'assurance ne peut dépasser, dans l'ensemble, la somme de (13,41 EUR). (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

Ces sommes sont portées respectivement à (12,64 EUR) et à (15,05 EUR) pour les bénéficiaires visés à l'article 7, deuxième et troisième alinéas de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. (DIVERS 2001-05-21/36, art. 1, 113; ED : 01-01-2002)

(...). (DIVERS 2001-05-21/36, art. 3, 113; ED : 01-01-2002)

((Les montants 10,14 EUR, 13,41 EUR, 12,64 EUR et 15,05 EUR en vigueur à partir de l'année 2001) sont adaptés annuellement à partir du 1^{er} janvier en multipliant les montants applicables au 31 décembre de l'année précédente par le plus grand des coefficients exprimant soit le rapport entre la valeur de la lettre-clé pour les prestations de kinésithérapie au 1^{er} janvier de l'année considérée et la valeur de cette lettre-clé au 1^{er} janvier de l'année précédente, soit le rapport analogue pour les prestations de physiothérapie.) (DIVERS 1984-02-27/33, art. 1, 005) (DIVERS 2001-05-21/36, art. 3, 113; ED : 01-01-2002)

Chapitre VIIundecies

(Des prestations visées à l'article 23, 12° et 13°, de la loi du 9 août 1963 susvisée et de l'intervention dans le coût de l'admission dans un service hospitalier V en reconversion progressive en maison de repos et de soins). (DIVERS 1990-07-23/30, art. 1, 060; ED : 01-07-1990)

Section 1

(Des prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994). (DIVERS 2000-01-10/36, art. 1; ED : 01-01-2000)

Art. 9 quaterdecies .

(DIVERS 2000-01-10/36, art. 2, 107; ED : 01-01-2000) §1^{er}. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 152, §3, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire (au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 53a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'une formule conforme aux annexes 53b ou 53c). (DIVERS 2001-07-23/33, art. 1, 115; ED : 01-04-2002)

§2. La notification d'admission dans l'institution, visée à l'article 152, §2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire (au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 53a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'une formule conforme aux annexes 53b ou 53c). (DIVERS 2001-07-23/33, art. 1, 115; ED : 01-04-2002)

§3. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière et la demande de révision de la décision du médecin-conseil, visées à l'article 153, §2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire (au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 53a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'une formule conforme aux annexes 53b ou 53c). (DIVERS 2001-07-23/33, art. 1, 115; ED : 01-04-2002)

§4. L'échelle d'évaluation et le rapport médical visés à l'article 152, §3, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, sont introduits par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 54.

§5. Le départ du bénéficiaire de l'institution, son décès ou son transfert, est notifié par l'institution à l'organisme assureur du bénéficiaire (au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 55). (DIVERS 2001-07-23/33, art. 1, 115; ED : 01-04-2002)

§6. En vue d'obtenir le paiement des allocations pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire, par trimestre civil, une note de frais conforme aux modèles repris à l'annexe 56.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à son organisme assureur.

§7. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est accordé que si, sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances.

Section 2

(De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les centres de soins de jour). (DIVERS 2000-01-10/36, art. 3; ED : 01-01-2000)

Art. 9 *quinquiesdecies* .

(DIVERS 2000-01-10/36, art. 4, 107; ED : 01-01-2000) §1^{er}. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153bis, §1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée susvisée, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire (au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 62a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'une formule conforme aux annexes 62b ou 62c). (DIVERS 2001-07-23/33, art. 2, 115; ED : 01-04-2002)

§2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153bis, §2, alinéa 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire (au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 62a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'une formule conforme aux annexes 62b ou 62c). (DIVERS 2001-07-23/33, art. 2, 115; ED : 01-04-2002)

§3. L'échelle d'évaluation visée à l'article 153bis, §1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'une formule conforme au modèle repris à l'annexe 54.

