

Art. 2. Le Comité général se réunit sur convocation de son président soit à son initiative, soit à la requête du Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, nommé ci-après le Ministre, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Lorsque le Comité général est invité à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

Art. 3. Le siège du Comité général est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

Art. 4. Le président et les vice-présidents du Comité général sont habilités à signer l'un ou l'autre, conjointement avec l'Administrateur général de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, nommé ci-après l'Institut, ou son remplaçant les actes qui engagent l'Institut, autres que ceux qui ont trait à la gestion journalière ou qui émanent de mandataires spéciaux.

TITRE II

DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE

CHAPITRE I ORGANES

Section I

Du Conseil général de l'assurance soins de santé

Art. 5. § 1er. Le Conseil général de l'assurance soins de santé est composé:

- 1° d'un président;
- 2° de deux vice-présidents à nommer parmi les membres visés aux 3°, 4°, 5° et 6°, conformément aux règles en matière de présentation prévues par le règlement d'ordre intérieur du Conseil général;

[M - A.R. 12-1-05 - M.B. 25-1 - éd. 1]

3° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants représentant l'autorité, nommés conformément aux dispositions de l'article 15, alinéa 1er, a), de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, nommée ci-après la loi coordonnée;

4° de cinq membres effectifs et cinq membres suppléants nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et par les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs indépendants en nombre double de celui des mandats à attribuer;

5° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés en nombre double de celui des mandats à attribuer;

6° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants nommés parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer;

[M - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°)

7° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants dont respectivement deux médecins spécialistes et deux médecins généralistes, trois représentants des gestionnaires des établissements de soins et un praticien de l'art infirmier, nommés parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles en nombre double de celui des mandats à attribuer sur des listes établies par les organisations représentées dans les commissions visées aux sections III et IV du présent chapitre.

[R - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°°)

§ 2. Le président, les vice-présidents et les membres, visés au § 1er, 4°, 5°, 6° et 7° sont nommés pour un terme de quatre ans. Leur mandat est renouvelable.

§ 3. *Abrogé par: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1* (°°°)

§ 4. Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie du Conseil général avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

§ 5. Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

(°) modification uniquement en NL

(°°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

(°°°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

Art. 6. Le Conseil général se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Lorsque le Conseil général est invité à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

Art. 7. Le siège du Conseil général est valablement constitué si au moins la moitié des membres de chaque groupe sont présents.

Sauf pour l'application des dispositions de l'article 16, § 3, de la loi coordonnée, les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité des voix, la proposition est rejetée.

Art. 8. Le président et les vice-présidents du Conseil général sont habilités à signer l'un ou l'autre, conjointement avec le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé ou son remplaçant, les actes pris sur la base de l'article 16, § 1er, 1°, 3°, 4°, 7° et 9° de la loi coordonnée.

Art. 9. Dans les trois mois suivant la communication des rapports visés à l'article 16, § 1er, 6° de la loi coordonnée, le Conseil général fait rapport au Ministre sur les mesures que le Conseil général a décidé de prendre ou qu'il propose au Ministre.

Section II

Du Comité de l'assurance

Art. 10. (°) § 1er. Le Comité de l'assurance est composé:

1° d'un président;

2° de deux vice-présidents;

[M – A.R. 21-11-18 – M.B. 4-12 – art. 1] (°°)

3° de [vingt-deux] membres effectifs et [vingt-deux] membres suppléants, nommés parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer [afin d'arrêter la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte du nombre de leurs adhérents respectifs; tout organisme assureur a au moins droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant];

(°) d'application à partir du 4-12-2018. A.R. 21-11-18 – M.B. 4-12 – art. 2

Organismes assureurs	Au 31/12/2017
Alliance nationale des mutualités chrétiennes	4.597.650
Union nationale des mutualités neutres	536.652
Union nationale des mutualités socialistes	3.187.006
Union nationale des mutualités libérales	549.664
Union nationale des mutualités libres	2.149.961
Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	101.511
Caisse des soins de santé HR rail	104.582
Tot.	11.227.026

(°°) d'application à partir du 4-12-2018

[M - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

4° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants dont respectivement sept médecins et un praticien de l'art dentaire nommés parmi les candidats présentés en nombre double de celui des mandats à conférer, sur des listes établies par les organisations professionnelles représentatives; parmi les membres effectifs qui représentent les médecins figurent quatre médecins généralistes et trois médecins spécialistes et parmi les membres suppléants qui représentent les médecins figurent trois médecins généralistes et quatre médecins spécialistes;

5° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, pharmaciens, nommés parmi les candidats présentés en nombre double de celui des mandats à attribuer, sur des listes établies par les organisations professionnelles représentatives.

Parmi les membres effectifs ou suppléants doivent figurer obligatoirement un pharmacien d'officine, un pharmacien hospitalier et un pharmacien biologiste;

[M – A.R. 21-11-18 – M.B. 4-12 – art. 1] (°°)

6° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants nommés parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des gestionnaires d'établissements hospitaliers, des services et institutions visés à l'article 34, [...] 13° [...], de la loi coordonnée, et des établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle [qui ressortissent de la compétence de l'Autorité fédérale], en nombre double de celui des mandats à attribuer;

[M – A.R. 21-11-18 – M.B. 4-12 – art. 1] (°°°)

7° de [sept] membres effectifs et de [sept] membres suppléants dont respectivement un praticien de l'art infirmier, un kinésithérapeute, un logopède, un opticien, un fournisseur de prothèses et appareils, un fournisseur d'implants, [un audicien, un ergothérapeute, un orthoptiste, un podologue, une sage-femme, un diététicien] nommés parmi les candidats présentés en nombre double de celui des mandats à conférer, sur des listes établies par les organisations professionnelles représentatives. [Parmi les membres effectifs doivent figurer obligatoirement un praticien de l'art infirmier, un kinésithérapeute, une sage-femme, un fournisseur d'implants et des auxiliaires paramédicaux et parmi les membres suppléants doivent figurer obligatoirement un praticien de l'art infirmier, un fournisseur d'implants et des auxiliaires paramédicaux. » sont insérés après les mots « par les organisations professionnelles représentatives];

8° de six membres effectifs et de six membres suppléants dont respectivement trois membres nommés parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des employeurs et par les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs indépendants en nombre double de celui des mandats à attribuer et trois membres choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des travailleurs salariés en nombre double de celui des mandats à attribuer; ils ont voix consultative.

