

**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.

**CHAPITRE II.
DES PRESTATIONS DE SANTE**

Section I

Des prestations de santé exigées ou couvertes par des tiers

Art. 2. 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.

(°) Règl. du 28-7-2003 - M.B. 29-8, d'application à partir du 1-9-2003

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

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 de défense sociale.

Ce refus ne vaut pas pour les prestations de santé délivrées au cours de la période pendant laquelle le bénéficiaire se trouve, à la suite d'une décision de l'autorité compétente, hors de la prison ou hors de l'établissement de défense sociale, en application de la mesure de semi-liberté ou de surveillance électronique dont les modalités sont fixées par le Ministre ayant la Justice dans ses attributions.

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° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur bleue conforme au modèle repris à l'[annexe 1](#), lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour leur propre compte 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.

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 palliatifs prévu à l'article 8, § 7, 5° de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'[annexe 6](#).

2° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur verte conforme au modèle repris à l'[annexe 7](#), lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour compte d'autrui 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.

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 palliatifs prévu à l'article 8, § 7, 5° de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'[annexe 6](#).

3° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur orange conforme au modèle repris à l'[annexe 8](#), lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour son propre compte par un praticien de l'art dentaire;

4° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur verte conforme au modèle repris à l'[annexe 9](#), lorsqu'il s'agit de prestations fournies pour compte d'autrui par un praticien de l'art dentaire;

5° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur blanche conforme au modèle repris à l'[annexe 10](#), lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour son propre compte par un médecin, ou par un pharmacien ou licencié en sciences agrégé pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance soins de santé;

6° une attestation de soins imprimée sur papier de couleur verte conforme au modèle repris à l'[annexe 11](#), lorsqu'il s'agit de prestations effectuées pour compte d'autrui par un médecin, ou par un pharmacien ou licencié en sciences agrégé pour effectuer des prestations de biologie clinique dans le cadre de l'assurance soins de santé;

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

[M – Règl. 31-1-05 – M.B. 22-3 – éd.2](°) - une attestation de fourniture, conforme au modèle, repris à l'[annexe 13](#), lorsqu'il s'agit des prestations fournies par les bandagistes à l'exception des prestations de l'article 28 § 8 de la nomenclature et les orthopédistes;

[I - Règl. 31-1-05 – M.B. 22-3 – éd.2](°°) - une attestation de délivrance, conforme au modèle repris à l'[annexe 13bis](#), lorsqu'il s'agit des prestations délivrées par les bandagistes concernant l'article 28, § 8, de la nomenclature.

(°) d'application à partir du 31-1-2005. Le règlement du 31-1-2005 produit ses effets à la date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé pour l'entrée en vigueur de la liste des produits admis au remboursement, établie en vertu de l'article 28, § 8, de la nomenclature, tel que remplacé par l'arrêté royal du 12 janvier 2005. Voir aussi www.inami.fgov.be, rubrique dispensateurs de soins, nomenclature, coordination officieuse : art. 28.

(°°) d'application à partir du 31-1-2005. Le règlement du 31-1-2005 produit ses effets à la date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé pour l'entrée en vigueur de la liste des produits admis au remboursement, établie en vertu de l'article 28, § 8, de la nomenclature, tel que remplacé par l'arrêté royal du 12 janvier 2005. Voir aussi www.inami.fgov.be, rubrique dispensateurs de soins, nomenclature, coordination officieuse : art. 28.

- une attestation de fourniture conforme au modèle repris à l'[annexe 14](#), lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les fournisseurs d'implants;
- une attestation de fourniture, conforme au modèle repris à l'[annexe 15](#), lorsqu'il s'agit de prestations fournies par les opticiens;
- un formulaire de demande de remboursement conforme au modèle repris à l'[annexe 16](#) pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques;
- un formulaire relatif à la fourniture d'un appareil de correction auditive, conforme au modèle repris à l'[annexe 17](#), doit accompagner l'attestation pour les prestations fournies par les audiciens;

- un formulaire de demande de remboursement conforme au modèle repris à l'[annexe 18](#), pour les vêtements compressifs et masques pour grands brûlés;

[M - Règl. 31-1-05 – M.B. 22-3 – éd.2](°)

- une prescription médicale pour une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'[annexe 19](#);

[I - Règl. 31-1-05 – M.B. 22-3 – éd.2](°°)