§4. En vue d'obtenir le paiement des allocations pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire, par trimestre civil, une note de frais conforme aux modèles repris à l'annexe 63). (DIVERS 2001-07-23/33, art. 2, 115; ED : 01-04-2002)

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à son organisme assureur.

§5. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est accordé que si, sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances.

Chapitre VII *duodécies*

(Inséré par REGL 1998-10-05/37, art. 1; ED : 01-01-1999) Des mesures relatives à l'EURO.

Art. 9 *sexiesdecies* .

(Inséré par REGL 1998-10-05/37, art. 1; ED : 01-01-1999) Jusqu'au 31 décembre 2001, la facturation et les interventions de l'assurance soins de santé dans le cadre de l'application du régime du tiers payant tel que défini par l'arrêté royal du 10 octobre 1986, sont exprimées en francs belges. Cependant, sur les documents relatifs à la facturation qui sont transmis au bénéficiaire, certains montants totaux seront mentionnés en EURO, pour information, conformément au modèle fixé en la matière.

Art. 9 *septiesdecies* .

(Inséré par REGL 1998-10-05/37, art. 1; ED : 01-01-1999) (§1^{er}.) Jusqu'au 31 décembre 2001, les montants qui doivent être remplis dans les documents repris dans les différentes annexes, sont libellés en francs belges à l'exception des documents sur lesquels la mention ou l'utilisation de l'EURO est prévue. (DIVERS 2001-05-21/36, art. 4, 113; ED : 01-01-2002)

§2. Toutes les facturations effectuées à partir du 1^{er} janvier 2002 seront exprimées en euro.

§3. Tous les documents comptables et statistiques à introduire par les organismes assureurs relatifs aux remboursements de prestations de santé attestées sur des documents réglementaires réceptionnés à partir du 1^{er} janvier 2002 sont exprimés en euro. S'il y a un support magnétique, c'est la date de réception du support magnétique qui détermine la période de comptabilisation.

§4. Les prestations qui ont été effectuées avant le 1^{er} janvier 2002 et qui sont facturées dans le cadre du régime du tiers payant après cette date devront l'être en euro. Le tarif de base est celui de la période correspondante exprimé en franc. Il appartient au dispensateur de soins de convertir en euro les montants facturés à l'organisme assureur et ceci jusqu'au niveau de détail par code ou pseudo-code de la nomenclature ou par code de produit pharmaceutique et produits y assimilés pour la tarification. Cette conversion reposera sur le tarif unitaire en franc.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il appartient aux organismes assureurs de convertir en euro les factures réceptionnées avant le 16 janvier 2002 et qui concernent des prestations effectuées avant le premier janvier 2002 et qui sont facturées en franc par le dispensateur de soins dans le cadre du régime du tiers payant. S'il y a un support magnétique, c'est la date de réception de celui-ci qui est déterminante.

§5. Lorsque dans le cadre du régime du tiers payant les données rejetées sont réintroduites par le dispensateur de soins avant le 1^{er} janvier 2002, la nouvelle tarification ou la nouvelle facturation s'effectue en franc, de même que la comptabilisation effectuée par les organismes assureurs.

Lorsque les données rejetées sont réintroduites, sur papier ou sur support magnétique, entre le 1^{er} janvier et le 15 janvier 2002, la nouvelle facturation peut encore s'effectuer par le dispensateur en franc. Cependant, la comptabilisation des organismes assureurs s'effectuera en euro dans les documents relatifs à 2002.

La réintroduction après le 15 janvier 2002 des données rejetées doit se faire en euro. La charge de conversion appartient aux dispensateurs de soins.

Si le support magnétique a été rejeté dans son ensemble mais que la facture-papier est inchangée et qu'ils ont été réceptionnés avant le 16 janvier 2002, le support magnétique peut être réintroduit en franc jusqu'au 31 janvier 2002. Après cette date, le support magnétique doit être réintroduit en euro mais la facture-papier peut rester en franc.