§ 2. Les membres visés au 4°, 5°, 6° et 7° du § 1er, sont présentés en nombre double de celui des mandats à attribuer, sur des listes établies par les organisations professionnelles représentées aux commissions chargées de conclure les accords et conventions visés aux sections III et IV de ce chapitre. A défaut de telles organisations, les membres seront désignés par Nous, parmi les dispensateurs de soins ayant la qualification professionnelle requise.

(°) modification uniquement en NL

(°°) d'application à partir du 4-12-2018

(°°°) d'application à partir du 4-12-2018

§ 3. Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

§ 4. Le président a voix délibérative lorsqu'il est nommé parmi les membres visés au § 1er, 3° à 7°.

§ 5. Les deux vice-présidents sont nommés parmi les membres visés au § 1er, 3° à 7° conformément aux règles en matière de présentation prévues par le règlement d'ordre intérieur du Comité de l'assurance.

§ 6. Le Comité de l'assurance se réunit sur convocation de son président soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Lorsque le Comité de l'assurance est invité à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

§ 7. Le siège du Comité de l'assurance est valablement constitué si au moins la moitié des membres du groupe composé par les représentants des organismes assureurs et du groupe composé par les représentants des dispensateurs de soins, sont présents.

[**R** - A.R. 14-1-00 - M.B. 15-2] (°)

Les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents ayant voix délibérative, sans tenir compte des abstentions.

[**R** - A.R. 14-1-00 - M.B. 15-2] (°°)

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, mais que la majorité des membres présents ayant voix délibérative est obtenue, le président soumet au vote les mêmes propositions lors de la réunion suivante.

[**R** - A.R. 14-1-00 - M.B. 15-2] (°°°)

Si la majorité visée à l'alinéa précédent est à nouveau obtenue, les décisions sont acquises.

[**I** - A.R. 10-9-17 - M.B. 19-9 - art. 1]

[**§ 7bis.** Quand le Comité de l'assurance exerce ses compétences prévues aux articles 39 ou 22 de la loi et que la mesure en question concerne la mise en oeuvre d'une disposition reprise dans une convention ou dans un accord, visés au chapitre V de la loi, les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des voix exprimées par les membres présents ayant voix délibérative, d'une part au sein du groupe composé par les représentants des organismes assureurs, et d'autre part, au sein du groupe composé par les représentants des dispensateurs de soins. Il n'est pas tenu compte des abstentions.

Lorsque cette majorité n'est pas atteinte, mais, d'une part que la majorité des membres présents ayant voix délibérative du groupe composé par les représentants des organismes assureurs, est obtenue et d'autre part, que la majorité des membres présents ayant voix délibérative du groupe composé par les représentants des dispensateurs de soins, est obtenue, le président soumet au vote les mêmes propositions lors de la réunion suivante.

Si la majorité visée à l'alinéa précédent est à nouveau obtenue, les décisions sont acquises.]

§ 8. Lorsque le Comité de l'assurance est saisi d'une proposition ou d'un avis par une des commissions de conventions ou d'accords visées à l'article 26 de la loi coordonnée et estime devoir y apporter une modification, la proposition ou l'avis est renvoyé, avant toute décision définitive, pour nouvel examen à cette commission de conventions ou d'accords.

(°) d'application à partir du 15-2-2000
(°°) d'application à partir du 15-2-2000
(°°°) d'application à partir du 15-2-2000

[**R** - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°)

§ 9. Le président, les vice-présidents et les membres du Comité de l'assurance sont nommés pour un terme de quatre ans. Leur mandat peut être renouvelé.

§ 10. Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie du Comité de l'assurance avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

[**I** - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11] (°°)

Section IIbis

Du Conseil scientifique

[**I** - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11] (°°°)

Art. 10bis. Le Conseil scientifique visé à l'article 19 de la loi coordonnée comprend les sections suivantes:

1° une section "Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments";

[*Abrogé par A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 1 (avant 2°)*]

[**I** - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11; **R** - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 2]

Art. 10ter. Les membres des sections du Conseil scientifique, le président de la section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques et les membres des sections de l'Observatoire sont nommés pour une période de quatre ans. Le président de la section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques est nommé pour une période de deux ans.]

[**I** - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11] (°°°°)

Art. 10quater. [**M** - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 3]

Le secrétariat des sections du Conseil scientifique [et des sections de l'Observatoire des maladies chroniques] est assuré par des membres du personnel du Service des soins de santé désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

(°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

(°°) d'application à partir du 4-11-1998

(°°°) d'application à partir du 4-11-1998

(°°°°) d'application à partir du 4-11-1998

[I - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11] (°)

Art. 10quinquies. [M - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 4]

Les sections du Conseil scientifique [et les sections de l'Observatoire des maladies chroniques] rédigent leur règlement d'ordre intérieur et le soumettent pour approbation au Comité de l'assurance.

[I - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11] (°°)

Art. 10sexies. Le Comité d'évaluation visé à l'article 10bis, 1°, a pour missions:

[M - A.R. 21-12-05 - M.B. 26-1-06 - éd. 2; M - A.R. 2-4-09 - M.B. 17-4 - éd. 2 - art. 1]

a) de formuler un avis sur l'enregistrement, la collecte et l'utilisation des données statistiques se rapportant à la prescription des spécialités pharmaceutiques remboursables; en particulier, il formule un avis sur les conditions, définies par Nous, selon lesquelles les organismes assureurs reçoivent et rendent anonymes les données susceptibles d'identifier les patients. [...];

b) de définir et d'appliquer une méthodologie d'évaluation des données ainsi recueillies et ce, en vue de fournir à chaque médecin prescripteur des informations lui permettant de situer utilement son comportement de prescription, en regard de celui de ses confrères;

c) d'organiser périodiquement et au moins deux fois par an, des réunions de consensus destinées à évaluer la pratique médicale en matière de médicament dans un secteur déterminé et à formuler des recommandations à l'usage de tous les médecins prescripteurs;

d) de formuler des directives concernant l'organisation de peer review, tant au plan local qu'entre les médecins susceptibles de prescrire les mêmes types de médicaments;

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°)

e) de communiquer, selon la forme qu'il détermine, un rapport annuel d'activités aux Ministres qui ont respectivement les Affaires sociales et la Santé publique dans leurs attributions, au Conseil général, au Comité de l'assurance ainsi qu'à la Commission du médicament. Ce rapport peut comprendre des propositions relatives aux modalités de remboursement, en ce compris les conditions d'intervention des médecins-conseils des organismes assureurs.

