REGLEMENT DU 28 JUILLET 2003 PORTANT EXECUTION DE L'ARTICLE 22, 11° DE LA LOI RELATIVE A L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES, COORDONNEE LE 14 JUILLET 1994 (°)

CHAPITRE I

GENERALITES

Article 1er. Dans le présent règlement, on entend par:

a) "Loi": la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

b) "Arrêté royal du 3 juillet 1996": l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

c) "Arrêté royal du 10 octobre 1986": l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

d) "Arrêté royal du 22 février 1998": l'arrêté royal du 22 février 1998 portant des mesures d'exécution de la carte d'identité sociale;

e) "Tiers-payant": le mode de paiement défini par l'article 1er de l'arrêté royal du 10 octobre 1986;

f) "Nomenclature": la nomenclature des prestations de santé reprise à 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;

g) "l'Institut": l'Institut National d'Assurance maladie-invalidité;

h) "Comité de l'assurance": le Comité de l'assurance soins de santé visé à l'article 21 de la loi.

[**I** – Règl. 4-10-10 – M.B. 14-10 – art. 1] (°°)

[**Art. 1erbis**. Sous réserve de la dérogation prévue à l'article 6, § 2bis, à partir du 1er janvier 2011, il y a lieu de mentionner dans toutes les annexes du présent règlement, lorsqu'il est fait référence à un compte financier, l'IBAN et le BIC de ce compte.]

(°) Règl. du 28-7-2003 - M.B. 29-8, d'application à partir du 1-9-2003. Ce règlement est cité dans le préambule de Arrêté du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 6-7-2018 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-2019
(°°) d'application à partir du 1-1-2011

CHAPITRE II
DES PRESTATIONS DE SANTE

Section I
Des prestations de santé exigées ou couvertes par des tiers

Art. 2. [**M** – Règl. 23-10-17 – M.B. 28-12 – art. 1] (°)

Ne peuvent en aucun cas être remboursés par l'assurance soins de santé, 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[, à l'exception des soins de santé aux internés qui, conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, sont placés dans un établissement de soins qui n'est pas un établissement au sens de l'article 3, 4°, a), b) et c) de cette loi].

(°) d'application à partir du 1-1-2018

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.

Section II

De l'interdiction de l'intervention de l'assurance pour certaines prestations de santé

Art. 3. 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 qui, après avoir instruit le cas, fait rapport au Comité de l'assurance.

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 l'assurance décide, dans chaque cas, si les prestations incriminées ont été dispensées dans les conditions visées à l'alinéa premier.

Section III

Des engagements de paiement

Art. 4. La dénonciation ou la modification par l'organisme assureur d'un engagement de paiement, prévu dans le cadre de ce règlement, notifié antérieurement ne peut jamais avoir d'effet rétroactif. Une pareille dénonciation ou modification sortit ses effets au plus tôt le jour de sa réception par l'institution.

Toutefois, en ce qui concerne les établissements psychiatriques, en cas de notification avec effet rétroactif par l'organisme assureur d'une modification du taux de l'intervention de l'assurance soins de santé 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.

Section IV

Du refus des prestations de santé

[**R** - Règl. 11-7-22 – M.B. 27-12 – éd. 2 – art. 1] (°)

Art. 5. [Les prestations de santé prévues par la loi sont refusées aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement comme prévu à l'article 3, 4°, a), b) ou c) de la loi du 5 mai 2014 relatif à l'internement.

Ce refus ne vaut pas pour les prestations de santé délivrées en dehors de la prison ou de l'établissement comme prévu à l'article 3, 4°, a) et b) de la loi précitée du 5 mai 2014 aux bénéficiaires qui y sont détenu ou interné.]

CHAPITRE III

DES ATTESTATIONS DE SOINS ET DE FOURNITURES

Art. 6. § 1er. Les remboursements de l'assurance soins de santé sont accordés à la condition que soit remise à l'organisme assureur:

1° [**M** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°°)

une attestation de soins imprimée […] conforme au modèle repris à l'annexe 1, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées […] par les accoucheuses, les praticiens de l'art infirmier et les kinésithérapeutes;

Le certificat médical prévu à l'article 8, § 6, 4° de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 2.

Le formulaire prévu à l'article 8, § 7, 1° de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 3.

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 ou électroniques transmis aux organismes assureurs en cas d'application 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 4. Ce support papier doit accompagner l'attestation de soins donnés.

(°) d'application à partir du 1-1-2023
(°°) d'application à partir du 1-7-2015

[M – Règl. 28-3-22 – M.B. 23-5 – éd. 1 – art. 1] (°)

Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 7, § 14, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 5a, pour les situations pathologiques décrites au § 14, 5°, A et annexe 5b, pour les situations pathologiques décrites au § 14, 5°, B. [Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 7, § 11, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 5c.]

Le formulaire de notification de la dispensation de soins palliatifs prévu à l'article 8, § 7, 5° de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 6.

[**I** – Règl. 23-5-11 – M.B. 12-4-12 – éd. 1 – art. 1] (°°)

[Le formulaire mentionnant la nécessité de prise en charge infirmière pour la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale tel que prévu à l'article 8, § 4bis, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 81.]

[**I** – Règl. 1-2-16 – M.B. 7-3 – éd. 1 – art. 1] (°°°)

[Le praticien de l'art infirmier doit mentionner un pseudocode permettant d'identifier le type de lieu où la prestation a été dispensée lors de la facturation des prestations réalisées dans certains lieux. La liste de ces lieux de prestation et des pseudocodes correspondants est reprise dans l'annexe 87. Lorsque le tiers-payant est appliqué, ces pseudocodes doivent être mentionnés dans les données de facturation transmises par un réseau électronique aux organismes assureurs. En cas de paiement direct et lorsque les attestations de soins conformes au modèle de l'annexe 1 sont utilisées, le pseudocode est mentionné sur l'attestation de soins, dans la colonne située à droite du numéro de nomenclature concerné. En cas d'utilisation d'attestation globale de soins donnés conforme au modèle de l'annexe 28, le pseudocode est mentionné sur l'attestation de soins dans la colonne située à droite de la colonne intitulée « Total ».]

[**I** - Règl. 30-5-22 – M.B. 18-11 – art. 1] (°°°°)

[Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 8, § 8, 12° de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 95]

[**I** - Règl. 3-10-22 – M.B. 18-11 – art. 1] (°°°°°)

[Pour l'attestation des soins de plaie(s) visés à l'article 8, § 8 de la nomenclature, l'annexe 96 reprend :

- Les conditions de formation de l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s) visé à l'article 8, § 8, 1° de la nomenclature.

- Les conditions auxquelles doit répondre le dossier infirmier de soins de plaie(s) prévu à l'article 8, § 8, 6° de la nomenclature.

- Les conditions auxquelles doivent répondre Les photos ajoutées au dossier infirmier prévues à l'article 8, § 8, 7° de la nomenclature.]

(°) d'application à partir du 1-7-2022
(°°) d'application à partir du 1-6-2012
(°°°) d'application à partir du 1-4-2016
(°°°°) d'application à partir du 1-12-2022
(°°°°°) d'application à partir du 1-12-2022

2° [***A**brogé par : Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1*] (°)

[**M** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°°)

3° une attestation de soins […] conforme au modèle repris à l'annexe 8, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées […] par un praticien de l'art dentaire;

4° [***A**brogé par : Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1*] (°°°)

[**M** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°°°°)

5° une attestation de soins […] conforme au modèle repris à l'annexe 10, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées […] 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;

[**I** – Règl. 18-7-22 – M.B. 27-10 – éd. 1 – art. 1 – Corrigendum – M.B. 22-2-23 – éd. 1] (°°°°°)

[Lors de la facturation des prestations chirurgicales, le médecin mentionne la latéralité (gauche ou droite) pour chaque membre et chaque organe pair. Les prestations chirurgicales concernées sont reprises dans la liste Excel "membre traité" qui fait partie des instructions pour la facturation électronique. Si l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 10 est utilisée, la latéralité (G ou D) est indiquée sur le certificat, dans la colonne à droite du numéro de nomenclature correspondant. Lorsque l'attestation globale de soins donnés conforme au modèle de l'annexe 28 est utilisée, la latéralité (G ou D) est mentionnée dans la colonne intitulée "CD L/A/S (2).]

6° [***A**brogé par : Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1*] (°°°°°°)

(°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°°°) d'application à partir du 1-12-2022. Corrigendum uniquement en FR
(°°°°°°) d'application à partir du 1-7-2015

- **[R** – Règl. 28-10-24 – M.B. 18-4 – art. 1 – Erratum M.B. 19-5**]** (°)

- 7° **[**- une attestation de fourniture conforme au modèle repris à l'annexe 12, lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les audiciens ;

- - une attestation de fourniture, conforme au modèle, repris à l'annexe 13, lorsqu'il s'agit des prestations fournies par les technologues orthopédiques, à l'exception des prestations relatives au matériel de stomie ;

- - une attestation de fourniture conforme au modèle, repris à l'annexe 13ter lorsqu'il s'agit des prestations relatives au matériel de stomie (à l'exception des prestations d'irrigation) fournies par les technologues orthopédiques ;

- - une attestation de fourniture conforme au modèle repris à l'annexe 15, lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les opticiens ;

- - une prescription médicale pour les prestations des opticiens, conforme au modèle repris à l'annexe 15bis (verres de lunettes), 15ter (lentilles de contact), 15quater (prothèses oculaires) ou 15quinquies (dispositifs de basse vision) ;

- - un formulaire de demande de remboursement conforme au modèle repris à l'annexe 16 pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques ;

- - une prescription médicale relative à la fourniture d'un appareillage de correction auditive, conforme au modèle repris à l'annexe 17, doit accompagner l'attestation pour les prestations fournies par les audiciens ;

- - un questionnaire standardisé COSI relatif à la fourniture d'un appareil de correction auditive, conforme au modèle repris à l'annexe 17bis;

- - une prescription médicale conforme au modèle repris à l'annexe 18A, pour les vêtements compressifs ;

- - un formulaire de notification conforme au modèle repris à l'annexe 18B, pour les vêtements compressifs ;

- - une demande de remboursement d'une prothèse myoélectrique, conforme au modèle repris à l'annexe 21;

- - le formulaire prévu à l'article 28/1, A.4., de la nomenclature, conforme au modèle repris à l'annexe 21bis;

- - l'attestation d'évaluation et la prescription médicale pour un genou mécatronique, conforme au modèle repris l'annexe 21ter;

- - le formulaire d'auto-reporting pour un genou mécatronique avant et après la batterie de tests, conforme au modèle repris à l'annexe 21quater;

- - une prescription médicale pour orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure, conforme au modèle repris à l'annexe 92;

(°) d'application à partir du 1-7-2025. En ce qui concerne l'entrée en vigueur du présent règlement, la disposition transitoire suivante est d'application :
Les annexes rédigées, en tout ou en partie, avant l'entrée en vigueur du présent règlement (date de signature faisant foi) restent valables jusqu'à la fin de la procédure de demande

- - un rapport de motivation pour une orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure, conforme au modèle repris à l'annexe 92bis ;

- - une prescription médicale conforme au modèle repris à l'annexe 93 pour le matériel pour stomie ;

- - une prescription médicale conforme au modèle repris à l'annexe 94A pour bas élastiques thérapeutiques pour la jambe et conforme au modèle repris à l'annexe 94B pour gaines de bras et gants élastiques thérapeutiques;]

8° une note d'hospitalisation conforme à l'un des modèles repris aux annexes 22 ou 23. 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 doivent 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 24 ou 25.

[**M** – Règl. 16-2-04 – M.B. 16-3] (°)

Dans la rubrique "honoraires perçus pour le compte de l'établissement ou perçus pour le compte des dispensateurs", prévue aux annexes 22 ou 23, ou dans la rubrique "honoraires à verser au compte A ou à verser au compte B", prévue aux annexes 24 ou 25 et 37 ou 38, en exécution 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, un montant de 16,40 EUR doit être porté en déduction dans la colonne "A charge de l'O.A." et ajouté dans la colonne "A charge du bénéficiaire".

[**M** - Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd. 1] (°°)

[**...**] L'obligation de mentionner le numéro INAMI et le nom du prescripteur dans la rubrique des frais pharmaceutiques est suspendue.

(°) d'application à partir du 1-1-2004
(°°) d'application à partir du 17-5-2004

[**I** - Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd. 1; **R** – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 1; **M** – Règl. 29-11-10 – M.B. 9-12 – éd. 2 – art. 1] (°)

[Par dérogation aux dispositions des premier et deuxième alinéas et à condition qu'il soit satisfait aux exigences de qualité fixées par le Comité de l'assurance, la facture individuelle relative aux prestations effectuées à partir du 1er janvier 2009 et dont le modèle est prévu aux annexes 22, 23, 24 et 25 peut être transmise à l'organisme assureur via un support électronique. Dans ce cas, la facture récapitulative prévue aux annexes 22, 23, 24 et 25, établie par l'organisme assureur ou la mutualité ou l'Office régional ou le Centre médical régional, et signée par le responsable de l'établissement, le médecin-chef de l'établissement ainsi que le pharmacien-chef de service n'est plus envoyée à l'organisme assureur, mais est conservée pendant [sept ans] à l'hôpital. Les documents ainsi que le bordereau récapitulatif qui doit y être joint aux termes de la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé, doivent continuer d'être transmis manuellement à la mutualité.]

[**I** - Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd. 1] (°°)

Cette transmission de données électronique doit s'effectuer suivant les modalités définies par le Comité de l'assurance.

[**I** - Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd. 1] (°°°)

Cette transmission de données électronique n'est possible qu'à la condition que soient appliquées les dispositions du protocole conclu le 19 avril 2001 entre les organisations représentatives des établissements hospitaliers 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 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.

(°) d'application à partir du 1-11-2011
(°°) Cet alinéa peut être appliqué pour la première fois à la facturation concernant les prestations du mois d'avril 2004.
(°°°) Cet alinéa peut être appliqué pour la première fois à la facturation concernant les prestations du mois d'avril 2004.

Par dérogation aux dispositions des 1° à 7°; du présent paragraphe, les prestations suivantes dispensées à un bénéficiaire 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;

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

d) les prestations dispensées dans un établissement hospitalier à des bénéficiaires ambulatoires, qui sont portées en compte par l'établissement via un support magnétique ou électronique et pour lesquelles le tiers-payant est appliqué;

[**I** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 1] (°)

[8° bis une note d'honoraires conforme au modèle en annexe 83 lorsque la perception des honoraires médicaux est effectuée par un service organisé à cette fin par le conseil médical.

En exécution 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, un montant de 16,40 euros doit être porté en déduction dans la colonne "A charge de l'O.A." et ajouté dans la colonne "A charge du bénéficiaire".

Par dérogation aux dispositions des premier et deuxième alinéas et à condition qu'il soit satisfait aux exigences de qualité fixées par le Comité de l'assurance, la note d'honoraires peut être transmise à l'organisme assureur via un support électronique.