§6. Les tickets modérateurs qui sont mentionnés sur les documents dans le cadre du tiers payant doivent être libellés dans la même devise que celle utilisée pour les remboursements de l'assurance figurant sur la facture, même si le décompte par rapport au patient a été effectuée dans l'autre devise.

Les données que les organismes assureurs doivent communiquer à l'Institut concernant les tickets modérateurs suivent les mêmes règles que celles valables pour les dépenses comptabilisées pour les prestations de santé.

§7. Les montants relatifs aux récupérations ou aux régularisations sont fixés sur base des tarifs en vigueur durant l'année concernée. Ils sont convertis globalement par division par 40,3399. Ils sont comptabilisés sous des pseudo-codes nomenclature et codes comptables spécifiques.) (DIVERS 2001-05-21/36, art. 4, 113; ED : 01-01-2002)

Chapitre VIIterdecies

(Inséré par DIVERS 1998-11-16/39, art. 3, ED : 01-01-1999) Les prestations visées à l'article 34, 11°, en ce qui concerne les maisons de soins psychiatriques et à l'article 34, 18°, en ce qui concerne le placement dans des initiatives d'habitation protégée.

Section I

(Insérée par DIVERS 1998-11-16/39, art. 3, ED : 01-01-1999) L'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans une maison de soins psychiatriques.

Art. 9 octiesdecies .

(Inséré par DIVERS 1998-11-16/39, art. 3, ED : 01-01-1999) §1^{er}. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, visée à l'article 147, §3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi du 14 juillet 1994 précitée, est introduite par le bénéficiaire ou l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles figurant aux annexes 83a, 83b, 83c et 83d, établi en quatre exemplaires.

§2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière et la demande de révision de la décision du médecin-conseil visées à l'article 153, §1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles figurant aux annexes 83a, 83b, 83c et 83d, établi en quatre exemplaires.

§3. L'échelle d'évaluation et le rapport médical visés à l'article 152, §1^{er}, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité sont introduits par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme au modèle figurant à l'annexe 84.

§4. Le départ du bénéficiaire de l'institution, son décès ou son transfert sont notifiés par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'un formulaire établi en trois exemplaires, conforme aux modèles figurant aux annexes 85a, 85b et 85c.

§5. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution envoie à l'organisme assureur, par trimestre civil, une note de frais conforme aux modèles figurant à l'annexe 86.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur.

§6. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances.

Section II

(Insérée par DIVERS 1998-11-16/39, art. 3, ED : 01-01-1999) L'intervention dans le placement dans les initiatives d'habitation protégée.

Art. 9 noniesdecies .

(Inséré par DIVERS 1998-11-16/39, art. 3, ED : 01-01-1999) §1^{er}. La notification d'admission dans l'institution, visée à l'article 34, 18^o, de la loi du 14 juillet 1994 précitée, est introduite par le bénéficiaire ou par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles figurant aux annexes 80a, 80b et 80c, établi en trois exemplaires.

§2. Le départ du bénéficiaire de l'institution, son décès ou son transfert sont notifiés par l'institution à l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles figurant aux annexes 81a et 81b, établi en deux exemplaires.

§3. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, l'institution envoie à l'organisme assureur, par trimestre civil, une note de frais conforme aux modèles figurant à l'annexe 82.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire, est remis au bénéficiaire au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur.

§4. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par le Ministère des Finances.

Chapitre VII quaterdecies

(Inséré par DIVERS 2000-03-13/36, art. 1; ED : 01-06-2000) Des modalités et des délais de demande et de décision pour l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les " prix de la journée de prise en charge " en centre médico-pédiatrique.

Art. 9 vicies .