- rapport de fonctionnement multidisciplinaire pour la demande d'une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'[annexe 19bis](#) ;

[I - Règl. 31-1-05 – M.B. 22-3 – éd.2](°°°)

- rapport de motivation pour la demande d'une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'[annexe 19ter](#) ;

[M - Règl. 31-1-05 – M.B. 22-3 – éd.2](°°°°)

- une demande d'intervention de l'assurance pour une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'[annexe 20](#);

- une demande de remboursement d'une prothèse myoélectrique, conforme au modèle repris à l'[annexe 21](#);

[I - Règl. 22-12-03 - M.B. 29-9-04](°°°°°)

- le formulaire prévu à l'article 29, § 13, B., de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'[annexe 21bis](#).

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](#).

(°) d'application à partir du 31-1-2005. Le règlement du 31-1-2005 produit ses effets à la date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé pour l'entrée en vigueur de la liste des produits admis au remboursement, établie en vertu de l'article 28, § 8, de la nomenclature, tel que remplacé par l'arrêté royal du 12 janvier 2005. Voir aussi www.inami.fgov.be, rubrique dispensateurs de soins, nomenclature, coordination officielle : art. 28.

(°°) d'application à partir du 31-1-2005. Le règlement du 31-1-2005 produit ses effets à la date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé pour l'entrée en vigueur de la liste des produits admis au remboursement, établie en vertu de l'article 28, § 8, de la nomenclature, tel que remplacé par l'arrêté royal du 12 janvier 2005. Voir aussi www.inami.fgov.be, rubrique dispensateurs de soins, nomenclature, coordination officielle : art. 28.

(°°°) d'application à partir du 31-1-2005. Le règlement du 31-1-2005 produit ses effets à la date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé pour l'entrée en vigueur de la liste des produits admis au remboursement, établie en vertu de l'article 28, § 8, de la nomenclature, tel que remplacé par l'arrêté royal du 12 janvier 2005. Voir aussi www.inami.fgov.be, rubrique dispensateurs de soins, nomenclature, coordination officielle : art. 28.

(°°°°) d'application à partir du 31-1-2005. Le règlement du 31-1-2005 produit ses effets à la date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé pour l'entrée en vigueur de la liste des produits admis au remboursement, établie en vertu de l'article 28, § 8, de la nomenclature, tel que remplacé par l'arrêté royal du 12 janvier 2005. Voir aussi www.inami.fgov.be, rubrique dispensateurs de soins, nomenclature, coordination officielle : art. 28.

(°°°°°) d'application à partir du 1-9-2004

[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.

[I - Règl. 15-3-04 - M.B. 17-5 - éd.1 ; R – Règl. 28-7-08 – M.B. 14-8 – 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 1^{er} 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 dix 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 1-1-2004

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

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

(°°°°) 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;

9° une attestation de soins donnés, imprimée sur papier bleu, conformément au modèle prévu à l'[annexe 26](#), lorsqu'il s'agit de prestations effectuées par des diététiciens, logopèdes, orthoptistes et podologues et lorsque les honoraires relatifs à ces prestations sont ou seront perçus par les dispensateurs pour leur propre compte;

10° une attestation de soins donnés, imprimée sur papier vert, conformément au modèle prévu à l'[annexe 27](#), lorsqu'il s'agit de prestations effectuées par des diététiciens, logopèdes, orthoptistes et podologues et lorsque les honoraires relatifs à ces prestations ne sont ou ne seront pas perçus par les dispensateurs pour leur propre compte.

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](#).

[I - Règl. 22-12-08 - M.B. 13-2-09 - éd.2 - art.1](°)

[§ 1er bis. 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 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 aux termes de la réglementation 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.]

§ 2. Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1er, 2°, 4° et 6° , les prestations effectuées pour compte d'autrui peuvent être mentionnées sur une attestation globale de couleur verte 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".

Pour les prestations de kinésithérapie et de soins infirmiers effectuées en déplacement et attestées à l'aide de l'[annexe 28](#), le remboursement des frais de déplacement par l'assurance soins de santé est subordonné à la déclaration suivante: "J'atteste m'être déplacé au domicile du bénéficiaire pour y donner mes soins. Le bénéficiaire m'a déclaré se trouver, par suite de son état de santé, dans l'impossibilité de se déplacer." Cette déclaration doit être reproduite sur la dernière ligne de l'attestation globale.