Cette transmission de données électronique doit s'effectuer suivant les modalités définies par le Comité de l'assurance.

Cette transmission de données électronique n'est possible qu'à la condition que soient appliquées les dispositions du protocole conclu le 9 novembre 2012 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 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.

(°) d'application à partir du 1-7-2013

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

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;

c) les prestations dispensées dans un établissement hospitalier à des bénéficiaires ambulatoires, qui sont portées en compte par l'établissement via un support magnétique ou électronique et pour lesquelles le tiers-payant est appliqué.]

[**R** – Règl. 23-5-11 – M.B. 1-6 – éd. 2 – art. 1; **M** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°)

9° une attestation de soins donnés, […], conformément au modèle prévu à l'annexe 26, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées par des diététiciens, logopèdes, orthoptistes, podologues et ergothérapeutes […]. Lorsqu'il s'agit de prestations effectuées par des ergothérapeutes, les données demandées dans ce modèle d'attestation et relatives à l'accord du médecin-conseil ne doivent pas être remplies.

[**R** – Règl. 23-5-11 – M.B. 1-6 – éd. 2 – art. 2] (°°)

10° [***A**brogé par : Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1*] (°°°)

[**I** – Règl. 23-12-22 – M.B. 15-3 – éd. 2 – art. 1] (°°°°)

[11° le volet « INAMI » du formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 26/2, lorsqu'il s'agit de prestations effectuées par un neuropsychologue conformément aux dispositions de la convention post-COVID-19 pour une approche de soins adaptée.

Le formulaire visé à l'alinéa 1er comporte la partie « document justificatif » destinée au patient.]

[**I** - Règl. 22-12-08 - M.B. 13-2-09 - éd. 2 - art. 1; **R** – Règl. 27-6-11 – M.B. 23-3-12 – éd. 2 – art. 1] (°°°°°)

§ 1erbis. [**M** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 1] (°°°°°°)

A condition qu'il soit satisfait aux exigences de qualité fixées par le Comité de l'assurance, les documents obligatoirement transmis sur support magnétique par des dispensateurs individuels [ou par un service organisé à cette fin par un conseil médical] peuvent être transmis à l'organisme assureur via un réseau électronique, et ce pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 2009. Les documents ainsi que le bordereau récapitulatif qui doit y être joint selon termes du règlement en matière d'assurance obligatoire soins de santé, doivent continuer d'être transmis manuellement à la mutualité. Cette transmission par un réseau électronique doit s'effectuer suivant les modalités définies par le Comité de l'assurance.

En dérogation du premier alinéa, les données de facturation relatives à des prestations de santé mentionnées dans l'article 8 de la nomenclature, transmises par les praticiens de l'art infirmier dans le cadre du système tiers-payant, doivent à partir du 1er juillet 2012 être transmises à l'organisme assureur via un réseau électronique, et ce pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 2009.

[I – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 1] (°°°°°°°)

[Par dérogation au premier alinéa et pour les prestations de santé mentionnées dans l'article 8 de la nomenclature, à partir du 1er juillet 2015 le bordereau récapitulatif mentionné au 1er alinéa ne doit plus être transmis manuellement à la mutualité lorsque dans le cadre du système tiers-payant les données de facturation sont transmises par le praticien de l'art infirmier à l'organisme assureur via un réseau électronique.]

(°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°) d'application à partir du 25-12-2010
(°°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°°) d'application à partir du 1-12-2022
(°°°°°) d'application à partir du 1-7-2012
(°°°°°°) d'application à partir du 1-7-2013
(°°°°°°°) d'application à partir du 1-7-2015

§ 2. [**M** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°)

[Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1er, 1°, 3°, 5° et 9° , les prestations effectuées pour compte d'autrui peuvent être mentionnées sur une attestation globale] conforme au modèle repris à l'annexe 28, lorsque des moyens de bureautique sont utilisés pour établir des attestations. Lorsque le 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".

[***A**brogé par : Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1 (avant alinéa 2)*] (°°)

[***A**brogé par : Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1 (avant alinéa 3)*] (°°°)

[**R** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 2] (°°°°)

[Pour les prestations de l'article 8 de la nomenclature 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 bénéficiaires lourdement dépendants et/ou

- lorsque l'obligation de fournir l'attestation de soins donnés à l'organisme assureur n'est pas d'application.]

[**I** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 2] (°°°°°)

Dans ces cas la prescription doit être conservée dans le dossier infirmier pendant une période d'au moins cinq ans.]

[**I** – Règl. 4-10-10 – M.B. 14-10 – art. 2] (°°°°°°)

[**§ 2bis.** A partir du 1er janvier 2011, il n'y a plus lieu de compléter le champ « N° de compte financier » sur l'attestation globale en annexe 28. Si des attestations globales sont transmises aux mutualités dans le cadre du régime du tiers payant, il y a lieu de communiquer l'IBAN et BIC du compte financier sur l'état récapitulatif qui doit obligatoirement être joint aux attestations.]

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

[**M** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°°°°°°°)

a) l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 10 […] lorsqu'il effectue une prestation médicale;

(°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2015
(°°°°°°) d'application à partir du 1-1-2011
(°°°°°°°) d'application à partir du 1-7-2015

[**M** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°)

b) l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 8 […], lorsqu'il effectue des prestations de l'art dentaire;

[**M** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°°)

c) une attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 10 […] lorsqu'il effectue une radiographie dentaire et pour autant que cette prestation accompagne une consultation ou une prestation médicale.

[**I** – Règl. 19-9-11 – M.B. 21-11 – art. 1] (°°°)

[Lors de l'emploi de l'attestation récapitulative de soins reprise à l'annexe 28, le praticien de l'art dentaire qui exerce en même temps en qualité de médecin doit mentionner son numéro d'identification INAMI de dentiste, lorsqu'il effectue des prestations de l'art dentaire. Dans tous les autres cas ou lorsqu'il effectue une radiographie dentaire accompagnée par une consultation ou une prestation médicale, le numéro d'identification INAMI de médecin doit être mentionner.]

[**I** – Règl. 23-7-12 – M.B. 27-6-14 – art. 1] (°°°°)

§ 3bis. Le praticien de l'art dentaire qui est candidat à un agrément en tant que titulaire d'un titre professionnel particulier de l'art dentaire, utilise :

[**M** – Règl.13-7-15 – M.B. 6-8 – art. 1] (°°°°°)

- au cours du plan de stage, l'attestation de soins du maître de stage, avec mention de son propre nom et numéro INAMI […].

[**M** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°°°°°°)

- à la fin du plan de stage et en attente de l'agrément définitive du titre professionnel particulier de l'art dentaire, sa propre attestation de soins conforme au modèle repris à l'annexe 8 […].

[**I** – Règl. 30-5-22 – M.B. 28-9 – éd. 1 – art. 1] (°°°°°°°)

[**§ 3ter.** Lorsqu'une prestation de l'article 5 de la nomenclature est effectuée par un hygiéniste bucco-dentaire selon les modalités de l'article 6, § 18bis, le praticien de l'art dentaire porte en compte les soins sur son attestation de soins en mentionnant dans la partie identification du dispensateur son propre nom et son numéro INAMI mais également le nom et numéro INAMI de l'hygiéniste qui a effectué l'acte.**]**

(°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°) d'application à partir du 1-1-2012
(°°°°) d'application à partir du 1-8-2014
(°°°°°) d'application à partir du 1-10-2015
(°°°°°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°°°°°) d'application à partir du 1-10-2022

[**I** – Règl. 19-12-22 - M.B. 6-3 – art. 1] (°)

[En cas d'utilisation d'une attestation globale de soins donnés conforme au modèle de l'annexe 28, l'hygiéniste bucco-dentaire ayant effectué la prestation est identifié dans la colonne " N° INAMI et nom du dispensateur », en dessous de la ligne identifiant le praticien de l'art dentaire qui atteste le soin, avec la mention " hygiéniste bucco-dentaire: » suivi du numéro INAMI de l'hygiéniste."]

§ 4. [***A**brogé par : Règl. 30-9-19 – M.B. 4-10 – éd. 1 – art. 1*] (°°)

§ 5. Ne peuvent en tout cas pas être portées en compte à l'assurance soins de santé les prescriptions imprimées ou reproduites de quelque manière que ce soit par des firmes même si celles-ci sont collées sur les documents de prescription.

§ 6. Dans les cas où le pharmacien n'est pas tenu d'appliquer le 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 30.

[**R** – Règl. 27-6-11 – M.B. 3-8 – art. 1; **R** – Règl. 16-4-12 – M.B. 19-4 – éd. 1 – art. 1] (°°°)

§ 7. [S'il y a plus d'un récipé prescrit sur une prescription de médicaments et pour autant que le prescripteur n'ait 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.

S'il y a plus d'un récipé prescrit sur une prescription de médicaments et pour autant que le prescripteur n'ait 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 « nutrition médicale » ou d'un certain « dispositif médical ».

Dans le cas où plusieurs conditionnements d'une spécialité pharmaceutique sont prescrits sur une prescription conformément aux articles 92 et 92bis de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 et pour autant que le prescripteur n'ait 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'un ou plusieurs conditionnements.

Dans le cas où plusieurs conditionnements d'une « nutrition médicale » sont prescrits conformément à l'article 21 de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 ou dans le cas où plusieurs conditionnements d'un « dispositif médical » sont prescrits conformément à l'article 21 de l'arrêté royal du 24 octobre 2002 et pour autant que le prescripteur n'ait 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'un ou plusieurs conditionnements.

(°) d'application à partir du 6-3-2023
(°°) d'application à partir du 1-11-2019
(°°°) d'application à partir du 1-7-2011 à l'exception des alinéas 2 et 4 du § 7 qui entrent en vigueur le 1-10-2011

Le pharmacien peut différer la dispensation effective selon les alinéas 1er à 4 ci-dessus par la remise d'un formulaire de dispensation et de facturation différée, conforme au modèle repris à l'annexe 31, et imprimé sur papier blanc.

A cet effet, le pharmacien mentionne sur la prescription originale la lettre « U » en marge, à côté du récipé ou de la spécialité pharmaceutique pour lequel ou laquelle il a élaboré le formulaire.

Ce formulaire se réfère au récipé original non dispensé, à la spécialité pharmaceutique non dispensée, à la nutrition médicale non dispensée ou au dispositif médical non dispensé au moyen du numéro de suite unique de la prescription originale, il reprend les mentions de la prescription originale et en endosse tous les droits et obligations qui 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.]

§ 8. Le numéro INAMI d'identification, d'inscription ou d'agrément, visé au présent article et dans les annexes auxquelles celui-ci réfère, est le numéro d'identification établi pour chaque dispensateur de soins selon des règles fixées par le Comité de l'assurance.

[**R** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1; **M** – Règl. 23-12-22 – M.B. 15-3 – éd. 2 – art. 2] (°)

§ 9. [Le cachet prévu sur les modèles figurant aux annexes 1, 8, 10, 26, [26/2,] 30 ou 31 comporte de façon lisible au moins le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins.]

§ 10. Le remboursement de l'assurance soins de santé n'est accordé qu'à la condition que l'attestation de soins donnés ou de fourniture ou la note d'hospitalisation délivrée porte le numéro d'identification du dispensateur de soins, numéro d'identification visé au § 8 du présent article.

Lorsque le numéro d'identification de plusieurs dispensateurs de soins est mentionné, il y a lieu d'indiquer de façon précise quelles prestations ont été effectuées par chacun des dispensateurs de soins.

§ 11. [**M** - A.R. 18-7-11 - M.B. 15-9 - art. 1] (°°)

L'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires spécifiques [de praticiens de l'art dentaire,] de médecins généralistes ou de médecins spécialistes n'est due qu'à partir du moment où le Service des soins de santé de l'Institut est informé de l'agrément par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, [des praticiens de l'art dentaire concernés au titre de dentiste généralise ou dentiste spécialiste ou] des médecins concernés au titre de médecin généraliste ou de médecin spécialiste, et au plus tôt à partir du moment où cet agrément entre en vigueur. Le Service des soins de santé en informe sans délai les organismes assureurs.

(°) d'application à partir du 1-12-2022
(°°) d'application à partir du 1-3-2011

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires spécifiques des médecins agréés en vertu de l'arrêté ministériel du 21 janvier 1985 organisant un régime d'agréation provisoire de médecins spécialistes en médecine nucléaire, est due à partir de la date à laquelle leur agrément sortit rétroactivement ses effets.

[**R** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1] (°)

§ 12. [Pour les prestations de kinésithérapie ambulatoires, pour les prestations de kinésithérapie effectuées en milieu hospitalier et attestées par le dispensateur de soins 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 est subordonné à la condition qu'elles aient été prescrites, 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 lNAMI du prescripteur, et lorsque, sur l'attestation de soins donnés ou sur le document en tenant lieu, ce même numéro d'identification INAMI est clairement mentionné en regard des données d'identification déjà prévues du prescripteur.]

§ 13. 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'Institut. Ce numéro doit être indiqué en regard de la mention: "N° de l'établissement" ou "N° de l'établissement hospitalier".

§ 14. [Erratum – M.B. 16-10-03 – ed. 2; **M** - Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd.1] (°°)

Par sa signature au bas des attestations récapitulatives de soins reprises à l'annexe 28, le signataire, 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 dispensateur de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.

Par sa signature au bas de la facture récapitulative qui fait partie de la note d'hospitalisation reprise aux annexes 22, 23, 24 ou 25 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 soins de santé, par les dispensateurs de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.

(°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°) d'application à partir du 17-5-2004

[**I** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 1] (°)

[Par sa signature au bas de la note d'honoraires reprise en annexe 83, 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 soins de santé, par les dispensateurs de soins dont le nom figure en regard de chacune d'elles. Les documents en question sont à la disposition du Service de l'évaluation et de contrôle médicaux; ils porteront la signature du dispensateur de soins susvisé.]

[**M** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 1; **M** - Règl. 19-5-14 – M.B. 28-7 – éd. 1 – art. 1] (°°)

Le procédé visé aux alinéas 1 à 3 ne peut être utilisé qu'à la condition qu'il existe, entre le signataire et chaque dispensateur de soins concerné, un mandat écrit aux termes duquel le dispensateur de soins (mandant) donne au signataire (mandataire), qui accepte, le pouvoir de porter en compte à l'assurance soins de santé, sous sa signature, les soins qu'il a effectués. [Le mandant et le mandataire doivent en outre exercer leurs activités dans la même structure de soins.]

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 à partir de la date de l'exécution de la prestation.

[**R** - Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd.1] (°°°)

[En ce qui concerne l'application du premier alinéa lorsqu'il s'agit de bénéficiaires qui sont soignés ou non de manière ambulatoire dans un hôpital et pour 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'hôpital et/ou le conseil médical de l'hôpital 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.