(Inséré par DIVERS 2000-03-13/36, art. 1; ED : 01-06-2000) Dans le présent chapitre, on entend :

- a) par " Collège ", le Collège des médecins-directeurs visé à l'article 23 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;
- b) par " Centre ", l'un des centres médico-pédiatriques visés à l'article 34, 9°, a), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales;
- c) par " notification de prise en charge ", le formulaire de notification de prise en charge et d'engagement de paiement, visé à l'article 9viciesbis, §1^{er}, du présent règlement;
- d) par " prix de la journée de prise en charge ", l'intervention de l'assurance soins de santé dans les frais de placement, visée à l'article 37, §11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 9 vicies bis .

(Inséré par DIVERS 2000-03-13/36, art. 1; ED : 01-06-2000) Pour toute nouvelle demande d'intervention de l'assurance dans les " prix de la journée de prise en charge " par un Centre :

1° le responsable administratif et le médecin du Centre envoient à l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, une notification de prise en charge et d'engagement de paiement, dans les trois jours ouvrables à compter du premier jour de la prise en charge du bénéficiaire par le Centre, le cachet de la poste faisant foi de la date d'envoi. Sous peine de n'être pas recevable, cette notification de prise en charge et d'engagement de paiement est établie en quatre exemplaires dûment complétés et conformes aux modèles repris aux annexes 87a, 87b, 87c et 87d;

2° le médecin du Centre envoie à l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit, par l'intermédiaire du médecin-conseil de cet organisme assureur et à l'attention du Collège des médecins-directeurs, un rapport médical circonstancié, démontrant que le bénéficiaire remplit les conditions de prise en charge par le Centre prévues par la convention entre ce dernier et le Comité de l'assurance. Ce rapport médical circonstancié doit être reçu par l'organisme assureur dans les vingt-et-un jours francs à dater du premier jour de la prise en charge. Sous peine de n'être pas recevable, il est établi conformément au modèle repris en annexe 88.

Art. 9 vicies ter .

(Inséré par DIVERS 2000-03-13/36, art. 1; ED : 01-06-2000) §1^{er}. Dans les cinq jours ouvrables à dater de leur réception par l'organisme assureur, celui-ci envoie trois des exemplaires de la notification de prise en charge au Collège.

§2. Dans les trois jours ouvrables à dater de leur réception par le Collège, celui-ci retourne à l'organisme assureur deux des exemplaires de la notification de prise en charge, portant mention de sa décision provisoire quant à l'intervention de l'assurance dans les " prix de la journée de prise en charge " pour le bénéficiaire concerné.

§3. Dans les cinq jours ouvrables à dater de leur réception par l'organisme assureur, celui-ci envoie au Centre un des exemplaires de la notification de prise en charge portant mention de la décision provisoire du Collège.

Art. 9 vicies quater .

(Inséré par DIVERS 2000-03-13/36, art. 1; ED : 01-06-2000) §1^{er}. Pour autant que le Centre ait respecté les modalités prévues à l'article 9viciesbis, 1^o, toute décision provisoire favorable est valable à partir du premier jour de la prise en charge et au plus tôt deux jours ouvrables avant la date d'envoi de la notification de prise en charge par le Centre à l'organisme assureur.

La décision provisoire favorable du Collège, pourvue de la mention par l'organisme assureur que l'intéressé a droit à l'intervention dans les frais relatifs à sa prise en charge dans le Centre, vaut engagement de paiement. Sans préjudice des dispositions visant l'accord définitif du Collège et sans préjudice des dispositions visant l'envoi d'un rapport médical circonstancié et à la sanction en cas d'envoi hors délai, cet engagement est valable pour la durée de la prise en charge.

§2. Toute décision provisoire défavorable fondée sur le seul examen de la notification de prise en charge doit être reçue par le Centre dans les vingt-deux jours francs à dater de l'envoi de la notification de prise en charge par le Centre à l'organisme assureur; elle prend effet dès le premier jour de la prise en charge.

Toute décision provisoire défavorable est motivée et notifiée par lettre recommandée.