[I - A.R. 21-12-05 - M.B. 26-1-06 - éd. 2]

f) de définir les indicateurs et les seuils visés à l'article 73, §§ 2 et 3, de la même loi.

[I - A.R. 3-4-15 - M.B. 20-4 - éd. 2 - art. 11] (°°°°)

[g] d'assurer l'accompagnement de la concertation pharmaco-thérapeutique visée à l'article 36decies de la Loi.]

(°) d'application à partir du 4-11-1998

(°°) d'application à partir du 1-2-1995 (art. 3 - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11)

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) d'application à partir du 20-4-2015

[I - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11] (°)

Art. 10septies. Le Comité visé à l'article 10bis, 1° est composé:

- 1° d'un président, choisi en son sein;
- 2° de sept membres, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les universités belges, chaque université ayant droit à un membre;
- 3° de neuf membres, docteurs en médecine ou pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs;

[M- A.R. 21-12-05 - M.B. 26-1-06 - éd. 2; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

- 4° de onze membres, docteurs en médecine, dont six médecins généralistes, présentés par les organisations professionnelles représentatives du corps médical en nombre double de celui des mandats à attribuer;
- 5° de quatre membres, docteurs en médecine, présentés par les sociétés scientifiques, dont deux généralistes et deux spécialistes;
- 6° de quatre membres pharmaciens, présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens d'officine et les pharmaciens hospitaliers;
- 7° de deux membres dentistes, présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire.

[I - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11; R - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 5]

[**Art. 10octies.** La section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques se compose de :

- 1° un président, nommé de manière alternative parmi les membres visés sous 2° et 3°;
- 2° douze membres effectifs et douze membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; afin de déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs; chaque organisme assureur a au moins droit à un mandat de membre effectif et un mandat de membre suppléant;
- 3° douze membres effectifs et douze membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des associations pour l'aide aux malades chroniques, parmi lesquels six membres effectifs et six membres suppléants présentés par l'ASBL Vlaams Patiëntenplatform, cinq membres effectifs et cinq membres suppléants présentés par l'ASBL Ligue des Usagers des Services de Santé et un membre effectif et un membre suppléant présentés par l'ASBL Patienten Rat & Treff;
- 4° un membre effectif et un membre suppléant, désignés par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions;

(°) d'application à partir du 1-2-1995 (art. 3 - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11)

(°°) modification uniquement en NL

5° un membre effectif et un membre suppléant, désignés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Les membres désignent les personnes qui peuvent les accompagner lors de l'exercice de leur mandat, compte tenu de la nature de la matière traitée.

Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie de la section consultative avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.

Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif de son groupe.]

[I - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 – art. 6]

[**Art. 10octies/1.** La section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande d'au moins trois membres, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion. La convocation mentionne dans tous les cas l'objet de la réunion. Lorsque la section est invitée à se réunir à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.]

[I - A.R. 11-2-10 – M.B. 26-2 - éd. 2 – art. 7]

[**Art. 10octies/2.** La section consultative de l'Observatoire des maladies chroniques siège valablement si au moins la moitié des membres de chaque groupe est présent.

Les décisions sont prises à la simple majorité des membres participant au vote; il n'est pas tenu compte des abstentions. En cas de parité des voix, la proposition est rejetée.

Dans le cas où les membres ne sont, lors d'un vote, pas présents en nombre égal au sein des deux groupes visés à l'article 10octies, alinéa 1^{er}, 2° et 3°, le ou les membre(s) le(s) plus jeune(s) du groupe en surnombre s'abstien(nen)t afin de rétablir la parité.]

[I - A.R. 14-10-98 - M.B. 4-11] (°)

Art. 10nonies. [M - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 8]

[La section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques se compose]:

1° d'un président;

2° de sept membres, médecins, choisis parmi les candidats proposés par les universités belges, chaque université ayant droit à un mandat;

[M - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 8; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°)

3° de neuf membres, qui représentent les dispensateurs de soins choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives représentées au Comité de l'assurance, dont quatre médecins, deux généralistes et deux spécialistes, [deux pharmaciens] et trois représentants des auxiliaires paramédicaux;

4° de neuf membres, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat;

5° de deux membres, désignés, respectivement par les Ministres qui ont les Affaires sociales et la Santé publique dans leurs attributions.

[I - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 8]

[6° sept membres, médecins généralistes, choisis parmi les candidats proposés par les universités belges, chaque université ayant droit à un mandat;]

[I - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 8]

[7° deux membres, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées et des centres de soins de jour;]

[I - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 8]

[8° quatre membres, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier.]

Les membres désignent les personnes qui peuvent les remplacer dans l'exercice de leur mandat, compte tenu de la nature des matières traitées.

Sur proposition ou après avis du Comité, le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions peut créer des groupes de travail chargés de formuler des propositions relatives à une ou à un groupe de pathologies spécifiques. Des représentants des communautés ou des régions peuvent également participer à ces groupes de travail.

(°) d'application à partir du 4-11-1998

(°°) modification uniquement en NL

[I - A.R. 11-2-10 - M.B. 26-2 - éd. 2 - art. 9]

[**Art. 10nonies/1.** Les sections de l'Observatoire des maladies chroniques délibèrent conjointement pour l'établissement du rapport visé à l'article 19 de la loi. Elles délibèrent également conjointement, soit à la requête du président de l'une des sections, soit à la requête du Ministre, soit à la demande écrite d'au moins trois membres de l'une des sections. La convocation est faite par le président et elle indique dans tous les cas l'objet de la réunion. Lorsque les sections sont invitées à se réunir conjointement à la requête du Ministre, la réunion a lieu dans les huit jours de la requête.