(°) d'application à partir du 1-7-2013
(°°) d'application à partir du 1-9-2014
(°°°) d'application à partir du 17-5-2004

[**R** – Règl. 7-2-11 – M.B. 1-3 – art. 1] (°)

§ 15. [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
(19), 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11.....	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, (29)
(49), 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41.....	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, (39)
Quart inférieur droit.....	Quart inférieur gauche

b) pour les dents lactéales

Quart supérieur droit.....	Quart supérieur gauche
(59), 55, 54, 53, 52, 51.....	61, 62, 63, 64, 65, (69)
(89), 85, 84, 83, 82, 81.....	71, 72, 73, 74, 75, (79)
Quart inférieur droit.....	Quart inférieur gauche

Les droites et gauches auxquelles la codification se réfère sont celles du bénéficiaire.

Les dents surnuméraires sont mentionnées à l'aide des codes dentaires indiqués entre parenthèses. Le même numéro peut être utilisé à maintes reprises pour plusieurs dents surnuméraires sur le même quadrant.]

[**I** – Règl. 19-9-11 – M.B. 21-11 – art. 2] (°°)

[Le Conseil technique dentaire détermine pour quelles prestations dentaires de la nomenclature une codification dentaire est exigé.]

§ 16. L'intervention de l'assurance 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 ou électronique, pour les prestations suivantes facturées dans le cadre du tiers-payant:

1° [**M** - Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd.1] (°°°)

les prestations dispensées à un bénéficiaire hospitalisé, dont l'hospitalisation donne lieu au paiement d'un montant par admission et/ou d'un 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 et en ce qui concerne les bénéficiaires pour lesquels une intervention forfaitaire dans le coût de la dialyse est remboursée en exécution de l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §§ 1er et 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

(°) d'application à partir du 1-3-2011
(°°) d'application à partir du 1-1-2012
(°°°) d'application à partir du 17-5-2004

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 articles 63 et 65 de la loi. 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 25.000,00 EUR, ne tombent pas sous l'application de cette disposition;

3° les prestations non visées sous 1° ou 2° dispensées dans un établissement hospitalier et pour lesquelles le tiers-payant peut être appliqué 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.

Les modalités selon lesquelles doivent s'effectuer l'établissement et la délivrance des données de facturation par supports magnétiques ou électroniques, sont fixées par le Comité de l'assurance. Dans les cas où les dispensateurs de soins sont tenus, en vertu de l'article 37 de l'arrêté royal du 22 février 1998, 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 ou électroniques, de la façon déterminée par les modalités susvisées, fixées par le Comité de l'assurance.

4° les prestations dispensées par une maison de soins psychiatriques, visée à l'article 34, alinéa 1er,11°, de la loi, de même que les prestations pharmaceutiques délivrées aux bénéficiaires qui y résident.

§ 17. Pour les prestations ou fournitures visées ci-dessous, l'intervention de l'assurance soins de santé ne peut être octroyée qu'à la condition que la demande ou la prescription comporte toutes les données figurant au modèle repris à l'annexe 32:

- les soins donnés par des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses 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, d'anatomopathologie et de génétique;
- les prestations de radiodiagnostic;
- les prestations ou fournitures considérées comme relevant de la compétence des bandagistes, des orthopédistes ou des opticiens;
- 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.

Pour les prestations de diététiques et de podologie, l'intervention de l'assurance soins de santé peut être accordée à condition que la demande soit introduite au moyen du formulaire dont le modèle est repris à l'annexe 66.

§ 18. Pour les prestations de biologie clinique, d'anatomo-pathologie et de médecine nucléaire in vitro, l'intervention de l'assurance soins de santé n'est due qu'à partir du moment, mais également jusqu'au moment, où le Service des soins de santé de l'Institut est informé de l'agrément ou de la modification de l'agrément, par le Ministre qui a la Santé publique dans ses compétences, 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.

[**I** - Règl. 19-5-08 - M.B. 28-5 - art.1] (°)

[Au cours d'une période transitoire allant jusqu'au 31 décembre 2008, l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations reprises aux articles 24bis et 33bis de l'arrêté royal du 17 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est due, par dérogation aux dispositions du premier alinéa, à partir de la date d'agrément qui est communiquée au Service des soins de santé par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.]

§ 19. L'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations de l'article 32 de la nomenclature 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.

[**I** – Règl. 8-5-06 - M.B. 30-6 – éd. 2] (°°)

§ 20. Toutes les attestations de soins délivrées en carnets visées à l'article 53, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portent un signe lisible par lecture optique (du type Datamatrix) permettant uniquement de garantir la fiabilité et la sécurité de la production et de la distribution des attestations de soins.

[**I** – Règl. 8-5-06 - M.B. 30-6 – éd. 2] (°°°)

§ 21. [***A**brogé par : Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1*] (°°°°)

.

(°) d'application à partir du 28-5-2008
(°°) d'application à partir du 30-6-2006
(°°°) d'application à partir du 30-6-2006
(°°°°) d'application à partir du 1-7-2015

[**I** - Règl. 10-12-07 - M.B. 22-4-08 - éd. 3 - art.1] (°)

Art. 6bis. [**R** – Règl. 6-2-23 – M.B. 10-3 – art. 1]

[**§ 1er**. Lorsque les documents dont les modèles figurent aux annexes du règlement prévoient la possibilité d'apposer une vignette de l'organisme assureur pour identifier le bénéficiaire, cette vignette doit répondre aux prescriptions suivantes :

- elle doit respecter un format maximum 2,54 cm X 7,9 cm ;

- seules les mentions suivantes peuvent y figurer:

- Un code barre du type 128, reprenant le numéro NISS en 11 positions sans espace ni blanc (AAMMJJXXXXX)

- Le numéro NISS du bénéficiaire

- Le nom et le prénom du bénéficiaire

Ces données sont obligatoires.

- Le nom et le numéro de l'organisme assureur

- Le numéro interne du bénéficiaire

- L' adresse du bénéficiaire

- Le code CT1/CT2.

Ces données sont facultatives.]

§ 2. Si le bénéficiaire n'a pas encore un numéro NISS, le code barre n'est pas imprimé et le code sexe (1 = homme, 2 = femme) du bénéficiaire doit être repris.

(°) d'application à partir du 1-7-2008

CHAPITRE IV
DE L'HOSPITALISATION

Art. 7. § 1er. [M – Règl. 14-7-14 –M.B. 30-9 – art. 1] (°)

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. [Un médecin, un dentiste ou une sage-femme prend la décision d'admission.]

[M – Règl. 14-7-14 –M.B. 30-9 – art. 1] (°°)

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

Pour les bénéficiaires hospitalisés en vertu d'une mesure de protection telle que prévue par la 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.

§ 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 33, a et b. Lors de sa transmission, l'établissement hospitalier en conserve un double, selon le modèle figurant à l'annexe 33c.

[**M** – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 2] (°°°)

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 engagement de paiement ou il communique à l'établissement hospitalier son refus éventuel de délivrer l'engagement de paiement. [Aux modèles figurant à l'annexe 33, a), b et d, l'organisme assureur complète à la case « droit au maximum à facturer dans l'année » l'année au cours de laquelle le bénéficiaire a droit au maximum à facturer.]

Les organismes assureurs ont la faculté de communiquer, dans les mêmes délais, leur engagement de paiement ou leur refus éventuel d'engagement de paiement par le biais d'un document conforme aux modèles figurant aux annexes 33 d et e.

3. La notification de l'engagement de paiement ou de refus est valable à partir du début de l'hospitalisation.

(°) d'application à partir du 30-9-2014
(°°) d'application à partir du 30-9-2014
(°°°) d'application à partir du 14-8-2008

4. Pour autant que l'établissement hospitalier ait respecté les formes et délais visés au point 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 point 2. dans le délai prévu.

[***A**brogé par : Règl. 24-10-05 – M.B. 16-11 – éd. 1*; **R**éinséré par : Règl. 18-12-17 – M.B. 15-1-18 – art. 1] (°)

5. [Une première période d'hospitalisation débutera le 1er janvier 2018 pour les internés hospitalisés, conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes. Pour les internés placés inscrits sur une liste que l'hôpital a reçue de l'Institut, l'hôpital renverra le 1er janvier 2018, à chaque organisme assureur, une liste indiquant les membres de l'organisme assureur qui y sont placés au 1er janvier 2018.]

§ 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 34a, 34b et 34c. 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.

§ 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 il est stipulé au § 3, alinéa 1er. La prolongation de l'hospitalisation est accordée pour une période de 2 ans maximum: cette prolongation est notifiée dans les délais prévus au § 3, alinéa 2; elle peut toutefois être renouvelée pour de nouvelles périodes de deux ans.

[**I** – Règl. 18-12-17 – M.B. 15-1-18 – art. 1] (°°)

[Pour les internés qui ont été hospitalisés en application de l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, la prolongation de l'hospitalisation est automatiquement accordée par le médecin conseil.]

(°) d'application à partir du 1-1-2018
(°°) d'application à partir du 1-1-2018

§ 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 35 a et 35b.

[**I** – Règl. 18-12-17 – M.B. 15-1-18 – art. 1] (°)

[Pour les internés qui ont été hospitalisés en application de l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, la fin du placement signifie également la fin de la période d'hospitalisation en cours. Chaque admission qui suit est considéré comme une première admission.]

§ 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 soins de santé lors de chaque envoi tardif pour les frais d'hospitalisation qui correspondent aux jours de retard.

(°) d'application à partir du 1-1-2018

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.

§ 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.

[**M** – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61] (°)

§ 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 HR Rail].

[**R** – Règl. 24-10-05 – M.B. 16-11 – éd. 1] (°°)

§ 10. [**M** - Règl. 25-5-09 - M.B. 5-6 - éd. 1 - art. 1; M –Règl. 14-7-14 – M.B. 30-9 – art. 2] (°°°)

A compter du 1er juillet 2006, les documents prévus aux §§ 2 à 5 ainsi qu'à l'article 8 doivent être transmis entre les hôpitaux et les organismes assureurs par voie électronique. Pour ce faire, tous les hôpitaux doivent s'engager à adhérer à CareNet avant le 31 décembre 2005. [A partir du 1er janvier 2010, les documents, ainsi que le prévoit l'article 6, § 1er, 8°, doivent être transmis entre les hôpitaux et les organismes assureurs par voie électronique. [A partir du 1er juin 2015, les documents, tels que prévus aux §§ 2 à 5, à l'article 6, § 1er, 8° et 8° bis et à l'article 8 doivent être transmis entre les hôpitaux et les organismes assureurs par voie électronique via MyCareNet.]

Cette transmission de données doit s'effectuer suivant les modalités définies par le Comité de l'assurance.

(°) d'application à partir du 1-1-2014 ou à une date ultérieure fixée par le Roi et au plus tard le 1-4-2014
(°°) d'application à partir du 16-11-2005
(°°°) d'application à partir du 30-9-2014

Cette transmission de données n'est possible qu'à la condition que soient appliquées 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.

Par dérogation aux dispositions du § 5, la communication administrative du départ du patient doit être faite dans les deux jours ouvrables qui suivent le dernier jour d'hospitalisation et la communication du rapport médical justifiant l'hospitalisation doit être faite dans les 30 jours suivant la fin de l'hospitalisation.

[**M** - Règl. 25-5-09 - M.B. 5-6 - éd.1 -art.1] (°)

Les hôpitaux qui ne peuvent être prêts à la date du [1er janvier 2010] visée au premier alinéa, doivent transmettre à la Commission de conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs, au plus tard le [1er juillet 2009], un dossier dans lequel ils motivent le non-respect de cette date. Il convient en outre de joindre un planning permettant à l'hôpital de transmettre effectivement les données par voie électronique. Ce planning doit d'abord être examiné avec la Cellule de coordination CareNet du Collège intermutualiste national et approuvé d'un commun accord.

Sur base de ce dossier la Commission de convention déterminera la date à laquelle l'obligation de transmettre les données par voie électronique visée dans ce paragraphe entrera en vigueur. Cette date fixée par hôpital, ne pourra ensuite plus être modifiée sauf en cas de force majeure.

[**A**brogé par : Règl. 14-7-14 –M.B. 30-9 – art. 2 (avant alinéa 7)] (°°)

[**R** - Règl. 23-7-07 - M.B. 7-8 - art.1] (°°°)

Art. 8. [En cas de mise au travail au cours d'une hospitalisation dans un service psychiatrique, l'établissement hospitalier doit en informer l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris sous l'annexe 36. Cette notification sur support papier peut être remplacé par une notification sur support magnétique à condition qu'elle réponde aux conditions prévues à l'article 7, § 10, alinéas 2 et 3.]

(°) d'application à partir du 5-6-2009
(°°) d'application à partir du 1-6-2015
(°°°) d'application à partir du 1-10-2007

CHAPTIRE V
DU PAIEMENT DES FRAIS D'HOSPITALISATION ET DES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS DE SANTE DONNEES A DES BENEFICIAIRES HOSPITALISES

Art. 9. [**M** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 2] (°)

La journée d'entretien et toutes autres prestations assimilées ainsi que les prestations de santé données à un bénéficiaire 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 donnent lieu à remboursement que si sur l'attestation de soins ou de fourniture ou la note d'hospitalisation visée par l'article 4, § 1er, 8° [ou la note d'honoraires visée par l'article 6, § 1er bis, 8°bis] est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du Service Public Fédéral (SPF) Finances déterminant le modèle et l'usage des attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé.

[**I** – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 3; **M** - Règl. 25-5-09 - M.B. 5-6 - éd. 1 - art. 2; **R** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 2] (°°)

[Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, la vignette de concordance ne doit pas être apposée sur la facture récapitulative des établissements hospitaliers ou sur la note d'honoraires comme prévue aux annexes 22, 23, 24, 25 et 83 si la facture récapitulative ou la note d'honoraires en application de l'article 6, § 1er, 8°, alinéa 4, ou point 8° bis de ce règlement est conservée à l'hôpital. Chaque année, les organismes assureurs doivent transmettre au plus tard le 30 juin au SPF Finances un fichier comprenant par facture individuelle et par note d'honoraires dont la date de facturation se situe dans la période de l'année civile qui précède, les informations suivantes : numéro de l'hôpital, numéro de la facture individuelle ou numéro de note d'honoraires, date de facturation, signe et montant total de la facture individuelle ou de la note d'honoraires.]

(°) d'application à partir du 1-7-2013
(°°) d'application à partir du 1-7-2013

[**R** – Règl. 21-5-15 – M.B. 17-6 – éd. 2 – art. 1] (°)

[**Art. 10. § 1er**. En cas de facturation de prestations concernant des soins en milieu hospitalier, les documents suivants doivent être transmis au patient :

a) En ce qui concerne les situations visées à l'article 6, 8°, 7° alinéa, a), b) et c) pour lesquelles l'hôpital introduit une note d'hospitalisation auprès de l'organisme assureur, il convient de transmettre au patient une « facture patient », établie selon le modèle prévu à l'annexe 37.