§3. Pour autant que le Centre ait respecté les modalités prévues à l'article 9viciesbis, 1^o, s'il n'a pas reçu la décision provisoire dans les trente jours calendrier à compter de la date d'envoi de la notification de prise en charge, l'engagement de paiement est réputé acquis à partir du premier jour de la prise en charge et au plus tôt deux jours ouvrables avant la date d'envoi de la notification de prise en charge par le Centre à l'organisme assureur.

§4. L'organisme assureur ne peut invoquer, pour des raisons d'assurabilité, la nullité d'un engagement de paiement déjà notifié ou réputé acquis.

Art. 9 vicies quinquies .

(Inséré par DIVERS 2000-03-13/36, art. 1; ED : 01-06-2000) §1^{er}. Toute décision définitive du Collège est fondée sur l'examen du rapport médical circonstancié visé à l'article 9viciesbis, 2^o.

§2. Pour toute décision définitive d'accord, le Collège fixe la date de début et la date de fin de la période d'intervention de l'assurance dans les " prix de la journée de prise en charge ", la date de début correspondant à celle fixée par la décision provisoire.

§3. Toute décision définitive de refus fondée sur l'examen du rapport médical circonstancié prend effet, pour le bénéficiaire ambulancier, le jour qui suit sa réception par le Centre, et pour le bénéficiaire interne, sept jours francs après la date de sa réception par le Centre.

§4. Toute décision définitive du Collège est notifiée au Centre par l'organisme assureur.

Toute décision définitive de refus est motivée et notifiée par lettre recommandée.

§5. Si le rapport médical circonstancié n'est pas reçu par l'organisme assureur dans les délais fixés à l'article 9viciesbis, 2^o, l'engagement de paiement est d'office annulé à partir du vingt-deuxième jour franc à compter du premier jour de la prise en charge.

Art. 9 vicies sexter .

(Inséré par DIVERS 2000-03-13/36, art. 1; ED : 01-06-2000) §1^{er}. Sous peine de n'être pas recevable, toute demande de prolongation de la période d'intervention de l'assurance dans les " prix de la journée de prise en charge ", fixée par le Collège conformément à l'article 9viciesquinquies, §2, doit être établie par le médecin du Centre sous forme du rapport médical circonstancié visé à l'article 9viciesbis, 2^o, et envoyée au moins quinze jours francs avant la date de fin de cette période, à l'attention du Collège, à l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit.

§2. L'organisme assureur notifie la décision du Collège au Centre, au plus tard le jour qui précède la date de fin de la période d'intervention de l'assurance dans les " prix de la journée de prise en charge " initialement fixée. En cas de non respect de ce délai par l'organisme assureur, une prolongation provisoire est réputée acquise.

§3. Toute décision de refus de prolongation de la période d'intervention de l'assurance dans les " prix de la journée de prise en charge " prend effet, pour le bénéficiaire ambulancier, le jour qui suit sa réception par le Centre, et pour le bénéficiaire interne, sept jours francs après la date de sa réception par le Centre.

Toute décision de refus est motivée et notifiée par lettre recommandée.

§4. A défaut de demande de prolongation introduite dans le délai fixé au §1^{er}, la fin de la période d'intervention de l'assurance dans les " prix de la journée de prise en charge " est réputée atteinte à la date fixée par le Collège, sauf notification de la fin de la prise en charge, en deux exemplaires conformément aux modèles figurant aux annexes 89a et 89b, à l'organisme assureur dans les deux jours ouvrables qui suivent le jour où le bénéficiaire a quitté anticipativement le Centre.

Art. 9 viciis septer .

(Inséré par DIVERS 2000-03-13/36, art. 1; ED : 01-06-2000) §1^{er}. Pour l'application du présent règlement :

- le samedi et le dimanche ne sont pas considérés comme jours ouvrables;
- les jours de retour en famille, déterminés en respect de la convention conclue entre le Comité de l'assurance et le Centre, n'interrompent pas la période d'intervention de l'assurance dans les " prix de la journée de prise en charge ".