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

Le cas échéant, pour les prestations de kinésithérapie, la déclaration suivante, dûment signée par le bénéficiaire, doit être reproduite sur l'attestation: "Bien que je sois en état de me déplacer, j'ai demandé au kinésithérapeute de me donner ses soins à mon domicile. Je sais que, dans ces conditions, je devrai prendre à ma charge le montant de ses frais de déplacement, sans intervention de l'assurance soins de santé." Une vignette peut être apposée dans la case prévue à cet effet.

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

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

a) l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'[annexe 10](#) ou à l'[annexe 11](#), lorsqu'il effectue une prestation médicale;

b) l'attestation de soins conforme au modèle repris à l'[annexe 8](#) ou à l'[annexe 9](#), lorsqu'il effectue des prestations de l'art dentaire;

c) une attestation de soins conforme au modèle repris à l'[annexe 10](#) ou à l'[annexe 11](#) lorsqu'il effectue une radiographie dentaire et pour autant que cette prestation accompagne une consultation ou une prestation médicale.

§ 4. Les médecins néerlandais, allemands, luxembourgeois et français, habitant dans la zone frontière et habilités à traiter des bénéficiaires en Belgique, utilisent pour la prescription de fournitures pharmaceutiques aux bénéficiaires non hospitalisés, la prescription de médicaments dont le modèle est repris à l'[annexe 29](#).

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

§ 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](#).

§ 7. S'il y a plus d'un récépé 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. Le pharmacien peut différer la dispensation effective de la spécialité pharmaceutique ou de la préparation magistrale par la remise d'un formulaire de dispensation et de facturation différée, conforme au modèle 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 récépé pour lequel il a élaboré le formulaire.

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

La durée de validité de ce formulaire correspond à la durée de validité de trois mois de la prescription originale en ce qui concerne le remboursement.

§ 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.

§ 9. Le cachet prévu sur les modèles figurant aux [annexes 7, 9, 11, 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. L'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires spécifiques de médecins généralistes ou de médecins spécialistes n'est due qu'à partir du moment où le Service des soins de santé de l'Institut est informé de l'agrément par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, 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.

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'agrément provisoire de médecins spécialistes en médecine nucléaire, est due à partir de la date à laquelle leur agrément sortit rétroactivement ses effets.

§ 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 par un médecin, l'intervention de l'assurance ne peut être accordée que lorsque la formule de prescription comporte, outre les mentions requises par la nomenclature, le numéro d'identification INAMI du médecin 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 médecin 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.

Le procédé visé aux alinéas 1 et 2 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.

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 17-5-04
(°) d'application à partir du 17-5-04

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

b) pour les dents lactéales

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

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

§ 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.

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;

(°) d'application à partir du 17-5-04

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. Par la mention « numéro d'inscription » sur les attestations de soins, il faut entendre le numéro de code NISS du bénéficiaire.

(°) d'application à partir du 28-5-2008

(°°) d'application à partir du 30-6-2006

(°°°) d'application à partir du 30-6-2006

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

[**Art. 6bis. § 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
- L'adresse du bénéficiaire
- Le code CT1/CT2.

Ces données sont obligatoires.

- Le nom et le numéro de l'organisme assureur
- Le numéro interne du bénéficiaire

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. Lorsqu'il n'est pas possible, de manière ambulatoire, de poser un diagnostic, d'appliquer une thérapeutique ou d'isoler effectivement un contagieux, le bénéficiaire peut être hospitalisé dans un service hospitalier agréé à cet effet par le Ministre compétent en la matière.

Une déclaration d'hospitalisation est établie par le praticien de l'art de guérir travaillant ou admis dans un hôpital et versée par l'hôpital dans le dossier administratif du malade. Le médecin qui effectue la surveillance du bénéficiaire hospitalisé, fait sortir celui-ci dès que les conditions d'hospitalisation prévues à l'alinéa 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. [Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, la vignette de concordance ne doit pas être apposée sur la facture récapitulative des établissements hospitaliers comme prévue aux [annexes 22, 23, 24](#) et [25](#) si la facture récapitulative en application de l'article 6, § 1^{er}, point 8, alinéa 4, de ce règlement est conservée à l'hôpital.]

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 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.

5. *Abrogé par : Règl. 24-10-05 – M.B. 16-11 – éd. 1(°)*

§ 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.

§ 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](#).

§ 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 16-11-2005

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.

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

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

§ 10. A compter du 1^{er} 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.