(°) d'application à partir du 1-1-2016. Le texte actuellement en vigueur est rédigé comme suit :
§ 1er. En cas de facturation de prestations lors d'une hospitalisation dans un établissement hospitalier, les documents suivants doivent être transmis au bénéficiaire:
[**M** - Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd.1] [d'appl. au 17-5-2004]
- 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 37, 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. Par "extrait de la note d'hospitalisation" on entend une sélection des données qui proviennent de la facture individuelle qui a été transmise sur support papier ou sous forme électronique à l'organisme assureur. 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 réfèreront, en tout état de cause, à la première facturation;
[**M** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 3] [d'appl. au 1-7-2013]
- si la facturation est établie par le conseil médical d'un établissement hospitalier, [un extrait de la note d'honoraires], dont le modèle est prévu à l'annexe 38, 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.
[**M** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 3] [d'appl. au 1-7-2013]
[Cet extrait de la 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 bénéficiaires 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 réfèreront, 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 porté 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 aux annexe 37 et annexe 38, on entend celles qui sont prévues par l'article 10, § 1er, de la nomenclature.
§ 2. Le montant à charge du bénéficiaire n'est dû que si les documents destinés au bénéficiaire lui ont effectivement été adressés selon les modalités prévues au § 1er.
[**I** – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 4] [d'appl. au 14-8-2008]
[**§ 3.** La mention "droit au maximum à facturer en" doit être apposée sur l'extrait de la note d'hospitalisation destinée au patient (annexe 37) et sur l'extrait de la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38), de même que l'année au cours de laquelle le bénéficiaire a droit au maximum à facturer, pour autant que l'hôpital ait reçu les informations concernant le droit au maximum à facturer conformément à l'arrêté royal du 8 juin 2007 portant exécution de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé.]
[**I** – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 4] [d'appl. au 14-8-2008]
[**§ 4.** Lorsque des interventions personnelles et des suppléments sont directement pris en charge par un tiers sur la base d'une disposition contractuelle ou légale, ceux-ci doivent être mentionnés sur l'extrait de la note d'hospitalisation destinée au patient (annexe 37) et sur l'extrait de la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38). L'hôpital doit indiquer au bas de l'extrait de la note d'hospitalisation destinée au patient (annexe 37) et de l'extrait de la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38) que le montant à charge du patient est directement facturé à ce tiers par l'hôpital.]

En ce qui concerne les situations visées à l'article 6, 8°, 7° alinéa, d) pour lesquelles l'hôpital introduit une note d'hospitalisation auprès de l'organisme assureur, il convient de transmettre au patient une « facture de soins ambulatoires en milieu hospitalier » selon le modèle prévu à l'annexe 37bis.

Sur la « facture patient » et sur la « facture de soins ambulatoires en milieu hospitalier » figure un ensemble de données provenant de la note d'hospitalisation telle que visée à l'article 6, 8° et qui a été transmis sur support papier ou par voie électronique à l'organisme assureur.

La « facture patient » et la « facture de soins ambulatoires en milieu hospitalier » peuvent être envoyées par voie électronique au patient si ce dernier a explicitement opté pour cette méthode.

[**I** – Règl. 18-12-17 – M.B. 15-1-18 – art. 2] (°)

[Pour les internés qui ont été hospitalisés en application de l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes, l'hôpital transfère au Service Public Fédéral Justice la "facture patient" ou la "facture de soins ambulatoires à l'hôpital".]

En ce qui concerne les patients pour lesquels aucune note d'hospitalisation n'est transmise à un organisme assureur, une note d'hospitalisation doit leur être envoyée selon le modèle joint en annexe 22, 23, 24 ou 25.

Des facturations supplémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de la transmission de la première facture ou de corrections doivent également être effectuées à l'aide des factures susmentionnées, elles renverront en tout cas à la première facture;

b) si la facturation est établie par le conseil médical de l'hôpital, il convient de transmettre au bénéficiaire un extrait de la note d'honoraires, selon le modèle prévu en annexe 38. Sur cet extrait figure un ensemble de données provenant de la note d'honoraires qui est visée à l'article 6, 8° bis et qui a été transmis à l'organisme assureur sur support papier ou par voie électronique.

Cet extrait de la note d'honoraires doit être joint à la facture visée au point a).

Des facturations supplémentaires éventuelles pour lesquelles les données ne sont pas encore disponibles au moment de l'envoi de la première note d'honoraires ou de corrections doivent également être effectuées à l'aide de la note d'honoraires susmentionnée, dans ce cas cette note ne doit pas être jointe à la facture telle que visée au point a); elles renverront en tout cas à la première facture;

Par le terme "spécialités" visé à l'annexe 38 on entend celles qui sont prévues par l'article 10, § 1er, de la nomenclature.

(°) d'application à partir du 1-1-2018

§ 2. Le montant à charge du patient n'est dû que si les documents destinés au patient lui sont effectivement transmis selon les dispositions mentionnées au § 1er.

§ 3. La mention "droit au maximum à facturer en" doit être apposée sur l'extrait de la note d'hospitalisation destinée au patient (annexe 37) et sur l'extrait de la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38), de même que l'année au cours de laquelle le bénéficiaire a droit au maximum à facturer, pour autant que l'hôpital ait reçu les informations concernant le droit au maximum à facturer conformément à l'arrêté royal du 8 juin 2007 portant exécution de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé.

§ 4. Lorsque des interventions personnelles et des suppléments sont, sur la base d'une disposition contractuelle ou légale directement pris en charge par un tiers, ils doivent figurer sur la facture destinée au patient (annexe 37 et 37bis) et sur la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38). L'hôpital doit mentionner au bas de la facture destinée au patient (annexe 37 et 37bis) et de la note d'honoraires destinée au patient (annexe 38) que le montant à charge du patient est directement facturé par l'hôpital à ce tiers.]

Art. 11. [**R** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 4] (°)

§ 1er. [Les notes d'hospitalisation visées à l'article 6, § 1er, 8°, et les notes d'honoraires visées à l'article 6, § 1er, 8° bis 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 et un note d'honoraires doivent en tout cas être établies au 31 décembre de chaque année;

b) une note d'hospitalisation partielle ou un note d'honoraires peuvent exceptionnellement être établies chaque 31 mars, 30 juin et 30 septembre.]

§ 2. [**M** – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61] (°°)

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 39 et signé par les responsables respectifs; les supports de facturation de chacun des services de perception doivent être transmis à la mutualité ou à l'office régional ou à la [caisse des soins de santé de HR Rail] 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.

[**I** – Règl. 25-3-13 – M.B. 22-4 – art. 4] (°°°)

[Par dérogation à l'alinéa 1er, les attestations de soins donnés et l'état récapitulatif des honoraires ne doivent pas être transmis sous forme papier si conformément à l'article 6, § 1er, 8bis, la note d'honoraires est transmise à l'organisme assureur via un support électronique.]

(°) d'application à partir du 1-7-2013
(°°) d'application à partir du 1-1-2014 ou à une date ultérieure fixée par le Roi et au plus tard le 1-4-2014
(°°°) d'application à partir du 1-7-2013

[**M** – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61] (°)

§ 3. Si les supports magnétiques ou électroniques, sont obligatoires, et ils correspondent aux documents nécessaires à la facturation visés aux §§ 1er et 2, ils doivent également être transmis aux organismes assureurs une fois par mois. En cas d'application des dispositions du § 2, les supports magnétiques et électroniques du Conseil médical doivent être joints 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 mutualité ou de l'office régional ou de la [caisse des soins de santé de HR Rail] et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier.

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

[**M** – Règl. 16-12-19 – M.B. 27-1-20 – Erratum M.B. 5-2-20 – art. 1] (°°)

§ 5. Pour autant que les documents nécessaires à la facturation et les supports magnétiques ou électroniques aient été introduits avant le vingtième jour du deuxième mois suivant celui de la clôture, comme le stipule le § 1er , le non-paiement dans le délai fixé à [article 4 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015], donne droit aux intérêts de retard visés dans ce même arrêté. […]

§ 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. 12. [*Abrogé par : Règl.* 16-12-19 – M.B. 27-1-20 – art. 2 - Erratum M.B. 5-2-20 – art. 1] (°°°)

(°) d'application à partir du 1-1-2014 ou à une date ultérieure fixée par le Roi et au plus tard le 1-4-2014
(°°) d'application à partir du 1-7-2020
(°°°) d'application à partir du 1-7-2020

[**M** – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61] (°)

§ 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 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 39 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 mutualité ou de l'office régional, ou de la [caisse des soins de santé de HR Rail] 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 de 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.

[**M** – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61] (°°)

§ 3. Si les supports magnétiques ou électroniques, sont obligatoires et, s'ils correspondent aux documents nécessaires à la facturation visés aux §§ 1er et 2, ils 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 ou électronique 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 mutualité ou de l'office régional, ou de la [caisse des soins de santé de HR Rail] et accessoirement suivant le numéro d'admission du bénéficiaire dans l'établissement hospitalier.

§ 4. Sans préjudice des règles applicables en la matière, les montants des notes d'hospitalisation et des états d'honoraires introduits auprès des organismes assureurs sont dus dès réception des supports magnétiques ou électroniques 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 ou électroniques aient été introduits avant le vingtième jour du deuxième mois suivant celui de la clôture, comme le stipule le § 1er, le non-paiement dans le délai fixé à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 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.

(°) d'application à partir du 1-1-2014 ou à une date ultérieure fixée par le Roi et au plus tard le 1-4-2014
(°°) d'application à partir du 1-1-2014 ou à une date ultérieure fixée par le Roi et au plus tard le 1-4-2014

[**M** – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – éd. 2 - art. 5] (°)

Art. 13. 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 8], 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 à l'article 11, § 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.

Art. 14. 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, au service chargé de tarifer 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 VI

DES PRESTATIONS VISEES A L'ARTICLE 34, ALINEA 1ER, 11°, 12° ET 18° DE LA LOI (°°)

Section I

De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées (°°°)

Art. 15 § 1er. [**R** - Règl. 4-12-06 - M.B. 19-12 - éd.2 - art.1] (°°°°)

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 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, et la demande de révision de la catégorie de dépendance, visée à l'article 153, § 2, alinéa 3, du même arrêté, sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 40a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 40b et 40c

(°) d'application à partir du 14-8-2008
(°°) Abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande – M.B. 28-12 – art. 626
(°°°) Abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande – M.B. 28-12 – art. 626
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2007. Art. 15. : Abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande – M.B. 28-12 – art. 626

§ 2. ***A**brogé par: Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd. 1* (°)

§ 3. ***A**brogé par : Règl. 4-12-06 – M.B. 19-12 – éd. 2* (°°)

[**M** - Règl. 18-10-04 - M.B. 25-11 - éd.1] (°°°)

§ 4. L'échelle d'évaluation visée à l'article 152, § 3, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 41.

§ 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'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 42.

§ 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 au modèle repris à l'annexe 43.

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.

[**I** – Règl. 17-12-12 –M.B. 31-12 – éd. 1 – art. 1] (°°°°)

[Dans des cas exceptionnels déterminés par le Service des soins de santé, en cas de modification du montant d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière déjà perçue dans le passé, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire une note de frais rectificative conforme au modèle repris à l'annexe 43bis.]

§ 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 l'arrêté ministériel du SPF Finances précité.

(°) d'application à partir du 17-5-2004
(°°) d'application à partir du 1-1-2007
(°°°) d'application à partir du 1-12-2004
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2013

Section II

De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les centres de soins de jour (°)

Art. 16. (°°) **§ 1er.** La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153bis, § 1er, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 44a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 44b et 44c.

(°) Abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande – M.B. 28-12 – art. 626
(°°) Art. 16. : Abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande – M.B. 28-12 – art. 626

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation visée au § 1er, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 44a. L'organisme assureur répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 44b et 44c.

§ 3. L'échelle d'évaluation visée à l'article 153bis, § 1er, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par l'institution auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 41.

§ 4. [**M** – Règl. 4-12-06 – M.B. 19-12 – éd. 2] (°)

En vue d'obtenir le paiement de l'allocation susvisée l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe43.

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 susvisée n'est accordé que si, sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du SPF Finances précité.

Section III

L'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans une maison de soins psychiatriques

Art. 17. (°°) **§ 1er.** 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, est introduite par le bénéficiaire ou l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 46a, 46b, 46c et 46d, établi en quatre exemplaires.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation susvisée et la demande de révision de la décision du médecin-conseil visés à l'article 153, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont introduites par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 46a, 46b, 46c et 46d, établi en quatre exemplaires.

§ 3. L'échelle d'évaluation et le rapport médical visés à l'article 152, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont introduits par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 47.

(°) d'application à partir du 1-4-2007
(°°) Art. 17. : Abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande – M.B. 28-12 – art. 626

§ 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 repris aux annexes 48a, 48b et 48c.

§ 5. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation susvisée l'institution envoie à l'organisme assureur, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 49.

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 susvisée n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du SPF Finances précité.

Section IV

L'intervention dans le placement dans les initiatives d'habitation protégée (°)

Art. 18. (°°) **§ 1er.** La notification d'admission dans l'institution, visée à l'article 34, alinéa 1er, 18°, de la loi est introduite par le bénéficiaire ou par l'institution auprès de l'organisme assureur au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 50a, 50b et 50c, 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 repris aux annexes 51a et 51b, établi en deux exemplaires.

§ 3. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation susvisée l'institution envoie à l'organisme assureur, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 52.

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 susvisée n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du SPF Finances précité.

(°)Abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande – M.B. 28-12 – art. 626
(°°) Art. 18. : Abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-2018 portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande – M.B. 28-12 – art. 626

CHAPITRE VII
DE LA DIALYSE

Art. 19. L'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de la dialyse visée dans l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §§ 1er et 2 de la loi, 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 au type de service agréé.

Art. 20. L'intervention 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 soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, est octroyée à la condition qu'un document conforme au modèle repris à annexe 53 ou à l'annexe 54 soit transmis à l'organisme assureur.

Art. 21. L'organisme assureur qui octroie l'intervention en application de l'article 1er, § 3, de l'arrêté ministériel visé à l'article 20 est tenu de transmettre le cas échéant, dans les deux mois suivant la réception du document repris à annexe 54, une photocopie de celui-ci à l'organisme assureur auprès duquel les autres bénéficiaires sont inscrits ou affiliés.

CHAPITRE VIII
DE LA PARTICIPATION A LA CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Art. 22. [**M** – Règl. 27-9-10 – M.B. 14-10 – art. 1] (°)

Toute consultation oncologique multidisciplinaire facturée, soit [les prestations] 350372-350383, [350276-350280 et 350291-350302] visée à l'article 11, § 1er, de la nomenclature, 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 55.

(°) d'application à partir du 1-11-2010

[**I** – Règl. 16-11-09 – M.B. 29-7-10 – éd. 2 - art. 1] (°)

[CHAPITRE VIIIbis

NOTIFICATION ET ENREGISTREMENT D'UNE INTERVENTION BARIATRIQUE]

[**I** – Règl. 16-11-09 – M.B. 29-7-10 – éd. 2 - art. 1] (°°)

[**Art. 22bis.** La notification pour intervention bariatrique visée sous l'intitulé "Traitement de l'obésité" à l'article 14, d), 5°, de la nomenclature est établie conformément au modèle repris à l'annexe 77.]