§2. En cas de non-respect répété des délais ou modalités imposés au Centre par le présent règlement pour toute introduction d'une demande d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les " prix de la journée de prise en charge ", le Président du Collège des médecins-directeurs peut avertir le Centre par lettre recommandée du fait que si, au cours des 12 mois qui suivent l'envoi de ladite lettre recommandée, plus de trois cas de non-respect se produisent, le Collège pourra proposer au Comité de l'assurance soins de santé la résiliation de la convention conclue avec le Centre.

Chapitre VIII Dispositions transitoires.

Art. 10.

La réglementation relative aux prestations de sante et les documents qui s'y rapportent, en vigueur au 31 décembre 1963 en vertu des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955, organique de l'assurance maladie-invalidité et concernant :

- a) les documents à utiliser par les praticiens de l'art de guérir et les auxiliaires paramédicaux;
- b) l'hospitalisation;
- c) les maladies mentales, la tuberculose, le cancer et la poliomyélite restent d'application jusqu'à leur modification, conformément aux dispositions de la loi du 9 août 1963 susvisée.

Art. 10 bis .

(Inséré par DIVERS 2003-07-28/30, art. 1; ED : 11-08-2003) 1. La facturation transmise par les établissements hospitaliers aux organismes assureurs avant le 1^{er} septembre 2003 et relative aux prestations de l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé, telle qu'en application avant le 1^{er} mai 2003, peut conserver sa conformité pour les prestations effectuées à partir du 1^{er} mai 2003.

2. Si l'établissement hospitalier décide quand même de refacturer ces prestations conformément a la nomenclature, en application au 1^{er} mai 2003, cette refacturation peut être introduite auprès des organismes assureurs du 1^{er} octobre au 30 novembre 2003;

3. Les établissements hospitaliers qui, au 31 août 2003, n'ont pas encore transmis aux organismes assureurs de données de facturation pour les prestations précitées, effectuées à partir du 1^{er} mai 2003, doivent les transmettre conformément à la nomenclature en vigueur au 1^{er} mai 2003.

Chapitre IX Entrée en vigueur.

Art. 11.

Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 1964.

Art. 12.

Notre Ministre de la Prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Annexes 1 à 8

Abrogées

[Annexe 9](#)

[Formule relative à la fourniture d'un appareil de correction auditive](#)

Annexes 10 à 11

Abrogées

Annexe 12

Attestation de soins donnés

(Formulaire non repris pour des raisons techniques. Voir M.B. 07-01-1967, p. 164). (DIVERS 1985-04-22 /35, art. 9, 017)

[Annexe 13](#)

Annexe 14

Abrogée

Annexe 15

Note d'hospitalisation

(Formulaire non repris pour des raisons techniques. Voir M.B. 07-01-1967, p. 170 et 172). (DIVERS 28-04-1967) (DIVERS 20-06-1977) (DIVERS 23-03-1981) (DIVERS 18-04-1983) (DIVERS 05-09-1983)

Annexe 16

Abrogée

Annexe 17

Prescriptions de médicaments

(Formulaire non repris pour des raisons techniques. Voir M.B. 07-01-1967, p. 186)

Annexes 18 à 33

Abrogées

[Annexe 34](#)

[Paiement au comptant des prestations pharmaceutiques remboursables](#)

[Annexe 35](#)

[Attestation de soins donnés](#)

[Annexe 36](#)

[Attestation de soins donnés](#)

[Annexe 37](#)

[Attestation de soins donnés](#)

[Annexe 38](#)

[Attestation de soins donnés](#)

[Annexe 39](#)

[Attestation de soins donnés](#)

[Annexe 40](#)

[Attestation de soins donnés](#)

[Annexe 41](#)

[Formulaire annexé à l'attestation de soins donnés pour prothèse\(s\) partielle\(s\) de 1 à 13 dents et pour prothèse\(s\) totale\(s\)](#)