La présidence des réunions conjointes est chaque fois assurée pour une période de deux ans à tour de rôle par le président de chaque section. Les réunions conjointes sont valables s'il est satisfait aux quorums de présence applicables pour chacune des deux sections. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote; il n'est pas tenu compte des abstentions. En cas de parité des voix, la proposition est rejetée.]

Section III
Des Commissions de conventions

A. Des conventions avec les pharmaciens

Art. 11. La Commission est composée:

[M - A.R. 30-11-03 - M.B. 18-12 - éd.1]

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de pharmaciens et par celles des pharmaciens hospitaliers;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

[M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7]

B. Des conventions avec les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées et les centres de soins de jour

Art. 12. La Commission est composée:

[M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7]

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations représentatives des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées et des centres de soins de jour, visés à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

C. Des conventions avec les maisons de soins psychiatriques

Art. 13. La Commission est composée :

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations représentatives des maisons de soins psychiatriques;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentativité des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

D. Des conventions avec les établissements hospitaliers

Art. 14. La Commission est composée:

[M – A.R. 23-5-17 – M.B. 16-6 – art. 4]

1° de [neuf membres effectifs] et de [neuf membres suppléants], désignés par les associations représentatives d'établissements hospitaliers;

[M – A.R. 23-5-17 – M.B. 16-6 – art. 4]

2° de [neuf membres effectifs] et de [neuf membres suppléants], désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

E. Des conventions avec les représentants des initiatives d'habitation protégée pour des patients
psychiatriques

Art. 15. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations représentatives des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentativité des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

[R – A.R. 6-9-13 – M.B. 24-9 – éd. 2 – art. 1] (°)

[F. Des conventions avec les sages-femmes]

Art. 16. La Commission est composée:

[M – A.R. 6-9-13 – M.B. 24-9 – éd. 2 – art. 2] (°°)

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives [des sages-femmes];

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

G. Des conventions avec les praticiens de l'art infirmier

Art. 17. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

(°) d'application à partir du 1-11-2013. Modification uniquement en FR

(°°) d'application à partir du 1-11-2013. Modification uniquement en FR

H. Des conventions avec les kinésithérapeutes

Art. 18. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de kinésithérapeutes;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

[I - A.R. 18-10-96 - M.B. 28-11] (°)

Hbis. Des conventions avec les logopèdes

[I - A.R. 18-10-96 - M.B. 28-11] (°°)

Art. 18bis. La Commission est composée :

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de logopèdes;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

I. Des conventions avec les opticiens

Art. 19. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives d'opticiens;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

J. Des conventions avec les orthopédistes

Art. 20. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives d'orthopédistes;

(°) d'application au 28-11-1996

(°°) d'application au 28-11-1996

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

[M – A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 9]

K. Des conventions avec les [audiciens]

Art. 21. La Commission est composée:

[M – A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 10]

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives [d'audiciens];

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

L. Des conventions avec les bandagistes

Art. 22. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives de bandagistes;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

M. Des conventions avec les fournisseurs d'implants

Art. 23. La Commission est composée:

1° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organisations professionnelles représentatives des fournisseurs d'implants;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

N. Dispositions communes

Art. 24. Il est pourvu immédiatement au remplacement du membre qui a cessé de faire partie d'une commission.

Art. 25. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif de son groupe.

Art. 26. Les commissions se réunissent sur convocation de leur président soit à son initiative, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la demande de trois membres au moins formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Art. 27. Le siège d'une commission est valablement constitué lorsqu'il réunit au moins cinq membres de chaque groupe.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. Toutefois, la conclusion finale de la convention n'est acquise que si le vote réunit six voix au moins dans chacun des deux groupes, les abstentions n'étant pas admises.

Dans le cas où, au moment d'un vote, les membres ne sont pas présents en nombre égal dans chacun des deux groupes, le ou les plus jeunes membres de la partie en surnombre sont tenus de s'abstenir pour rétablir la parité.

Art. 28. Le texte de toute convention conclue est communiqué, dans les trois jours, au Comité de l'assurance par le président, qui fait rapport à la plus prochaine séance dudit Comité.

Il en est de même pour les propositions visées à l'article 26, alinéa 2, de la loi coordonnée pour autant qu'il n'existe pas de conseil technique compétent; s'il existe un conseil technique compétent, ces propositions doivent être communiquées, dans les trois jours, audit conseil technique par le président qui fait rapport à la plus prochaine séance dudit conseil technique.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Section IV

Des Commissions nationales médico-mutualiste et dento-mutualiste

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

A. De la Commission nationale médico-mutualiste

[R - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M - A.R. 30-10-03 - M.B. 7-11 - éd. 2] (°°°)

Art. 29. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

La Commission nationale médico-mutualiste est composée:

1° de six membres effectifs et de six membres suppléants, médecins généralistes, désignés par les organisations représentatives du corps médical [...];

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, médecins spécialistes, désignés par les organisations représentatives du corps médical [...];

3° de douze membres effectifs et de douze membres suppléants, désignés par les organismes assureurs [...].

[I - A.R. 12-1-05 - M.B. 25-1 - éd. 1]

[Pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif, et à un mandat de membre suppléant.]

B. De la Commission nationale dento-mutualiste

[M - A.R. 30-10-03 - M.B. 7-11 - éd. 2] (°°°°°)

Art. 30. La Commission nationale dento-mutualiste est composée:

1° de dix membres effectifs et de dix membres suppléants, désignés par les organisations représentatives des praticiens de l'art dentaire [...];

2° de dix membres effectifs et de dix membres suppléants, désignés par les organismes assureurs [...].

[I - A.R. 12-1-05 - M.B. 25-1 - éd. 1]

[Pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif, et à un mandat de membre suppléant.]