[**I** – Règl. 16-11-09 – M.B. 29-7-10 – éd. 2 - art. 1] (°°°)

[**Art. 22ter.** Le registre visé sous l'intitulé « Traitement de l'obésité » à l'article 14, d), 6°, de la nomenclature est tenu de façon électronique.

Il contient au moins les données qui sont reprises dans la notification visée à l'article 22bis.]

[**I** – Règl. 11-6-12 – M.B 24-1-13 – art. 1] (°°°°)

[CHAPITRE VIIIter

DE LA PRESCRIPTION EN IMAGERIE MEDICALE]

[**I** – Règl. 11-6-12 – M.B 24-1-13 – art. 1; **M** – Règl. 19-3-18 – M.B. 9-4 – art. 1] (°°°°°)

Art. 22quater. Le formulaire de demande visé [aux articles 17, § 12, alinéa 1er, et 6, § 17, 3] 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, est établi conformément au modèle repris à l'annexe 82.

(°) d'application à partir du 1-9-2010
(°°) d'application à partir du 1-9-2010
(°°°) d'application à partir du 1-9-2010
(°°°°) d'application à partir du 1-3-2013
(°°°°°) d'application à partir du 1-2-2018

[**I** – Règl. 28-4-14 – M.B. 28-5-15 – art. 1] (°)

[**Art. 22quinquies.** Le formulaire d'enregistrement visé à l'article 17, § 1er, 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, est établi conformément au modèle repris à l'annexe 84.

L'intervention de l'assurance pour le Conebeam CT, prévu sous le numéro 459852-459863 dépend de l'enregistrement auprès du Service des soins de santé de l'Institut, de l'appareil et du service où l'appareil est installé, au moyen du formulaire prévu à l'annexe 84, dûment complété et signé par l'exploitant de l'établissement. Un formulaire est établi par appareil et transmis pour enregistrement. Toute modification apportée à l'une des données réclamées dans l'annexe 84, doit être signalée au Service des soins de santé de l'Institut comme un renouvellement de l'enregistrement.

L'intervention de l'assurance n'est due qu'à partir du moment où le Service des soins de santé de l'Institut est informé de cet enregistrement.]

[I – Règl. 28-4-14 – M.B. 24-12-15 – art. 1] (°°)

[**Art. 22sexies.** Le formulaire de notification visé aux articles 17, § 1er, et 17bis, § 1er, 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, est établi conformément au modèle repris à l'annexe 86]

[**I** – Règl. 22-6-15 – M.B. 9-5-16 – art. 1] (°°°)

[CHAPITRE VIIIquater. - DU FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT STANDARDISE POUR LA PLASTIE DE REDUCTION D'UN SEIN]

[**I** – Règl. 22-6-15 – M.B. 9-5-16 – art. 1] (°°°°)

[**Art. 22septies.** Le formulaire de remboursement standardisé visé à l'article 14, c), II, 1, 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, est établi conformément au modèle repris à l'annexe 88.]

(°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°) d'application à partir du 1-2-2016
(°°°) d'application à partir du 1-6-2016
(°°°°) d'application à partir du 1-6-2016

[**I** – Règl. 16-1-17 – M.B. 8-3 – éd. 2 – art. 1; **R** – Règl. 26-4-23 – M.B. 11-5 – art. 1] (°)

[CHAPITRE VIIIquinquies

PERMANENCE DANS LES FONC TIONS DE SOINS INTENSIFS ET LES FONCTIONS RECONNUES DE SOINS URGENTS SPECIALISES]

[**I** – Règl. 16-1-17 – M.B. 8-3 – éd. 2 – art. 1; **R** – Règl. 26-4-23 – M.B. 11-5 – art. 1] (°°)

[**Art. 22octies.** La liste des médecins visée à l'article 13, § 6, 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, est établie conformément au modèle figurant à l'annexe 89]

[**I** – Règl. 26-4-23 – M.B. 11-5 – art. 1**]** (°°°)

[**Art. 22nonies.** La liste des médecins qui assurent la permanence dans le cadre d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés visée à l'article 25, § 3bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septem bre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est établie conformément au modèle figurant à l'annexe 97.]

[**R** – Règl. 18-7-11 – M.B. 15-9 - art. 2] (°°°°)

CHAPITRE IX

[DES CONDITIONS D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE POUR LES PRESTATIONS DENTAIRES]

Art. 23. [**R** – Règl. 3-11-08 – M.B. 28-11 – éd. 2 – art. 1; **R** – Règl. 3-7-17 – M.B. 14-7 – art. 1; **R** – Règl. 30-9-24 – M.B. 31-1-25 – art. 1] (°°°°°)

[**§ 1er.** L'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires visées à l'article 5, § 2, A, de la nomenclature, réalisé ou scanné de manière analogique et/ou numérique, à partir de l'âge de 50 ans, n'est due que si la prestation portée en compte est accompagnée des pseudocodes relatifs aux étapes mentionnés ci-dessous :

- 389675-389686 pour les empreintes analogiques préliminaires,;

- 389690-389701 pour les empreintes analogiques individuelles,

- 389955-389966 pour les empreintes numériques individuelles,

- 389970-389981 pour l'empreinte numérique individuelle d'une prothèse complète existante qui assure la fonction d'un porte-empreinte individuel,

(°) d'application à partir du 8-3-2017
(°°) d'application à partir du 8-3-2017
(°°°) d'application à partir du 1-5-2023
(°°°°) d'application à partir du 1-3-2011
(°°°°°) d'application à partir du 1-2-2025

- 389712-389723 pour la prise de l'occlusion,

- 389734-389745 lors de l'essai.

Avec chaque pseudocode est mentionnée la date à laquelle l'étape concernée a eu lieu. Le numéro de nomenclature de la prothèse est attesté à la date du placement.

Lors du décès du patient durant la phase de fabrication, en application de l'article 6, § 5, 1.4. de la nomenclature des prestations de santé, les pseudocodes des étapes qui ont été exécutées sont mentionnés, complété par le numéro de nomenclature de la prothèse avec la date de la dernière étape effectuée.

Les pseudocodes à utiliser dans ce cas sont :

- 389756-389760 pour les empreintes analogiques préliminaires,

- 389771-389782 pour les empreintes analogiques individuelles,

- 389476-389480 pour les empreintes numériques individuelles,

- 389491-389502 pour l'empreinte numérique individuelle d'une prothèse complète existante qui assure la fonction d'un porte-empreinte individuel,

- 389793-389804 pour la prise de l'occlusion,

- 389815-389826 lors de l'essai.

Dans le cas où la personne décède après l'essai mais avant le placement et le contrôle, les pseudocodes 389756-389760, 389771-389782, 389476-389480, 389491-389502, 389793-389804 et 389815-389826 sont suivis par le pseudocode 389830-389841. Ce pseudocode 389830-389841 et le numéro de nomenclature de la prothèse sont tous les deux attestés avec la date de l'étape de l'essai.

Les pseudocodes doivent être utilisés pour les prothèses placées à partir de la date d'entrée en vigueur de la suppression de l'annexe 56 dans l'article 6, § 5, de la nomenclature des prestations de santé.]

§ 2. [***A**brogé par : Règl. 3-11-08 – M.B. 28-11 – éd. 2 – art. 1*] (°)

[**R** – Règl. 31-1-05 – M.B. 9-3 – éd. 1 - art. 1 ; **M** – Règl. 3-11-08 – M.B. 28-11 – éd. 2 – art. 1] (°°)

§ 3. En plus des exigences reprises au [§ 1er], l'intervention de l'assurance est

- pour les prothèses partielles de 1 à 13 dents, et les prothèses totales réalisées avant l'âge de 50 ans dans le cadre des dérogations reprises à l'article 6, § 5, 2.2., de la nomenclature, soumise à l'accord préalable du médecin-conseil, au moyen du formulaire figurant à l'annexe 57. 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;

(°) d'application à partir du 1-1-2009
(°°) d'application à partir du 1-1-2009

[**M** - Règl. 20-11-06 - M.B. 10-1-07 - art.1] (°)

- pour les prothèses partielles de 1 à 13 dents, et les prothèses totales réalisées avant l'âge de 50 ans dans le cadre des dérogations reprises à l'article 6, § 5, 2.3, et 2.4 de la nomenclature, soumise à l'accord préalable du Conseil technique dentaire, au moyen du formulaire figurant à l'annexe 57 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 du Conseil technique dentaire, est joint à l'attestation de soins donnés délivrée au bénéficiaire lors du placement de la prothèse.

[**R** - Règl. 20-11-06 - M.B. 10-1-07 - éd. 1 - art. 1] (°°)

§ 4. [**R** - Règl. 2-2-09 - M.B. 26-3 - éd. 1 - art. 1] (°°°)

[L'intervention de l'assurance pour le renouvellement anticipé d'une prothèse amovible qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé, dans le cas des dérogations reprises à l'article 6, § 5, 3.A.3, est soumise à l'accord préalable du Conseil technique dentaire. L'intervention de l'assurance pour le remplacement de la base si durant les six années civiles précédentes et l'année civile en cours deux remplacements ont déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé dans le cas des dérogations reprises à l'article 6, § 5, 3.C.2, est également soumise à l'accord préalable du Conseil technique dentaire.]

Toute demande est adressée au Conseil technique dentaire, par l'intermédiaire 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 58.

La demande relative aux prestations 308335-308346 et 378335-378346 est accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'annexe 56

§ 5. L'intervention de l'assurance pour la prestation 317295-317306 visée à l'article 14, l, de la nomenclature n'est due que si la demande est adressée au Conseil technique dentaire, par la voie de l'organisme assureur, au moyen du formulaire prévu à l'annexe 59.

[**I** – Règl. 19-12-16 – M.B. 30-6 – art. 1] (°°°°)

[La prestation 312491-312502 reprise dans l'article 14, l de la nomenclature implique la rédaction du prestataire de soins d'un document comme prévu dans l'annexe 59bis. Celle-ci doit être soussigné par le prestataire de soins et le patient et conservé dans le dossier du patient.]

(°) d'application à partir du 1-9-2005
(°°) d'application à partir du 1-9-2005
(°°°) d'application à partir du 1-5-2009
(°°°°) d'application à partir du 1-8-2017

[**I** – Règl. 15-7-19 – M.B. 22-11 – art. 1; Erratum M.B. 20-1-20] (°)

[**§ 6.** L'intervention de l'assurance pour les prestations visées sous la rubrique « soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie » de l'article 5 de la nomenclature est uniquement possible lorsque l'attestation de soins donnés est accompagnée d'une notification tel que prévu à l'article 6, § 5 ter de la nomenclature.

L'attestation de soins donnés accompagnée de la notification doit être transmise à l'organisme assureur qui pourra sur cette base intervenir pour les prestations portées en compte. La notification est ensuite envoyée à l'INAMI qui enregistre les informations transmises dans une base de donnée.

Pour les bénéficiaires visés par l'article 6, § 5ter, A1. cette notification est effectuée au moyen du formulaire prévu à l'annexe 90. Pour les bénéficiaires visés par l'article 6, § 5ter A2. et A3., cette notification est effectuée au moyen du formulaire prévu à l'annexe 91.

Si le travail prothétique est interrompu ou terminé prématurément en raison du décès du patient ou pour des raisons médicales impérieuses comme visé à l'article 6, § 5ter, D. de la nomenclature des prestations de santé, l'un des pseudocodes suivant est mentionné comme prestation relative dans la colonne « n° de la dent ou de la prothèse sur laquelle la prestation a été effectuée » de l'attestation de soins donnés :

- 389852-389863 lorsque le travail prothétique est interrompu pour les prestations 309573-309584 ou 309595-309606 après planification et la préparation des travaux et avant le placement des implants ;

- 389874-389885 lorsque le travail prothétique est interrompu pour les prestations 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746 ou 309750-309761, après les empreintes définitives ;

- 389896-389900 lorsque le travail prothétique est interrompu pour les prestations 379536-379540, 379551-379562, 309536-309540 et 309551-309562 après réalisation du châssis métallique et avant le placement ;

- 389911-389922 lorsque le travail prothétique est interrompu pour les prestations 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746 et 309750-309761, après l'achèvement de la prothèse ou du bridge et avant le placement de celui-ci.]

[**I** – Règl. 14-3-22 – M.B. 24-6 – art. 1] (°°)

[**§ 7.** Toutes les prestations de l'article 5 de la nomenclature qui sont effectuées en dehors d'un cabinet fixe doivent être portées en compte avec un pseudocode 389933-389944 comme prévu à l'article 6 § 20 de la nomenclature des prestations de santé.]

(°) d'application à partir du 1-1-2020
(°°) d'application à partir du 1-1-2020

Art. 24. [**I** - Règl. 5-5-08 - M.B. 30-5 - éd. 2 - art. 1; **R** – Règl. 13-1-14 – M.B. 28-2 – art. 1; **R** – Règl. 20-12-21 – M.B. 25-5-22 – art. 1] (°)

[**§ 1er.** Le formulaire prévu à l'annexe 60bis, ou son équivalent, est rédigé au plus tard au moment du début d'un traitement orthodontique de première intention visé à l'article 6, § 6, point 3 de la nomenclature, et conservé dans le dossier du patient et gardé à disposition du médecin-conseil.

Le formulaire prévu à l'annexe 60, ou son équivalent, est rédigé au plus tard au moment du début d'un traitement orthodontique régulier visé à l'article 6, § 6, point 4 de la nomenclature, et est conservé dans le dossier du patient et est gardé à disposition du médecin-conseil. Dans le cas où le traitement orthodontique régulier ne peut commencer avant le 15ème anniversaire, le code de nomenclature 305572-305583 ou l'un des pseudocodes suivants sont attestés à titre de notification selon les règles prévues à l'article 6, § 6, point 4 :

- 305690-305701 Notification au moyen d'une annexe 60 ou son équivalent qui a été complétée et conservée dans le dossier du patient.

- 305756-305760 Notification au moyen d'une annexe 60 "à titre conservatoire" ou son équivalent qui a été rédigée entre le 13e et le 15e anniversaire et qui est conservée dans le dossier du patient.]

[**R** – Règl. 20-12-21 – M.B. 25-5-22 – art. 1] (°°)

[La notification via l'attestation des codes 305690-305701 ou 305572-305583 avant le 15ème anniversaire ouvre le droit à une intervention pour un traitement orthodontique régulier pour une période de 24 mois civils suivant l'attestation de ces codes. Il est tenu compte du dernier code attesté pour la détermination de cette période de 24 mois civils.

La notification via le pseudocode 305756-305760 doit être en possession de l'organisme assureur avant le 15e anniversaire de l'assuré ou durant la durée de validité de la notification effectuée via le code 305690-305701 ou 305572-305583.

Les pseudocodes 305690-305701 et 305756-305760 doivent être attestés en même temps que n'importe quelle autre prestation remboursable de l'article 5 de la nomenclature.]