[Annexe 41 bis](#)

[Demande d'intervention de l'assurance soins de santé](#)

[Annexe 41 ter](#)

[Demande d'intervention de l'assurance soins de santé](#)

[Annexe 42/43](#)

[Demande d'intervention de l'assurance soins de santé pour traitement orthodontique](#)

[Annexe 42/43 bis](#)

[Annexe à la demande de prolongation](#)

[Annexe 44](#)

[Formule de demande d'autorisation de traitement de kinésithérapie](#)

[Annexe 45](#)

[Avis de mise au travail en cours d'hospitalisation dans un service psychiatrique](#)

[Annexe 46](#)

Supprimée

[Annexes 47a à 47e](#)

a à c: Notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement

d: Engagement de paiement pour patient hospitalisé

e: Refus d'engagement de paiement pour patient hospitalisé

[Annexes 48a à 48c](#)

[Demande de prolongation d'hospitalisation](#)

[Annexes 49a à 49c](#)

[Avis de fin d'hospitalisation](#)

[Annexe 50](#)

Abrogée

[Annexe 51](#)

[Attestation globale de soins donnés](#)

[Annexe 52](#)

[Demande de remboursement de chaussures orthopédiques](#)

[Annexe 53a](#)

[Demande d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière](#)

[Annexe 53b](#)

[Notification d'octroi et engagement de paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière](#)

[Annexe 53c](#)

[Refus d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière](#)

[Annexe 53d](#)

Abrogée

[Annexe 54](#)

[Echelle d'évaluation et rapport médical justifiant la demande d'intervention dans une institution de soins](#)

[Annexe 55](#)

[Notification de fin d'hébergement](#)

Annexes 55b à 55c

Abrogées

[Annexe 56](#)

[Note de frais récapitulative](#)

[Annexe 57](#)

[Frais de voyage des bénéficiaires dialysés qui se rendent individuellement au centre de dialyse ou du bénéficiaire qui subit une dialyse à domicile et qui se rend individuellement à la consultation de contrôle dans un centre de contrôle](#)

[Annexe 57 bis](#)

[Frais de voyage des bénéficiaires dialysés qui se rendent ensemble dans un même véhicule au centre de dialyse ou des bénéficiaires qui subissent une dialyse à domicile et qui se rendent ensemble dans un même véhicule à la consultation de contrôle dans un centre de contrôle](#)

[Annexe 58](#)

[Formulaire de demande ou de prescriptions](#)

[Annexe 59](#)

[Note d'hospitalisation](#)

[Annexe 59 bis](#)

[Note d'hospitalisation](#)

[Annexe 60](#)

[Note d'hospitalisation](#)

[Annexe 60 bis](#)

[Note d'hospitalisation](#)

Annexes 61a à 61d

Abrogées

[Annexe 62a](#)

[Demande d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans un centre de soins de jour](#)

[Annexe 62b](#)

[Notification d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans un centre de soins de jour](#)

[Annexe 62c](#)

[Refus d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans un centre de soins de jour](#)

[Annexe 63](#)

[Note de frais récapitulative](#)

Annexes 63a à 63c

Abrogées

[Annexe 64](#)

[Examen buccal](#)

[Annexe 65](#)

Abrogée

[Annexe 66](#)
[Extrait de la note d'hospitalisation](#)
[Annexe 66 bis](#)
[Note d'honoraires](#)
[Annexes 67 à 70](#)