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) d'application à partir du 7-11-2003
(°°°°) modification uniquement en NL
(°°°°°) d'application à partir du 7-11-2003

[**M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

C. Dispositions communes aux Commissions nationales médico-mutualiste et dento-mutualiste

[**R** - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°°)

Art. 31. [**M** - A.R. 30-10-03 - M.B. 7-11 - éd. 2; **M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7]
(°°°)

Les membres des Commissions nationales médico-mutualiste et dento-mutualiste désignés en fonction des résultats des élections organisées en exécution de l'article 211 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

(°) modification uniquement en NL

(°°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

(°°°) modification uniquement en NL

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de sa commission avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace

[R - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 – art. 1] (°)

[Section V.

De la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait]

[R - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 - art. 1] (°°)

[**Art. 32. § 1er.** La Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations et de la conclusion des accords concernant le forfait, lorsqu'elle rend l'avis visé à l'article 52, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi coordonnée ou lorsqu'elle est chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations, est composée :

1° de neuf membres désignés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat;

2° de neuf membres désignés par les organisations représentatives des maisons médicales proportionnellement au nombre de bénéficiaires inscrits dans les maisons médicales qu'elles représentent; une fédération est représentative lorsque les maisons médicales qu'elle représente comptent au moins 10 p.c. de bénéficiaires inscrits par rapport au total des bénéficiaires inscrits dans le système forfaitaire le 30 juin de l'année précédente. Toute fédération qui démontre qu'elle atteint le pourcentage requis peut faire la demande de sa représentation au sein de la Commission par l'intermédiaire d'une demande écrite adressée au président avant le 15 janvier. Chaque année, le président répartit les sièges en application du présent point, et ce pour la première réunion de l'année.

Dans cette section, on entend par « maison médicale » un dispensateur de soins ou un groupe de dispensateurs de soins qui dispensent des prestations de santé qui sont payées selon les règles établies en application de l'article 52, § 1^{er}, de la loi coordonnée.

§ 2. Lorsque la Commission est chargée de la conclusion des accords concernant le forfait, elle est composée :

1° d'un représentant par organisme assureur parmi les membres visés au § 1^{er}, 1° ;

2° des dispensateurs de soins visés par l'accord ou de leur représentant s'il s'agit d'une personne morale.]

(°) d'application à partir du 1-5-2013

(°°) d'application à partir du 1-5-2013

[**R** - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 – art. 1] (°)

[**Art. 33.** Lorsqu'il s'agit de l'avis visé à l'article 52, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi coordonnée ou de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations, la Commission se réunit valablement lorsqu'au moins 6 membres, visés à l'article 32, § 1^{er}, 1^o et 6 membres, visés à l'article 32, § 1^{er}, 2^o, sont présents.

La Commission se réunit sur convocation du président. La convocation mentionne le sujet de la réunion.]

[**R** - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 – art. 1] (°°)

[**Art. 34.** Chaque membre assiste à la réunion, sauf en cas d'absence justifiée. S'il est empêché, le membre peut en aviser le président et lui communiquer le nom de son remplaçant occasionnel.]

[**R** - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 – art. 1] (°°°)

[**Art. 35.** Pour exécuter sa mission, la Commission, composée conformément à l'article 32, § 1^{er}, peut faire appel à des experts dont elle fixe la tâche. Pour la préparation de ses travaux, elle peut également instituer une commission technique qui doit être composée d'au moins trois personnes désignées parmi les membres visés à l'article 32, § 1^{er}, 1^o, et d'au moins trois personnes désignées parmi les membres visés à l'article 32, § 1^{er}, 2^o.]

[**R** - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 – art. 1] (°°°°)

[**Art. 36.** Les décisions relatives à l'avis visé à l'article 52, § 1^{er}, alinéa 3, de la loi coordonnée ou à l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations doivent être approuvées à la majorité des deux tiers des membres visés à l'article 32, § 1^{er}, 1^o, et à la majorité des deux tiers des membres visés à l'article 32, § 1^{er}, 2^o.]

(°) d'application à partir du 1-5-2013

(°°) d'application à partir du 1-5-2013

(°°°) d'application à partir du 1-5-2013

(°°°°) d'application à partir du 1-5-2013

[R - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 – art. 1] (°)

[Art. 37. § 1^{er}. La demande de conclusion d'un accord est adressée par écrit au président de la Commission.

§ 2. Le projet d'accord approuvé par le demandeur est soumis à l'approbation de la Commission composée conformément à l'article 32, § 2.

Le projet d'accord est présenté par écrit ou par courrier électronique aux membres visés à l'article 32, § 2, 1^o.

La date à laquelle le projet d'accord est présenté aux membres visés à l'article 32, § 2, 1^o est communiqué au demandeur et à la Commission composée conformément à l'article 32, § 1^{er}.

§ 3. Les décisions en vue de préparer la conclusion des accords doivent obtenir l'approbation d'une part des personnes visées à l'article 32, § 2, 2^o, et d'autre part de la majorité des deux tiers des membres, représentants des organismes assureurs, visés à l'article 32, § 2, 1^o.

Les membres qui représentent les organismes assureurs sont réputés approuver l'accord si, dans un délai de dix jours à compter de la réception du projet d'accord, ils ne forment pas d'objection auprès du président de la Commission ou auprès d'un autre collaborateur du Service des soins de santé, désigné par le fonctionnaire dirigeant.]

[R - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 – art. 1] (°°)

[Art. 38. Si l'accord est approuvé à la majorité des deux tiers des membres, représentants des organismes assureurs, visés à l'article 32, § 2, 1^o, il est signé au nom des organismes assureurs par le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé et par les personnes visées à l'article 32, § 2, 2^o.]

[R - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 – art. 1] (°°°)

[Art. 39. Si l'accord n'est pas approuvé à la majorité des deux tiers des membres, représentants des organismes assureurs, visés à l'article 32, § 2, 1^o, le projet d'accord est soumis à la Commission comme visé à l'article 32, § 1^{er}.]

(°) d'application à partir du 1-5-2013
(°°) d'application à partir du 1-5-2013
(°°°) d'application à partir du 1-5-2013

[R - A.R. 23-4-13 - M.B. 30-4 – art. 1] (°)

[**Art. 40.** Le texte de l'accord est communiqué dans les quinze jours au Comité de l'assurance par le président de la Commission, qui lui fait rapport à la plus prochaine séance.]

Section VI.