Les demandes pour intervention de l'assurance prévues dans l'article 6, § 6 de la nomenclature sont adressées au Conseil technique dentaire, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur, au moyen du formulaire dûment complété prévu à l'annexe 61.

Ceci concerne les demandes :

- en dérogation à la limite d'âge (article 6, § 6, 4.4., de la nomenclature);

- de prolongation de traitement quand 36 prestations 305616-305620 ont été effectuées (article 6, § 6, 4.5., de la nomenclature);

- de remboursement supplémentaire pour appareillage en cas de fentes alvéolo-palatines (article 6, § 6, 4.1.4., de la nomenclature)**.**

§ 2. [***A**brogé par : Règl. 18-12-17 – M.B. 19-1-18 – éd. 2 – art. 1*] (°°°)

(°) d'application à partir du 1-7-2022
(°°) d'application à partir du 1-7-2022
(°°°) d'application à partir du 1-2-2018

[**I** – Règl. 7-2-11 – M.B. 1-3 – art. 3] (°)

[**§ 3.** La prestation 301372-301383, visé à l'article 5 de la nomenclature, implique l'établissement par le praticien de l'art dentaire d'un rapport standardisé. A cet effet le formulaire prévu à l'annexe 62bis ou un modèle équivalent à cet annexe est utilisé.

Ce formulaire doit être conservé dans le dossier dentaire du patient et peut être réclamé pour consultation par le médecin-conseil.]

[**I** - Règl. 18-7-11 - M.B. 15-9 - art. 3] (°°)

[**§ 4.** L'intervention de l'assurance pour le Conebeam CT dentaire, prévu sous les numéros 377230-377241, 307252-307263 et 307230-307241, dépend de l'enregistrement auprès du Service des soins de santé de l'Institut, de l'appareil et du dispensateur de soins qui manipule l'appareil, au moyen du formulaire prévu à l'annexe 62ter, dûment complété et signe par l'exploitant de l'établissement. Un formulaire est établi par appareil et transmis pour enregistrement. Toute modification apportée à l'une des données réclamées dans l'annexe 62ter, doit être signalée au Service des soins de santé de l'institut comme un renouvellement de l'enregistrement.

L'intervention de l'assurance n'est due qu'à partir du moment où le Service des soins de santé de l'Institut est informé de cet enregistrement. Si la prise de connaissance a eu lieu avant le 31 décembre 2011, l'intervention de l'assurance est due à partir du 1er mars 2011.

L'intervention de l'assurance n'est plus due à partir du moment ou il ressort des données de l'Agence Fédérale de Contrôle nucléaire que le dispensateur de soins - utilisateur, ne dispose plus des autorisations nécessaires ou que les appareils et les locaux ne répondent plus aux critères de sécurité, comme prévu dans ou en vertu de l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants.]

CHAPITRE X

DES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES APPAREILS AUDITIFS

Art. 25. Seules donnent lieu à un remboursement les prothèses visées à l'article 31 de la nomenclature, qui sont identifiables.

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.

(°) d'application à partir du 1-3-2011
(°°) d'application à partir du 1-3-2011

CHAPITRE XI
DES FOURNITURES PHARMACEUTIQUES

Art. 26. § 1er. 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 bénéficiaire, 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 bénéficiaire 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.

Les montants ainsi fixés couvrent le coût des désinfectants et antiseptiques utilisés.

§ 2. [***A**brogé par : A.R. 20-7-07 – M.B. 14-8 – art. 6*] (°)

(°) d'application à partir du 1-9-2007

CHAPITRE XII.
SERVICES INTEGRES DE SOINS A DOMICILE

[**M** – Règl. 31-1-05 – M.B. 9-12] (°)

Art. 27. § 1er. Les instruments d'évaluation, tels que mentionnés dans l'article 2, 1°, d) et l'article 3, 1°,d) de l'arrêté royal du 16 novembre 2005 déterminant les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 13° de la loi, doivent évaluer au moins les items de l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), mentionnés à l'annexe 63.

§ 2. [**M** – Règl. 31-1-05 – M.B. 9-12] (°°)

La liste des instruments d'évaluation, tels que mentionnés dans l'article 2, 1°, d) et l'article 3, 1°, d) de l'arrêté royal susmentionné est la suivante:

- RAI (Resident Assessment Instrument)
- Protocole BIO (Breed Indicatie Overleg = Concertation large en matière d'indication)
- Aggir - Pathos – Socios
- Formulaire commun d'intake dans le secteur des soins à domicile (GIFT)
- L'échelle de Katz.

L'évaluation du bénéficiaire est complétée par des remarques concernant les items qui ne sont pas ou sont insuffisamment couverts par l'instrument utilisé.

[**R** – Règl. 31-1-05 – M.B. 9-12] (°°°)

Art. 28. § 1er. Le formulaire, prévu à l'article 1er, 2°, de l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, doit être conforme au modèle figurant à l'annexe 64.

§ 2. Le formulaire, prévu à l'article 3, 2°, de l'arrêté ministériel mentionné à l'article 28, § 1er, doit être conforme au modèle figurant à l'annexe 69.

Art. 29. § 1er. [**M** - Règl. 31-1-05 - M.B. 9-12; **M** - Règl. 6-11-06 - M.B. 29-11 - éd. 2]

L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire lorsque la concertation a lieu au domicile du bénéficiaire, prévue à l'article 7, premier alinéa, de l'arrêté ministériel mentionné à l'article 28, § 1er, est attestée sous le pseudo-code 773172 pour les patients définis à l'article 1er, 8°, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27 et sous le pseudo-code 776532 pour les patients définis à l'article 1er, 9°, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27.

(°) d'application à partir du 1-1-2006
(°°) d'application à partir du 1-1-2006
(°°°) d'application à partir du 1-1-2006

[**M** - Règl. 31-1-05 - M.B. 9-12; **M** - Règl. 6-11-06 - M.B. 29-11 - éd. 2]

L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire lorsque la concertation n'a pas lieu au domicile du bénéficiaire, prévue à l'article 7, premier alinéa, de l'arrêté ministériel mentionné à l'article 28, § 1er, est attestée sous le pseudo-code 773216 pour les patients définis à l'article 1er, 8°, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27 et sous le pseudo-code 776554 pour les patients définis à l'article 1, 9°, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27.

[**I** - Règl. 6-11-06 - M.B. 29-11 - éd. 2]

L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire, telle que prévue à l'article 7, deuxième alinéa de l'arrêté ministériel mentionné à l'article 28, § 1, est attestée sous le pseudocode 427350 pour les patients non-hospitalisés et sous le pseudocode 427361 pour les patients hospitalisés.

[**M** - Règl. 31-1-05 - M.B. 9-12; **R** - Règl. 6-11-06 - M.B. 29-11 - éd. 2]

L'intervention pour l'enregistrement telle que prévue à l'article 7, troisième alinéa, de l'arrêté ministériel mentionné à l'article 28 § 1, est attestée sous le pseudocode 773290 pour les patients décrits à l'article 1, 8°, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27, sous le pseudocode 776576 pour les patients décrits à l'article 1, 9°, du même arrêté, sous le pseudocode 427372 pour les patients, décrits à l'article 1, 11°, du même arrêté, non-hospitalisés et sous le pseudocode 427383 pour les patients décrits à l'article 1, 11°, du même arrêté, hospitalisés.

§ 2. [**M** - Règl. 6-11-06 - M.B. 29-11 - éd. 2]

Le service intégré de soins à domicile établit, par organisme assureur, une facture mensuelle conforme au modèle repris à l'annexe 65 pour les patients décrits à l'article 1, 8° et 9° de l'arrêté royal mentionné à l'article 27.

Cette facture comprend:

- une liste des bénéficiaires concernés, affiliés auprès de cet organisme assureur, qui mentionne toujours:
- la date de la concertation multidisciplinaire;
- le numéro d'identification INAMI des participants à cette concertation pour laquelle une intervention est attestée;
- une liste des dispensateurs de soins identifiés au moyen de leur numéro INAMI, avec, pour chaque dispensateur de soins, le nombre de chaque pseudo-code pris en considération et le numéro de compte de ce dispensateur de soins.

[**I** - Règl. 6-11-06 - M.B. 29-11 - éd. 2]

Le service intégré de soins à domicile établit, par organisme assureur, une facture mensuelle conforme au modèle repris à l'annexe 71, pour les patients mentionnés à l'article 1, 11°, de l'arrêté royal mentionné à l'article 27.

§ 3. Les organismes assureurs paient les interventions aux dispensateurs de soins concernés sur base de ces factures.

§ 4. [**M** – Règl. 31-1-05 – M.B. 9-12] (°)

En ce qui concerne le service intégré de soins à domicile agréé par la Commission communautaire française […], la facturation est effectuée par :

- les centres de coordination, au moyen du numéro d'inscription du service intégré y attaché, pour tous les bénéficiaires qui adhèrent aux centres de coordination;

- le service intégré de soins à domicile pour tous les bénéficiaires qui n'adhèrent pas aux centres de coordination.

[**M** - Règl. 1-12-03 - M.B. 20-2-04 - éd. 2] (°°)

CHAPITRE XIII

INTERVENTION DANS LE COUT SUPPORTE PAR LE BENEFICIAIRE [**...**] POUR L'ALIMENTATION ENTERALE PAR SONDE OU PAR STOMIE A DOMICILE - MAXIMUM A FACTURER

[Erratum – M.B. 16-10-03 – éd. 2] (°°°)

Art. 30. [**M** - Règl. 1-12-03 - M.B. 20-2-04 - éd. 2] (°°°°)

1. Par la loi-programme du 24 décembre 2002, sont considérés, à partir du 1er janvier 2003, comme une intervention personnelle dans le cadre du maximum à facturer les frais supportés par le bénéficiaire, qui satisfait aux conditions d'âge, visées à l'article 37sexies, alinéa 1er, de la loi, concernant l'alimentation entérale au domicile du patient par sonde ou par stomie.

2. La loi prévoit que la procédure de demande consiste en une notification médicale simple.

Cette notification médicale doit être faite à l'aide du formulaire qui figure à l'annexe à l'arrêté royal du 10 novembre 1996 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'alimentation entérale par sonde.

3. Pour la délivrance il y a lieu d'employer une "attestation de délivrance de produits pour l'alimentation entérale au domicile du patient par sonde ou par stomie" conforme au modèle repris à l'annexe 67.

4. Pour l'introduction de ces attestations par les bénéficiaires auprès de leur organisme assureur il y a lieu d'employer un état récapitulatif présentant les certifications et données nécessaires conforme au modèle qui est repris à l'annexe 68.

(°) d'application à partir du 1-1-2006
(°°) d'application à partir du 1-1-2004
(°°°) d'application à partir du 1-10-2003
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2004

[**I –** Règl. 6-4-09 – M.B. 21-4 – art. 1] (°)

[CHAPITRE XIIIbis

MODELES DE CONTRAT « TRAJET DE SOINS »]

[**I –** Règl. 6-4-09 – M.B. 21-4 – art. 1] (°°)

[**Art. 30bis.** Le contrat « trajet de soins » visé à l'article 5, § 1er, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins, est établi :

1° conformément au modèle contenu à l'annexe 72 en ce qui concerne les bénéficiaires atteints d'une pathologie visée à l'article 3, 1°, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins;

2° conformément au modèle figurant à l'annexe 73 en ce qui concerne les bénéficiaires atteints d'une pathologie visée à l'article 3, 2°, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins.]

(°) d'application à partir du 1-6-2009 en ce qui concerne les bénéficiaires atteints d'une pathologie visée à l'article 3, 2°, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins. (Règlement 25-5-09 – M.B. 29-5 éd. 3 art. 1)
d'application à partir du 1-9-2009 en ce qui concerne les bénéficiaires atteints d'une pathologie visée à l'article 3, 1°, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins. (Règlement 25-5-09 – M.B. 29-5 éd. 3 – art. 1)
(°°) d'application à partir du 1-6-2009 en ce qui concerne les bénéficiaires atteints d'une pathologie visée à l'article 3, 2°, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins. (Règlement 25-5-09 – M.B. 29-5 éd. 3 – art. 1)
d'application à partir du 1-9-2009 en ce qui concerne les bénéficiaires atteints d'une pathologie visée à l'article 3, 1°, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins. (Règlement 25-5-09 – M.B. 29-5 éd. 3 – art. 1)

[**I** - Règl. 25-8-09 - M.B. 28-8 - éd. 3 - art. 1] (°)

[CHAPITRE XIIIter

MODELE DE NOTIFICATION D'UN PROGRAMME RESTREINT POUR LE CONTROLE DE LA GLYCEMIE CHEZ UN PATIENT ATTEINT DU DIABETE DE TYPE 2]

[**I** - Règl. 25-8-09 - M.B. 28-8 - éd. 3 - art. 1] (°°)

[**Art. 30ter.** La notification visée au chapitre VI, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix est établi conformément au modèle contenu à l'annexe 74.]

[**I** – Règl. 28-9-09 –M.B. 15-10 – art. 1] (°°°)

[CHAPITRE XIIIquater

SEVRAGE TABAGIQUE]

[**I** – Règl. 28-9-09 –M.B. 15-10 – art. 1] (°°°°)

[**Art. 30quater**. **§ 1er.** Le document visé à l'article 5 de l'arrêté royal du 31 août 2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique utilisé par les tabacologues qui ne sont pas dispensateurs de soins est établi conformément au modèle repris à l'annexe 75.

§ 2. Le document de suivi visé à l'article 6 de l'arrêté royal du 31 août 2009 susvisé est établi conformément au modèle repris à l'annexe 76.]

(°) d'application à partir du 1-6-2009
(°°) d'application à partir du 1-6-2009
(°°°) d'application à partir du 1-10-2009
(°°°°) d'application à partir du 1-10-2009

[**I** – Règl. 11-10-10 – M.B. 19-10 – art. 1] (°)

[CHAPITRE XIIIquinquies

ENREGISTREMENT DES REGROUPEMENTS EN MEDECINE GENERALE]

[**I** – Règl. 11-10-10 – M.B. 19-10 – art. 1] (°°)

[**Art. 30quinquies. § 1er.** L'enregistrement des regroupements visés à l'article 2, d), de l'arrêté royal du 18 février 2004 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes agrées pour la gestion du dossier médical global, s'effectue au moyen d'un formulaire établi :

1° conformément au modèle repris à l'annexe 78 pour la demande comme regroupement;

2° conformément au modèle repris à l'annexe 79 pour la modification des données d'un regroupement enregistré.

§ 2. Si l'enregistrement visé au paragraphe 1er se réalise via une application en ligne gérée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les données pour l'enregistrement qui font partie des annexes 78 et 79 sont structurées d'une manière adaptée à la gestion de cette application.]

[**I** – Règl. 11-10-10 – M.B. 19-10 – art. 3] (°°°)

[**Art. 30sexies.** L'article 9, alinéa 1er, 2°, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins, entre en vigueur le 1er janvier 2011.]