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

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.

(°) d'application à partir du 16-11-2005

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.

Les hôpitaux qui ne peuvent être prêts à la date du 1^{er} juillet 2006 visée au premier alinéa, doivent transmettre à la Commission de conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs, au plus tard le 31 décembre 2005, 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.

L'obligation de la transmission électronique des documents visés au premier alinéa ne s'applique pas aux hôpitaux disposant au 31 décembre 2005 d'un agrément pour moins de 50 lits ou aux hôpitaux ayant enregistré moins de 250 admissions en 2004 ou en 2005.

[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 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 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 para-médical 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^o 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] (°)

[Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, la vignette de concordance ne doit pas être apposée sur la facture récapitulative des établissements hospitaliers comme prévue aux [annexes 22, 23, 24](#) et [25](#) si la facture récapitulative en application de l'article 6, § 1^{er}, point 8, alinéa 4, de ce règlement est conservée à l'hôpital.]

(°) d'application pour les factures individuelles datées à partir du 1-1-2009

Art. 10 § 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] (°)

- 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 référeront, en tout état de cause, à la première facturation;

- si la facturation est établie par le conseil médical d'un établissement hospitalier, une note d'honoraires, dont le modèle est prévu à l'[annexe 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.

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

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

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

- en cas de facturation de prestations que ni l'établissement hospitalier, ni le conseil médical de l'établissement n'ont 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 [annexes 37](#) et [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](°)

[§ 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](°°)

[§ 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.]

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

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

Art. 11 § 1er. Les notes d'hospitalisation visées à l'article 6, § 1er, 8° sont établies par périodes de séjour clôturées. Toutefois, lorsque l'hospitalisation dure plus de trente jours, une note d'hospitalisation partielle est établie, qui est clôturée une fois par mois. Quel que soit le nombre de journées d'entretien:

- a) une note d'hospitalisation partielle doit en tout cas être établie au 31 décembre de chaque année;
- b) une note d'hospitalisation partielle peut exceptionnellement être établie chaque 31 mars, 30 juin et 30 septembre;
- c) une note d'hospitalisation partielle doit en tout cas être établie le 30 juin 2002.

§ 2. Lorsqu'un service du Conseil médical opère une perception centrale pour tous les médecins hospitaliers ou pour certains d'entre eux, les attestations de soins donnés accompagnées d'un état récapitulatif des honoraires se rapportant à une période de séjour clôturée ou, si l'hospitalisation dure plus de trente jours, à une période mensuelle, sont jointes à la facturation de l'établissement hospitalier et doivent s'y référer. Ces facturations doivent être accompagnées d'un bordereau d'envoi unique conforme au modèle repris à l'[annexe 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 la SNCB 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.

§ 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 la SNCB 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.

§ 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. Par dérogation aux dispositions de l'article 11, les dispositions suivantes sont applicables aux établissements psychiatriques.

§ 1er. L'établissement psychiatrique est tenu d'introduire ses notes d'hospitalisation établies par trimestre civil, sous forme d'un envoi global au siège national de l'organisme assureur, sauf avis contraire de celui-ci, dans les deux mois qui suivent le trimestre auquel elles se rapportent.

§ 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 la SNCB 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.

§ 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 la SNCB 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.

[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 tarifier les fournitures pharmaceutiques délivrées par l'officine ou le dépôt des médicaments de l'établissement hospitalier lorsque des fournitures pharmaceutiques sont délivrées au sein d'un établissement hospitalier, dans les cas où l'assuré séjourne dans l'établissement hospitalier sans que ce séjour donne lieu au paiement d'un prix de la journée d'entretien.

CHAPITRE 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](#)

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

(°) d'application à partir du 14-8-2008
(°°) d'application à partir du 1-1-2007
(°°°) d'application à partir du 17-5-2004

§ 3. *Abrogé 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.

§ 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.

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](#).

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

(°°) d'application à partir du 1-12-2004

§ 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

§ 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.

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. Toute consultation oncologique multidisciplinaire facturée, soit la prestation 350372-350383 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](#).

CHAPITRE IX DES CONDITIONS D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE POUR PROTHESES DENTAIRES, POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE ET POUR TRAITEMENT PREVENTIF

Art. 23. § 1er. [R – Règl. 3-11-08 – M.B. 28-11 – éd. 2 – art. 1](°)

[L'intervention de l'assurance pour prothèses dentaires visées à l'article 5, § 2, A, de la nomenclature, à partir de l'âge de 50 ans, n'est due que sur présentation de l'attestation de soins donnés accompagnée du formulaire dûment complété dont le modèle figure à l'[annexe 56](#).