Commission de contrôle budgétaire

Art. 41. [M - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°°)

Les membres de la Commission de contrôle budgétaire sont nommés pour un terme de quatre ans. Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu immédiatement au remplacement de tout membre qui aura cessé de faire partie de la Commission avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.

Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

Art. 42. La présidence de la Commission est assumée par le conseiller budgétaire et financier visé à l'article 190 de la loi coordonnée.

Si celui-ci n'a pas été désigné ou est empêché, la présidence de la Commission est assumée par le doyen d'âge des membres visés à l'article 17, alinéa 2, 5° de la loi coordonnée.

(°) d'application à partir du 1-5-2013

(°°) en vigueur à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-2002 – M.B. 24-12 – éd. 1)

Art. 43. La Commission se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la demande du Conseil général, soit à la demande du Comité de l'assurance, soit à la demande d'au moins trois de ses membres; dans tous les cas, la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Art. 44. Le siège de la Commission est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions.

Art. 45. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Conseil général.

Art. 46. Les fonctions de secrétaire et de secrétaire adjoint sont assumées par des agents du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Section VII

Des Conseils techniques

A. Du Conseil technique pharmaceutique

Art. 47. Le Conseil technique pharmaceutique institué en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée est composé:

- 1° du président;
- 2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer, chaque organisme assureur ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;
- 3° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives du Corps pharmaceutique, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

[**M** - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; **M** - A.R. 15-12-08 - M.B. 13-1-09 - éd. 2 - art. 1; **M** - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°)

5° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par des organisations représentatives [des médecins choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins], en nombre double de celui des mandats à attribuer; le membre suppléant est un médecin généraliste si le membre effectif est un médecin spécialiste et le membre suppléant est un médecin spécialiste si le membre effectif est un médecin généraliste;

6° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, pharmaciens, désignés par le Ministre;

7° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, pharmaciens, désignés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

B. Du Conseil technique de la kinésithérapie

Art. 48. Le Conseil technique de la kinésithérapie, institué en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée, est composé:

1° du président;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, kinésithérapeutes ou docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, kinésithérapeutes, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des kinésithérapeutes en nombre double de celui des mandats à attribuer; chaque organisation présente au moins un membre effectif enseignant la kinésithérapie;

4° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, kinésithérapeutes, choisis en raison de leur compétence dans le domaine de la kinésithérapie;

5° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, kinésithérapeutes ou docteurs en médecine, désignés par le Ministre;

6° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

(°) modification uniquement en NL

C. Du Conseil technique de l'hospitalisation

Art. 49. Le Conseil technique de l'hospitalisation institué en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée est composé:

- 1° du président;
- 2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;
- 3° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations hospitalières représentatives, en nombre double de celui des mandats à attribuer, un au moins de ces candidats devant assurer la représentation d'un hôpital universitaire;
- 4° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers;
- 5° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;
- 6° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

[Réinséré par: A.R. 24-10-02 - M.B. 20-11 - éd 1] (°)

D. Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins

[Réinséré par: A.R. 24-10-02 - M.B. 20-11 - éd. 1] (°°)

Art. 50. § 1er. Le Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins, instauré en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée, est composé:

- 1° du président et d'un président suppléant;
- 2° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, médecins ou pharmaciens, choisis parmi les candidats proposés par les organismes assureurs sur une double liste; afin d'arrêter la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte du nombre de leurs adhérents respectifs; tout organisme assureur a au moins droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;
- 3° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les faculté de médecine des universités de Belgique; chaque université a droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

(°) d'application à partir du 1-12-2002

(°°) d'application à partir du 1-12-2002

[**R** - A.R. 11-7-03 - M.B. 20-8 - éd. 1] (°)

4° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, pharmaciens, dont deux choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des pharmaciens sur une double liste et deux choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers sur une double liste;

[**M** - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°)

5° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, médecins, choisi parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des médecins sur une double liste;

6° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier sur une double liste;

7° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;

8° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions;

9° d'un représentant du Service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. La fonction est endossée par un membre du personnel du Service du contrôle médical, désigné par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

§ 2. Les membres visés au § 1er, 7°, 8° et 9° n'ont pas de droit de vote.

(°) d'application à partir du 20-8-2003
(°°) modification uniquement en NL

E. [*Abrogé par : A.R. 25-6-14 – M.B. 1-7 – éd. 2 – art. 181*] (°)

Art. 51. [*Abrogé par : A.R. 25-6-14 – M.B. 1-7 – éd. 2 – art. 181*] (°°)

(°) d'application à partir du 1-7-2014
(°°) d'application à partir du 1-7-2014

[I - A.R. 19-3-97 - M.B. 18-4; M - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°)

F. Du Conseil technique des bandages, des orthèses et prothèses

[I - A.R. 19-3-97 - M.B. 18-4] (°°)

Art. 51bis. § 1er. Il est institué auprès du Service des soins de santé et des Commissions de conventions entre les organismes assureurs et les bandagistes d'une part, et les organismes assureurs et les orthopédistes d'autre part, un Conseil technique des bandages, des orthèses et prothèses composé :

1° du président et du président suppléant;

2° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs en nombre double de celui des mandats à attribuer, pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles de bandagistes, orthopédistes et d'orthésistes-techniciens chausseurs représentatives, en nombre double de celui des mandats à attribuer, dont au moins un membre effectif et un membre suppléant travaillant comme pharmacien d'officine, ainsi qu'un membre effectif et un membre suppléant travaillant comme pharmacien hospitalier;

4° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, possédant une compétence spéciale en matière de technologie et de confection des produits, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs;

5° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants possédant une compétence spéciale en matière de technologie et de confection des produits, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles visées sous le 3°;

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°)

6° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, compétents pour la prescription des prestations visées aux articles 27, 28, § 8, et 29 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives du Corps médical;

(°) d'application à partir du 18-4-1997
(°°) d'application à partir du 18-4-1997
(°°°) modification uniquement en NL

7° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre des Affaires sociales;

8° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

9° d'un délégué du Ministre des Affaires économiques;

10° d'un délégué du Ministre de l'Emploi et du Travail.

§ 2. Les membres repris sous le § 1er, 7° à 10° n'ont pas voix délibérative.