(°) d'application à partir du 12-10-2010
(°°) d'application à partir du 12-10-2010
(°°°) d'application à partir du 1-1-2011

[**I** – Règl. 21-3-11 – M.B. 29-3 – art. 1] (°)

[CHAPITRE XIIIsexies

DU MODULE DE PREVENTION DU DOSSIER MEDICAL GLOBAL]

[**I** – Règl. 21-3-11 – M.B. 29-3 – art. 1] (°°)

[**Art. 30septies.** La check-list visée dans le libellé de la prestation 102395 et aux règles d'application qui la suivent visée à l'article 2, A, 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, est établie conformément au modèle repris à l'annexe 80.]

[**I** – Règl. 25-6-12 – M.B. 9-7 – art. 1] (°°°)

[CHAPITRE XIIIsepties

DE LA PUBLICATION DES CIRCULAIRES INFORMATIVES AUX DISPENSATEURS DE SOINS]

[**I** – Règl. 25-6-12 – M.B. 9-7 – art. 1; **R -** Règl. 11-1-16 – M.B. 15-1 – art. 1] (°°°°)

[**Art. 30octies. § 1er.** Les circulaires informatives aux dispensateurs de soins à l'exclusion des circulaires dans laquelle une réponse du dispensateur est demandée, sont publiées de la manière suivante :

- un exemplaire papier est déposé en exécution de la loi du 8 avril 1965 instituant le dépôt légal à la Bibliothèque royale de Belgique;

- un exemplaire papier est conservé à la Bibliothèque de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

- toute autre mise à disposition des dispensateurs de soins et du public en général, est réalisée par l'intermédiaire du site Internet de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Les publications mises à disposition sur ce site Internet sont les reproductions exactes dans un format électronique de l'exemplaire papier déposé en dépôt légal à la Bibliothèque royale de Belgique.

§ 2. Par dérogation au § 1er et pour autant que le dispensateur de soins ait légalement la possibilité de répondre électroniquement, les dispensateurs sont informés individuellement de cette possibilité par une lettre simple d'information accompagnée d'un formulaire de réponse pour la réponse papier et des indications nécessaires pour la réponse électronique. Les autres annexes sont consultables sur le site internet de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.]

(°) d'application à partir du 1-1-2013
(°°) d'application à partir du 1-1-2013
(°°°) d'application à partir du 1-9-2012
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2016

[**I** – Règl. 25-6-12 – M.B. 9-7 – art. 1] (°)

[**Art. 30nonies.** Aucune rétribution n'est due ni pour l'utilisation des fichiers électroniques mis à disposition sur le site Internet de l'INAMI conformément à l'article 30octies ni pour leur consultation et pour leur transformation ultérieure.]

[**I** – Règl. 4-5-15 – M.B. 11-12 – éd. 1 – art. 1] (°°)

[CHAPITRE XIIIdecies

DU PROTOCOLE DE SOINS POUR UN PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2]

[I – Règl. 4-5-15 – M.B. 11-12 – éd. 1 – art. 1; **M** – Règl. 3-2-25 – M.B. 25-2 – art. 1**]** (°°°)

Art. 30decies. Le protocole de soins mentionné dans le libellé de la prestation **[**400374**]** de la nomenclature des prestations de santé est établi conformément au modèle repris à l'annexe 85.

Ce protocole définit :

[M – Règl. 3-2-25 – M.B. 25-2 – art. 1**]** (°°°°)

- les bénéficiaires de la prestation **[**400374**]**

- les références en matière de suivi des patients diabétiques de type 2

[M – Règl. 3-2-25 – M.B. 25-2 – art. 1**]** (°°°°°)

- les données à enregistrer dans le DMG du bénéficiaire de la prestation **[**400374**]**.

(°) d'application à partir du 1-9-2012
(°°) d'application à partir du 1-2-2016
(°°°) d'application à partir du 1-3-2025
(°°°°) d'application à partir du 1-3-2025
(°°°°°) d'application à partir du 1-3-2025

[**I** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 4] (°)

[CHAPITRE XIV

DES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS]

[**I** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 4] (°°)

[**Section I**

Dispositions communes à tous les documents justificatifs]

[**I** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 4] (°°°)

Art. 31. [**M** – Règl. 24-7-17 – M.B. 12-10 – art. 1; **M** – Règl. 26-9-22 – M.B. 30-11 – art. 1; **R** – Règl. 13-11-23 – M.B. 29-11 – art. 1**] (°°°°)**

§ 1er. [Pour rappel, sauf dispositions contraires reprises dans les articles suivants du présent chapitre, un document justificatif répond au prescrit de l'article 53, § 1er/2 de la loi.]

(°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°°) d'application à partir du 10-12-2022

[**I** – Règl. 24-7-17 – M.B. 12-10 – art. 1] (°)

[**§ 2.** La remise du document justificatif peut se faire de manière électronique moyennant l'adoption de mesures techniques et d'organisation pour garantir la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel relatives à la santé envoyées, conformément aux exigences de l'article 16 de la loi du 12 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. La communication électronique du document justificatif exige l'eBox ou un système d'échange sécurisé garantissant un même niveau de sécurité, moyennant l'approbation du Comité sectoriel compétent. Pour une délivrance électronique, le bénéficiaire doit avoir donné son accord formel et il doit être fait usage d'un format lisible (par exemple via un document Word, PDF,....).]

[**I** – Règl. 24-7-17 – M.B. 12-10 – art. 1] (°°)

[**§ 3.** Lorsque le document justificatif n'est pas remis au patient lui-même, le bénéficiaire et la personne qui reçoit le document justificatif doivent marquer leur accord, conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Le dispensateur doit être en mesure de présenter ces consentements aux organes compétents en cas de contrôle.]

[**I** – Règl. 14-5-18 – M.B. 25-6 – art. 1] (°°°)

[**§ 4.** Chaque document justificatif est muni d'un numéro de suite unique.]

[**I** – Règl. 14-5-18 – M.B. 25-6 – art. 1] (°°°°)

[**§ 5.** Chaque document justificatif émis suite à la transmission électronique d'une attestation de soins donnés à l'organisme assureur en dehors du régime du tiers payant comporte le numéro de l'accusé de réception de l'eASD ainsi qu'un code-barres traduisant ce numéro d'accusé de réception, conformément aux modalités techniques d'application fixées en vertu de l'article 9bis de la loi.]

(°) d'application à partir du 1-1-2018
(°°) d'application à partir du 1-1-2018
(°°°) d'application à partir du 1-7-2018
(°°°°) d'application à partir du 1-7-2018

[**I** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 5] (°)

[**Section II**

Concernant le document justificatif qui doit être remis par les praticiens de l'art infirmier]

[**I** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 5] (°°)

[**Art. 31/1.** Le statut de conventionnement du praticien de l'art infirmier concerné par les prestations reprises sur le document justificatif est mentionné sur le document justificatif.

En regard de chaque prestation, mentionnée avec son rang dans la nomenclature, un libellé concis et compréhensible pour le patient est repris.

Lorsque les prestations sont portées en compte par un groupement de praticiens de l'art infirmier, le document justificatif peut être délivré par ce groupement de praticiens de l'art infirmier et non par les praticiens de l'art infirmier individuels ayant exécuté les prestations mentionnées. Dans ce cas, le nom du groupement, l'adresse de contact et le nom de la personne de contact doivent être mentionnés sur le document justificatif en plus du numéro tiers-payant de groupe (si le groupement porte les prestations en compte à l'aide d'un tel numéro).

Ce document justificatif comprend également les noms des praticiens de l'art infirmier et des aides soignants ayant contribués aux prestations mentionnées.

Ce document justificatif constitue un seul document pouvant contenir plusieurs volets ou pages et offre au bénéficiaire une vue complète des coûts.

[***A***brogé par : Règl. 24-7-17 – M.B. 12-10 – art. 2 (avant alinéa 6)]

Le document justificatif doit être remis mensuellement au bénéficiaire, aussi vite que possible et au plus tard 28 jours calendrier après l'envoi de la facturation. En cas de factures de correction, de refacturation ou de réintroduction de facturation et lors de remboursements, le praticien de l'art infirmier doit remettre un nouveau document justificatif au bénéficiaire en fin de procédure afin que celui-ci puisse disposer de toutes les informations correctes.

Les prestations identiques peuvent être rassemblées sur le document justificatif. Le praticien de l'art infirmier ou le groupement de praticiens de l'art infirmier concerné étant alors en charge de déterminer la manière concrète de procéder.]

(°) d'application à partir du 1-10-2015
(°°) d'application à partir du 1-10-2015

[**I** – Règl. 7-9-15 – M.B. 24-9 – art. 1] (°)

Section III

Concernant le document justificatif qui doit être remis par les sages-femmes

[**I** – Règl. 7-9-15 – M.B. 24-9 – art. 1] (°°)

Art. 31/2. Le statut de conventionnement du prestataire de soins concerné par les prestations reprises sur le document justificatif est mentionné sur le document justificatif.

Lorsque les prestations sont portées en compte par un groupement de sages-femmes, le document justificatif peut être délivré par ce groupement de sages-femmes et non par les sages-femmes individuelles ayant exécuté les prestations mentionnées.

Ce document justificatif constitue un seul document pouvant contenir plusieurs volets ou pages et offre au bénéficiaire une vue complète des coûts.

[***A***brogé par : Règl. 24-7-17 – M.B. 12-10 – art. 3 (avant alinéa 4)]

Le document justificatif doit être remis au bénéficiaire, aussi vite que possible et au plus tard simultanément avec l'envoi de la facturation.

Les prestations identiques peuvent être rassemblées sur le document justificatif. La sage-femme ou le groupement de sages-femmes concerné étant alors en charge d'en déterminer la manière concrète de procéder.

[**I** – Règl. 24-7-17 – M.B. 12-10 – art. 4]

[**Section IV**

Concernant le document justificatif qui doit être communiqué par les médecins]

[**I** – Règl. 24-7-17 – M.B. 12-10 – art. 5] (°°°)

[**Art. 31/3.** En ce qui concerne les prestations concernant la biologie clinique, l'anatomie pathologique et la génétique, le document justificatif mentionne à côté des prestations respectives, les noms des médecins spécialistes en biologie clinique, des pharmaciens et des licenciés en sciences agréés pour poser des actes médicaux en biologie clinique, des médecins spécialistes en anatomopathologie et des médecins habilités à effectuer des prestations de génétique, qui ont été impliqués dans l'exécution des prestations sur le documents justificatif, ainsi que leur statut de conventionnement.

Le document justificatif doit être remis au moins une fois par trimestre.

Des prestations similaires qui ont eu lieu à des moments différents et/ou ont été effectuées par des prestataires de soins différents, peuvent être regroupées sur un document justificatif. Pour l'application du présent article, les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique, reprises dans la nomenclature des prestations de santé, sont considérées comme similaires.]

(°) d'application à partir du 1-10-2015
(°°) d'application à partir du 1-10-2015
(°°°) d'application à partir du 1-1-2018

[**I** – Règl. 21-12-22 – M.B. 15-3-23 – éd. 2 - art. 2] (°)

[**Section V**

Concernant le document justificative qui doit être remis par les neuropsychologues]

[**I** – Règl. 21-12-22 – M.B. 15-3-23 – éd. 2 - art. 2] (°°)

[**Art. 31/4.** Le formulaire visé dans l'article 6, § 1er, 11°, alinéa 2, est remis au plus tard dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies.]

(°) d'application à partir du 1-12-2022
(°°) d'application à partir du 1-12-2022

[**M** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 3] (°)

[CHAPITRE XV

DISPOSITION ABROGATOIRE]

[**R**enuméroté – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 3] (°°)

[**Art. 32.**] L'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est abrogé.

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

[CHAPITRE XV/1

MODALITES DE LECTURE ELECTRONIQUE D'UN DOCUMENT D'IDENTITE]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

[**Section I**

Dispositions communes]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

[**Sous-section I**

Disposition introductive]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. Unique; **M** - Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 1] (°°°)

Art. 32/1. Le présent chapitre fixe les modalités de lecture électronique du document d'identité par les dispensateurs de soins qui sont tenus en vertu de l'article 53 de la loi de vérifier de manière électronique l'identité du patient pour l'application du tiers payant [via un réseau électronique].

(°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°) d'application à partir du 1-7-2015. L'article 31 devient l'article 32 - Règl. 27-7-15 - M.B. 24-8 – art. 3
(°°°) d'application à partir du 1-10-2017

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

[**Sous-section II**

Les documents d'identité]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

[**Art. 32/2.** Les documents d'identité qui peuvent être utilisés pour vérifier l'identité sont, dans cet ordre, les suivants :

- la carte d'identité électronique belge valide ou la carte d'étranger électronique valide ou le document de séjour électronique valide;
- l'attestation valide de perte ou de vol de l'un des documents visés ci-dessus;
- la carte ISI+ valide;
- l'attestation d'assuré social dans les situations visées à l'article 6 de l'arrêté royal du 26 février 2014 exécutant la loi du 29 janvier 2014 portant des dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+ **.**]

[**I** – Règl. 12-7-21 – M.B. 2-8 – art. 1 – Erratum 2-8]

[Si le bénéficiaire ne possède pas de documents d'identité tel que visé à l'alinéa précédent, son identité peut être vérifiée en confirmant son identité via l'application Itsme.]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

A**rt. 32/3.** Conformément à la loi du 29 janvier 2014 susvisée, les assurés sociaux sont tenus de présenter les documents d'identité visés à l'article 32/2 pour qu"il puisse être fait application du régime du tiers payant**.**

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

[**Sous-section III**

Vérification de l'identité]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

Art. 32/4. Sauf disposition contraire, chaque contact avec le bénéficiaire donne lieu à la lecture électronique du document d'identité.

En cas d'utilisation d'un document d'identité qui comporte une puce, le dispensateur doit lire celle-ci.

[**M** – Règl. 16-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 1]

Si le dispensateur utilise un document d'identité sans puce ou en cas d'indisponibilité du lecteur de carte [ou de la puce], il a le choix entre :

[**M** - Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 2; **M** – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 1]

- la lecture du code-barres ou du [code datamatrix] si elle est possible,
- l'introduction manuelle des données visées à la sous-section 5

[**I** - Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 3] (°)

[**Art. 32/4/1.** L'identité du patient est vérifiée avant que la prestation de soins ne soit effectuée.

Par exception à l'alinéa précédent, l'identité du patient peut aussi être vérifiée après que la prestation de soins ne soit effectuée. Dans ce cas, le dispensateur de soins aura recours à l'introduction manuelle des données visées à la sous-section 5.]

[**I** - Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 4 ; **R** – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 2] (°°)

[**Art. 32/4/2.** Au cas où la prestation de soins est effectuée pour un bénéficiaire âgé de moins de 3 mois d'une part ou à une personne qui bénéficie de l'assurance obligatoire soins de santé sur base d'une carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire S2, E111, E128 ou encore d'une medi-carte australienne d'autre part, l'identité du patient ne doit pas être vérifiée.]