Abrogées

- [Annexe 71](#)
[Demande de remboursement de vêtements compressifs et masques pour grands brûlés : vêtements sur mesure, vêtements préfabriqués, matière thermoplastique transparente et applications en silicone](#)
[Annexe 72](#)
[Formulaire relatif au placement d'une prothèse](#)
[Annexe 73](#)
[Attestation de soins donnés](#)
[Annexe 74](#)
[Attestation de soins donnés](#)
[Annexe 75](#)
[Prescription médicale pour voitures d'invalides, tricycles orthopédiques, cadres de marche et appareils de station debout](#)
[Annexe 76](#)
[Demande de remboursement d'une voiture d'invalides, d'un tricycle ou d'un cadre de marche](#)
[Annexe 77](#)
[Nécessité de toilette pour personne désorientée dans le temps et dans l'espace](#)
[Annexe 78](#)
[Demande de remboursement d'une prothèse myoélectrique](#)
[Annexe 79](#)
[Soins infirmiers - Echelle d'évaluation](#)
[Annexe 80a](#)
[Notification d'hébergement de bénéficiaires dans des initiatives d'habitation protégée \(H.P.\) et engagement de paiement](#)
[Annexe 80b](#)
[Notification d'hébergement de bénéficiaires dans des initiatives d'habitation protégée \(H.P.\) et engagement de paiement](#)
[Annexe 80c](#)
[Notification d'hébergement de bénéficiaires dans des initiatives d'habitation protégée \(H.P.\) et engagement de paiement](#)
[Annexe 81a](#)
[Notification de fin d'hébergement dans des initiatives d'habitation protégée \(H.P.\)](#)
[Annexe 81b](#)
[Notification de fin d'hébergement dans des initiatives d'habitation protégée \(H.P.\)](#)
[Annexe 82](#)
[Note de frais récapitulative et note de frais individuelle. - Initiatives d'habitation protégée.](#)
[Annexe 83a](#)
[Demande d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière en maison de soins psychiatriques \(M.S.P.\)](#)
[Annexe 83a](#)
[Demande d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière en maison de soins psychiatriques \(M.S.P.\)](#)

[Annexe 83b](#)

[Demande d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière en maison de soins psychiatriques \(M.S.P.\)](#)

[Annexe 83c](#)

[Demande d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière en maison de soins psychiatriques \(M.S.P.\)](#)

[Annexe 83d](#)

[Demande d'octroi de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière en maison de soins psychiatriques \(M.S.P.\)](#)

[Annexe 84](#)

[Certificat médical justifiant la demande d'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière en cas de séjour dans une maison de soins psychiatriques \(M.S.P.\)](#)

[Annexe 85a](#)

[Notification de fin d'hébergement en maison de soins psychiatriques](#)

[Annexe 85b](#)

[Notification de fin d'hébergement en maison de soins psychiatriques](#)

[Annexe 85c](#)

[Notification de fin d'hébergement en maison de soins psychiatriques](#)

[Annexe 86](#)

[Note de frais récapitulative et note de frais individuelle. - Maisons de soins psychiatriques](#)

[Annexe 87a](#)

[Notification de prise en charge et d'engagement de paiement](#)

[Annexe 87b](#)

[Notification de prise en charge et d'engagement de paiement](#)

[Annexe 87c](#)

[Notification de prise en charge et d'engagement de paiement](#)

[Annexe 87d](#)

[Notification de prise en charge et d'engagement de paiement](#)

[Annexe 88](#)

[Rapport médical circonstancié](#)

[Annexe 89a](#)

[Notification de fin de prise en charge](#)

[Annexe 89b](#)

[Notification de fin de prise en charge](#)

[Annexe 91](#)

[Annexe 92](#)

Abrogée

[Annexe 92a](#)

[Notification du traitement d'une situation pathologique décrite à l'article 7, § 14, 5°, A, de la nomenclature des prestations de santé \(liste F\)](#)

[Annexe 92b](#)

[Notification du traitement d'une situation pathologique décrite à l'article 7, § 14, 5°, B, de la nomenclature des prestations de santé \(liste F\)](#)

[Annexe 97](#)

[Items qui doivent être évalués](#)

[Annexe 98](#)

[Items qui doivent être évalués](#)

[Annexe 99](#)

[Factures](#)