[I - A.R. 22-12-03 - M.B. 30-12] (°)

G. Du Conseil technique des voiturettes

[I - A.R. 22-12-03 - M.B. 30-12] (°°)

Art. 51ter § 1er. Il est institué auprès du Service des soins de santé un Conseil technique des voiturettes composé :

1° du président;

2° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, possédant une compétence particulière en matière de technologie et de confection des produits, choisis par le Ministre parmi les candidats disposant d'un mandat académique dans une université belge, enseignant dans une école dispensant un enseignement supérieur de gradué en orthopédie ou exerçant une fonction dans un établissement de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle;

3° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, possédant une compétence particulière en matière de technologie et de confection des produits, désignés par les organismes assureurs; chaque organisme assureur a droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

4° de sept membres effectifs et sept de membres suppléants, désignés par les associations professionnelles représentatives des bandagistes;

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

5° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, compétents pour la prescription des prestations visées à l'article 28, § 8, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, désignés par les associations professionnelles représentatives du corps médical;

6° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, possédant une compétence particulière en matière de technologie et de confection des produits, désignés par l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, le « Dienststelle für Personen mit Behinderung », le « Vlaams fonds voor sociale integratie van personen met een handicap » et le Service bruxellois francophone des personnes handicapées; chaque fonds a droit à un mandat de membre effectif et à un mandant de membre suppléant;

(°) en vigueur à partir du 30-12-2003

(°°) en vigueur à partir du 30-12-2003

(°°°) modification uniquement en NL

7° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, désignés par les associations professionnelles représentatives de l'industrie;

8° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, désignés par le Conseil supérieur national des personnes handicapées.

§ 2. Les membres repris sous le § 1er, 7° et 8° n'ont pas de voix délibérative.

[I - A.R. 28-12-06 - M.B. 30-1-07 - art. 1] (°)

Conseil technique des radio-isotopes

[I - A.R. 28-12-06 - M.B. 30-1-07 - art. 1] (°°)

Art. 51quater. § 1^{er}. Le Conseil technique des radio-isotopes, institué en vertu de l'article 27 de la loi coordonnée, est composé :

1° du président et d'un président suppléant;

2° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, médecins ou pharmaciens, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer, chaque organisme assureur ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°)

3° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, médecins-spécialiste en radiothérapie ou médecins-spécialiste en médecine nucléaire ou pharmaciens hospitaliers reconnus conforme aux dispositions de l'article 47 de l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants, choisis parmi les candidats présentés par les facultés de médecine des universités belges, en nombre double de celui des mandats à attribuer, chaque université ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant. Au moins un de ces représentants doit être un pharmacien hospitalier;

[R - A.R. 10-7-08 - M.B. 22-7 - éd. 1 - art. 1; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°°)

4° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double des mandats à attribuer;

[5° *Abrogé par* : A.R. 10-7-08 - M.B. 22-7 - éd. 1 - art. 1] (°°°°°)

(°) d'application à partir du 1-2-2007
(°°) d'application à partir du 1-2-2007
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) modification uniquement en NL
(°°°°°) d'application à partir du 1-8-2008

6° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers, en nombre double des mandats à attribuer;

7° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, choisis parmi les candidats présentés par l'Agence Nationale de Contrôle Nucléaire, en nombre double des mandats à attribuer;

8° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, présentés par la Confédération nationale des établissements hospitaliers, en nombre double des mandats à attribuer;

9° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;

10° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions;

11° d'un représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance soins de santé et indemnités. La fonction est endossé par un membre du personnel du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, désigné par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

[I – A.R. 27-9-15 – M.B. 16-10 – art. 1]

[12° un membre effectif et un membre suppléant, proposés par le Ministre qui a le Budget dans ses attributions;]

[I – A.R. 27-9-15 – M.B. 16-10 – art. 1]

[13° un membre effectif et un membre suppléant désignés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions au sein de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, créée par la loi du 20 juillet 2006 relative à la création et au fonctionnement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé;]

[I – A.R. 27-9-15 – M.B. 16-10 – art. 1]

§ 2. Les membres visés au § 1^{er}, 7°, 8°, 9°, 10° [11°, 12° et 13°] n'ont pas voix délibérative.

[**R** - A.R. 28-12-06 - M.B. 30-1-07- ..art. 2; **M** - A.R. 25-6-14 – M.B. 1-7 – éd. 2 – art. 182] (°)

I. Dispositions communes au Conseil technique pharmaceutique, au Conseil technique de la kinésithérapie, au Conseil technique de l'hospitalisation, au Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins, [...], au Conseil technique des bandages, des orthèses et prothèses, au Conseil technique des voiturettes et au Conseil technique des radio-isotopes

[**R** - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°°)

Art. 52. Les membres des conseils techniques institués auprès du Service des soins de santé sont nommés pour un terme de six ans. Leur mandat est renouvelable pour moitié tous les trois ans.

Cependant, par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1er, les membres du conseil technique pharmaceutique, du conseil technique de la kinésithérapie, du conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins et du conseil technique des bandages, des orthèses et prothèses sont nommés pour un terme de quatre ans.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé. Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de son conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.

Art. 53 Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif. Il peut toutefois assister sans voix délibérative aux séances pour y apporter ses compétences. En cas d'empêchement du président, il est remplacé par un président suppléant, désigné par le Roi, sur proposition du Comité de l'assurance. Le président suppléant peut toujours assister aux séances dans lesquelles siège le président.

[**M** - A.R. 19-4-99 - M.B. 25-6; **M** - A.R. 21-12-01 - M.B. 29-12 - éd. 2] (°°°)

Art. 54. Les présidents et présidents suppléants n'ont pas droit de vote; seuls les membres des conseils techniques ont voix délibérative, à l'exception de ceux désignés respectivement par le Ministre qui a les affaires sociales et le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

(°) d'application à partir du 1-7-2014

(°°) d'application à partir du 1-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 – M.B. 24-12 – éd. 1)

(°°°) d'application à partir du 1-1-2002

Art. 55. Le siège des conseils techniques est valablement constitué si au moins la moitié de leurs membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix la proposition est rejetée.