(°) d'application à partir du 1-10-2017
(°°) Texte remplacé en FR et modifié en NL

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

[**Sous-section IV**

Panne du système informatique]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

[**Art. 32/5.** Sauf disposition contraire, le dispensateur de soins peut, en cas de panne de son système informatique utiliser l'attestation de soins donnés papier prévue pour sa catégorie de dispensateurs ou différer la facturation électronique. Dans ce dernier cas, les données visées à la sous-section 5 sont introduites manuellement.

Les dispensateurs de soins mettent tout en oeuvre pour remédier ou faire remédier aux pannes de leurs lecteurs et/ou de leurs systèmes informatiques.]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

[**Sous-section V**

Données enregistrées]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

Art. 32/6. [**M** – Règl. 12-7-21 – M.B. 2-8 – art. 2 – Erratum 2-8]

Chaque lecture électronique d'un document d'identité ou d'une vignette [et chaque vérification d'identité via l'application Itsme] donne lieu à l'enregistrement des données suivantes:

[**M** – Règl. 12-7-21 – M.B. 2-8 – art. 2 – Erratum 9-8**]**

- la nature du document d'identité (ou de la vignette **[**ou l'application Itsme**]**) et, le cas échéant, le numéro de série du support;

[**M** – Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 5; **M** – Règl. 12-7-21 – M.B. 2-8 – art. 2 – Erratum 9-8; **R** – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 3]

[- le type de saisie de données (lecture de la puce ou lecture du code-barres ou du code datamatrix) ou l'application Itsme ;**]**

- en cas d'utilisation de la vignette, la raison de cette utilisation;

[**M** – Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 5] (°)

[- en cas d'introduction manuelle, les raisons de celle-ci;]

- la date et l'heure de la saisie des données.]

(°) d'application à partir du 1-10-2017

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique]

Art. 32/7. L'utilisation de la vignette n'est permise que dans l'une des situations suivantes:

- absence du bénéficiaire pendant la prestation et pas d'exigence de présence simultanée du bénéficiaire et du dispensateur;
- le bénéficiaire ne dispose d'aucun document visé à l'article 32/2.

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. Unique]

Art. 32/8. [**M** – Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 6; **M** – Règl. 16-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 2]

En cas d'introduction manuelle [**…**], le dispensateur de soins indique le NISS du bénéficiaire ainsi que, le cas échéant, le numéro de série du document d'identité [**…**].

[**R** – Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 6] (°)

[Sauf en cas d'introduction manuelle visée aux articles 32/4/1 et 32/5 et en cas d'introduction manuelle pour cause d'absence de connectivité entre les logiciels, la date et l'heure de l'introduction manuelle par le dispensateur de soins des données visées à la présente sous-section sont enregistrées.]

Le dispensateur de soins précise les raisons de l'introduction manuelle, à savoir :

[**M** – Règl. 16-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 2]

- indisponibilité du lecteur de carte [ou de la puce];
- utilisation d'un document d'identité sans puce;
- panne du système informatique.

[**I** – Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 6] (°°)

[- vérification différée sans panne;]

[**I** – Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 6] (°°°)

[- pas de connectivité entre les logiciels.]

[**I** – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 4]

[- le bénéficiaire ne dispose d'aucun document visé à l'article 32/2.]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique; **R** – Règl. 16-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 3; **R** – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 5]

[**Art. 32/9.** Sauf disposition contraire, les données nécessaires résultant d'un contact précédent ne peuvent être utilisées sauf dans le cas d'une refacturation à l'organisme assureur après une première facturation de la prestation de santé à l'assurance accident de travail.]

(°) d'application à partir du 1-10-2017
(°°) d'application à partir du 1-10-2017
(°°°) d'application à partir du 1-10-2017

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. Unique; **M** – Règl. 25-9-17 – M.B. 5-10 – art. 7] (°)

[**Art. 32/10.** Une copie du document justificatif remis au patient conformément à l'article 53, § 1/2, de la loi et qui correspond aux prestations portées en compte doit être associée [de manière électronique] aux vérifications de l'identité réalisées pour ces prestations et doit pouvoir être reproduite par le dispensateur de soins.]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique; **I** – Règl. 16-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 5]

[**Art. 32/11.** Dans les institutions de soins dans lesquelles le responsable de l'institution (ou son délégué) conserve les documents d'identité des résidents, la lecture électronique de tous les documents d'identité peut être réalisée par le dispensateur de soins le jour des prestations après que tous les soins ont été prestés.]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. Unique; **R** – Règl. 16-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 4]

[**Section II**

[**Modalité de lecture d'un document d'identité par les infirmiers**]

[**I** – Règl. 3-10-16 – M.B. 3-11 – art. unique; **R** – Règl. 16-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 4 ; **M** – Règl. 12-7-21 – M.B. 2-8 – art. 3 – Erratum 2-8; **M** – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 6]

Art. 32/12. Les organismes assureurs dressent la liste des situations dans lesquelles l'infirmier fait utilisation, à raison d'au moins 10 p.c. des prestations qu'il facture en tiers payant, de l'introduction manuelle, la lecture du code-barres ou du [code datamatrix] visée à l'article 32/4 et de la vignette.

(°) d'application à partir du 1-10-2017

[**I** – Règl. 17-12-18 – M.B. 27-12 – éd. 1 – art. 1] (°)

[CHAPITRE XV/2

MODALITES DE PUBLICATION DES RESULTATS D'ANALYSE DE BIOLOGIE CLINIQUE]

[I – Règl. 17-12-18 - M.B. 27-12 – éd. 1 – art. 1**]**

Art. 32/13. Pour le format électronique visé à l'article 24, § 9, 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, il est fait usage des formats texte, PDF ou XML.

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Section III**

Modalités de lecture électronique d'un document d'identité par les hôpitaux]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

Sous-section I

Champ d'application

[I – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6; **Rénumérotation** – Règl. 12-7-21 – M.B. 2-8 – art. 4 – Erratum 9-8**]**

[**Art. 32bis.]** La présente section établit les modalités particulières de lecture électronique du document d'identité par les hôpitaux visés à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

Les conditions particulières de cette section concernent d'une part les soins médicaux dans le cadre d'une hospitalisation et d'autre part les soins médicaux ambulatoires dispensés par un dispensateur de soins d'un hôpital et facturés par l'hôpital

(°) d'application à partir du 1-1-2019

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Sous-section II**

Vérification de l'identité en cas d'admission dans un hôpital]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Art. 32/14.** Dans le cas où le patient à qui les prestations de soins sont fournies est admis à l'hôpital, son document d'identité est lu au moment de son admission ou au plus tard dans les 3 jours suivant son admission.]

[**I** - Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 7]

[Pour la médication de sortie, la vérification de l'identité du patient se réalise à l'aide des données nécessaires qui ont été enregistrées lors de l'admission.]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Art. 32/15.** Par dérogation à l'article 32/9, l'hôpital peut réutiliser les données relatives à un contact précèdent dans l'hypothèse où le patient est au départ admis aux urgences, où son identité est vérifiée, puis le patient est hospitalisé dans le même hôpital, suite à son passage aux urgences.]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Sous-section III**

Vérification de l'identité lors des prestations de soins ambulatoires]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Art. 32/16.** Le document d'identité du patient qui n'est pas admis à l'hôpital, mais qui bénéficie des soins médicaux délivrés par les dispensateurs de soins de l'hôpital, est lu à son arrivée.

En cas d'urgence, la lecture du document d'identité peut avoir lieu au plus tard le jour même où la prestation médicale est délivrée.

[I – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 8**]**

Dans le cas d'une prestation ambulatoire de quelques heures répartie sur deux jours aux urgences, l'identité du patient est vérifiée une fois. **[**La même chose vaut pour une hospitalisation du jour répartie sur deux jours.**]**

Pour des prestations ambulatoires aux urgences délivrées à un patient qui est ensuite hospitalisé dans le même hôpital, l'identité du patient est vérifiée comme prévu à l'article 32/14.]

[I – Règl. 12-7-21 – M.B. 2-8 – art. 5 – Erratum 9-8**]**

[Pour l'application de cette sous-section, l'inscription via une application de l'hôpital est assimilée à la lecture électronique d'un document d'identité, si cette application ne peut être utilisée qu'à proximité de l'hôpital et si le document d'identité du patient a été lu lors de sa première visite à l'hôpital. L'hôpital décrit le fonctionnement de l'application, y compris les conditions d'équivalence susmentionnées, dans un protocole qui est transmis à l'INAMI. L'inscription via une application de l'hôpital donne lieu à l'enregistrement des données suivantes : l'utilisation de l'application et la date et l'heure de l'inscription via l'application.**]**

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

Sous-section IV

Contenu de la vérification de l'identité

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Art. 32/17.** La lecture du document d'identité visée aux articles 32/14 et 32/15 est toujours suivie d'au moins une vérification de l'identité par un membre du personnel de l'hôpital, sur la base des données d'identité enregistrées dans le dossier électronique du patient, à la suite de cette lecture.

Chaque hôpital décrit dans un protocole la façon dont les données lues par le logiciel sont ensuite enregistrées dans le dossier électronique du patient et consultées par le personnel de l'hôpital. Ce protocole est transmis à l'INAMI.]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Sous-section V**

Prestations sans vérification de l'identité]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6; **R** – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 9]

[**Art. 32/18.**. L'identité du patient ne doit pas être vérifiée pour:

- les prestations de consultations multidisciplinaires sans présence du patient;

- les prestations effectuées à distance;

- les avis du Chapitre II de la nomenclature établie par l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

- les forfaits alimentation parentérale à domicile;

- le forfait oncologique de base;

- les forfaits qui sont facturés dans le cadre des conventions de revalidation visées aux articles 22, 6° et 23, § 3 de la loi;

- l'hospitalisation à domicile;

- la prestation fournie à un patient admis dans un autre hôpital et retournant à l'hôpital d'admission après l'exécution de la prestation;

- la prestation fournie à un patient qui décède et pour lequel aucune vérification d'identité à postériori n'ait pu avoir lieu au plus tard 1 mois après la prestation ou le début d'admission;

- transport urgent de malades vers un hôpital effectué et facturé par un autre hôpital;

- dialyse au domicile du patient;

- les prestations/médicaments réalisés/administrés par une équipe d'urgence médicale où le patient n'est pas transporté à l'hôpital de l'équipe d'urgence médicale;

- les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique ;

- les médicaments livrés par la pharmacie d'un hôpital à une maison de repos pour personnes âgées et facturés par l'hôpital à la maison de repos via le fichier de facturation électronique de l'hôpital;

- les produits radiopharmaceutiques qui n'ont pas pu être administrés au patient;

- les séances d'un psychologue qui sont remboursées dans le cadre de la convention de soins de psychologie de première ligne ; - suivi par équipes mobiles en santé mentale pour lequel l'hôpital ne facture que les pseudocodes pour le début et la fin de ce suivi et les visites du psychiatre.**]**

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Sous-section VI**

Traitements récurrents]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Art. 32/19**. L'identité du patient doit être vérifiée au minimum une fois par facture pour:

- les traitements de chimiothérapie ;

- les traitements par radiothérapie visés à l'article 18, paragraphe 1, de la nomenclature des prestations médicales ;

- les traitements d'immunothérapie ;

- les honoraires et indemnités forfaitaires prévus par la convention sur le financement de la dialyse ;

- les forfaits de médicaments PMA1, PMA2 et PMA3 dans le cadre de la fécondation in vitro ;

- les soins de santé mentale post-cure ;

[**R** – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 10]

[- les médicaments administrés dans le cadre d'un traitement prévu au présent article.]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Sous-section VII**

Vérification d'identité différée]

[**I** – Règl. 26-12-19 – M.B. 25-11-20 – art. 6]

[**Art. 32/20.** Par dérogation à l'article 32/4/1, alinéa 2, un hôpital peut, à l'exception des prestations de soins infirmiers, vérifier l'identité du patient par d'autres moyens que la saisie manuelle des données visées à la section 1, sous-section 5, si l'identité du patient est vérifiée après que la prestation de soins ait été délivrée.]

[**I** – Règl. 27-11-23 – M.B. 12-12 – art. 11]

[Par dérogation à l'article 32/8, alinéa 1er, la date et l'heure de l'introduction manuelle par l'hôpital sont également enregistrées lorsque celle-ci a lieu après que la prestation de soins ait été effectuée.]

[**M** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 3] (°)

[CHAPITRE XVI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES]

[**R** – Règl. 22-6-15 – M.B. 30-6 – art. 1; **R**enuméroté – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 3] (°°)

[**Art. 33.**] Les attestations de soins et de fournitures figurant en annexe au présent règlement qui étaient en vigueur le 30 juin 2015 peuvent, à titre transitoire, être utilisées par les dispensateurs de soins jusqu'au 30 juin 2016 inclus.

[**I** – Règl. 21-9-15 – M.B. 13-10 – art. 1] (°°°)

[Par dérogation à l'alinéa 1er, les attestations de soins figurant aux annexes 1, 8, 10 et 26 au présent règlement qui sont utilisées sous forme de formulaires en continu ainsi que l'attestation globale de soins donnés visée à l'annexe 28 au présent règlement, peuvent, à titre transitoire, être utilisées par les dispensateurs de soins jusqu'au 31 décembre 2016 inclus.]

[**R**enuméroté – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 3] (°°°°)

[**Art. 34.**] 1. La facturation transmise par les établissements hospitaliers aux organismes assureurs avant le 1er septembre 2003 et relative aux prestations de l'article 25 de la nomenclature, telle qu'en application avant le 1er mai 2003, peut conserver sa conformité pour les prestations effectuées à partir du 1er mai 2003.

2. Si l'établissement hospitalier décide quand même de refacturer ces prestations conformément à la nomenclature, en application au 1er mai 2003, cette refacturation peut être introduite auprès des organismes assureurs du 1er 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 1er mai 2003, doivent les transmettre conformément à la nomenclature en vigueur au 1er mai 2003.

[**M** – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 3] (°°°°°)

[CHAPITRE XVII

ENTREE EN VIGUEUR]

[**R**enuméroté – Règl. 27-7-15 – M.B. 24-8 – art. 3] (°°°°°°)

[**Art. 35.**] Le présent règlement entre en vigueur le 1er septembre 2003 à l'exception des dispositions reprises à l'article 30 qui entrent en vigueur le 1er octobre 2003.

(°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°) d'application à partir du 1-7-2015. L'article 32 devient l'article 33 - Règl. 27-7-15 - M.B. 24-8 – art. 3
(°°°) d'application à partir du 1-10-2015
(°°°°) d'application à partir du 1-7-2015. L'article 33 devient l'article 34 - Règl. 27-7-15 - M.B. 24-8 – art. 3
(°°°°°) d'application à partir du 1-7-2015
(°°°°°°) d'application à partir du 1-7-2015. L'article 34 devient l'article 35 - Règl. 27-7-15 - M.B. 24-8 – art. 3