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

Pour pouvoir donner lieu à l'intervention de l'assurance, les prothèses partielles ou totales doivent être réalisées en minimum 4 étapes au cours d'au moins 3 séances distinctes.

Les dates doivent être mentionnées sur le formulaire repris à l'[annexe 56](#) précitée.]

§ 2. [Abrogé par : Règl. 3-11-08 – M.B. 28-11 – éd. 2 – art. 1 (avant §2)]^(°)

[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 **[§ 1^{er}]**, 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;

[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.

^(°) d'application à partir du 1-1-2009
^(°°) d'application à partir du 1-1-2009
^(°°°) d'application à partir du 1-9-2005

[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](#)

(°) d'application à partir du 1-9-2005

(°°) d'application à partir du 1-5-2009

§ 5. L'intervention de l'assurance pour la prestation 317295-317306 visée à l'article 14, 1, 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](#).

Art. 24. § 1er. [I - Règl. 5-5-08 - M.B. 30-5 - éd.2 - art.1](°)

[La demande d'intervention de l'assurance dans un traitement orthodontique de première intention visé à l'article 5, § 3, 1°, de la nomenclature est introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur au moyen du formulaire prévu à l'[annexe 60bis](#).]

[M - Règl. 5-5-08 - M.B. 30-5 - éd.2 - art.1](°°)

La demande d'intervention de l'assurance dans un traitement orthodontique visé à l'[article 5, § 3, 2°] de la nomenclature est introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur au moyen du formulaire prévu à l'[annexe 60](#).

[R - Règl. 20-11-06 - M.B. 10-1-07 - éd.1 - art.2; M - Règl. 5-5-08 - M.B. 30-5 - éd.2. - art.1](°°°)

La demande d'intervention de l'assurance pour prolongation d'un traitement orthodontique visé à l'[article 5, § 3, 2°] de la nomenclature est introduite, par l'intermédiaire du médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire au moyen des formulaires prévus aux [annexes 60](#) et [61](#).

[I - Règl. 20-11-06 - M.B. 10-1-07 - éd.1 - art.2](°°°°)

En cas de fentes labio-alvéopalatines, la demande d'intervention de l'assurance pour une deuxième et troisième fois la prestation 305675-305686 est introduite auprès du médecin-conseil de l'organisme assureur au moyen du formulaire prévu à l'[annexe 60](#) et via le médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire au moyen des formulaires prévus aux [annexes 60](#) et [61](#).

§ 2. [M - Règl. 20-11-06 - M.B. 10-1-07 - éd.1 - art.2](°°°°°)

Les prestations 301556, 301571, 371556 et 371571, visés à l'article 5, de la nomenclature, qui sont mentionnées sous la rubrique "Traitements préventifs" impliquent l'établissement par le praticien de l'art dentaire d'un document dénommé "Examen buccal: Soins à envisager", mis à sa disposition par les services de l'Institut et conforme au formulaire prévu à l'[annexe 62](#).

Ce formulaire doit être transmis au bénéficiaire.

La délivrance de ce document ne dispense pas le praticien de l'art dentaire de ses obligations concernant la délivrance des attestations de soins donnés.

(°) d'application à partir du 1-7-2008
(°°) d'application à partir du 1-7-2008
(°°°) d'application à partir du 1-7-2008
(°°°°) d'application à partir du 1-9-2005
(°°°°°) d'application à partir du 1-9-2005

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.

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. [Abrogé par : A.R. 20-7-2007 – 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 1^{er}, 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. § 1^{er}. Le formulaire, prévu à l'article 1^{er}, 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 1^{er}, 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, § 1^{er}, 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.

[**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 établi, 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 établi, 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, § 1^{er}, 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.]

CHAPITRE XIV

DISPOSITION ABROGATOIRE

Art. 31. 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.

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

CHAPITRE XV DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 32. Les modèles d'attestations, de factures ou autres formulaires utilisés avant l'entrée en vigueur de ce règlement peuvent l'être par priorité et jusqu'à épuisement du stock.

Art. 33. 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.

CHAPITRE XVI ENTREE EN VIGUEUR

Art. 34. 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.