Lorsqu'un problème de nomenclature a été examiné à l'initiative des organisations professionnelles, le résultat du vote intervenu doit être communiqué au Comité de l'assurance quel que soit ce résultat, et cette communication doit faire mention de la proposition initiale des organisations professionnelles.

Art. 56. Les propositions ou avis des conseils techniques sont communiqués par leur président à la commission de conventions ou d'accords correspondante.

Art. 57. Les conseils techniques se réunissent sur convocation de leur président, soit à son initiative, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la demande de trois membres au moins formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Art. 58. Les fonctions de secrétaire et de secrétaire-adjoint des conseils techniques sont assumées par des agents du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Art. 59. Chacun de ces conseils techniques établit son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Roi.

Section VIII

Des conseils techniques médical et dentaire

A. Du Conseil technique médical.

Art. 60. Le Conseil technique médical est composé:

- 1° du président;
- 2° de sept membres effectifs et de sept membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les facultés de médecine des universités de Belgique, chaque université ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

[M - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

3° de onze membres effectifs et de onze membres suppléants, dont sept médecins spécialistes et quatre médecins généralistes, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives du corps médical;

4° de neuf membres effectifs et de neuf membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

En cas d'empêchement du président, celui-ci est remplacé par un président suppléant, docteur en médecine, membre du Comité de l'assurance, nommé par le Roi sur proposition du Conseil technique médical.

B. Du Conseil technique dentaire

Art. 61. Le Conseil technique dentaire est composé:

1° du président;

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les facultés de médecine des universités de Belgique, chaque université ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de dix membres effectifs et de dix membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

4° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

En cas d'empêchement du président, celui-ci est remplacé par un président suppléant, praticien de l'art dentaire, membre du Comité de l'assurance, nommé par le Roi sur proposition du Conseil technique dentaire.

(°) modification uniquement en NL

C. Dispositions communes aux conseils techniques médical et dentaire

[R - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°)

Art. 62. Les membres des conseils techniques médical et dentaire sont nommés pour un terme de quatre ans.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de son conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.

Art. 63. Les conseils techniques médical et dentaire se réunissent sur convocation de leur président, soit à son initiative, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas la convocation mentionne l'objet de la réunion.

Section IX

Des commissions de profils

Art. 64. Il est institué auprès du Service des soins de santé des commissions de profils pour:

- 1° les prestations des kinésithérapeutes;
- 2° les prestations des praticiens de l'art infirmier;
- 3° les prestations des praticiens de l'art dentaire;
- 4° les prestations et les prescriptions des médecins de médecine générale;

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

5° les prestations et les prescriptions des médecins spécialistes, autres que ceux visés sous 6°;

(°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

(°°) modification uniquement en NL

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

6° les prestations des médecins spécialistes en biologie clinique, médecine nucléaire ou anatomie-pathologie, des pharmaciens-biologistes et des licenciés en sciences agrées par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique;

7° les prestations effectuées au sein des établissements hospitaliers et les journées d'entretien.

Art. 65. § 1er. La commission de profils des prestations des kinésithérapeutes est composée:

1° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des kinésithérapeutes, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

[M - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

2° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, dont un médecin généraliste et un médecin spécialiste, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

4° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Les quatre membres effectifs et les quatre membres suppléants, mentionnés sous 3° et 4°, doivent être, respectivement, deux médecins et deux kinésithérapeutes.

§ 2. La commission de profils des prestations des praticiens de l'art infirmier est composée:

1° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL

[M - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

2° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, dont un médecin généraliste et un médecin spécialiste, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

(°) modification uniquement en NL

4° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Les quatre membres effectifs et les quatre membres suppléants, mentionnés sous 3° et 4°, doivent être, respectivement, deux médecins et deux praticiens de l'art infirmier.

§ 3. La commission de profils des prestations des praticiens de l'art dentaire est composée:

1° de quatre membres effectifs et de quatre membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

2° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Tous les membres effectifs et suppléants doivent être des praticiens de l'art dentaire.

§ 4. La commission de profils des prestations et des prescriptions des médecins de médecine générale est composée:

[M - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

1° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, médecins généralistes, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

2° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Tous les membres effectifs et suppléants doivent être des médecins.

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

§ 5. La commission de profils des prestations et des prescriptions des médecins spécialistes, autres que ceux visés au § 6, est composée:

[M - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

1° de cinq membres effectifs et de cinq membres suppléants, médecins spécialistes, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

2° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Tous les membres effectifs et suppléants doivent être des médecins.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

§ 6. La commission de profils des prestations des médecins spécialistes en biologie clinique, médecine nucléaire ou anatomopathologie, des pharmaciens-biologistes et des licenciés en sciences agréés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique est composée:

1° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens-biologistes, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

[M - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

2° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, médecins spécialistes, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) modification uniquement en NL
(°°°°°) modification uniquement en NL

4° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Les quatre membres effectifs et les quatre membres suppléants, mentionnés sous 3° et 4°, doivent être, respectivement, deux médecins et deux pharmaciens-biologistes.

(°) modification uniquement en NL

§ 7. La commission de profils pour les prestations effectuées au sein des établissements hospitaliers et les journées d'entretien est composée:

1° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les associations hospitalières représentatives, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

[M - A.R. 23-9-97 - M.B. 8-11; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°)

2° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, médecins spécialistes, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des médecins, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

3° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double de celui des mandats à attribuer;

4° de trois membres effectifs et de trois membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations représentatives de l'ensemble des employeurs, les organisations représentatives des travailleurs indépendants et les organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, en nombre double de celui des mandats à attribuer.

Lorsqu'un problème ayant trait aux auxiliaires paramédicaux est examiné par cette commission de profils, le président peut à tout moment faire appel au représentant de la discipline concernée, siégeant au Comité de l'assurance.

Art. 66. [M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°)

Le médecin-directeur général du Service du contrôle médical et le directeur général du Service des soins de santé ou leur délégué, assistent de droit aux séances des commissions de profils, sans voix délibérative.

Le secrétaire général du Ministère de la Santé publique ou son délégué, assiste de droit aux séances de la commission de profils pour les prestations effectuées au sein des établissements hospitaliers et pour les journées d'entretien, sans voix délibérative.

Le secrétariat des différentes commissions de profils est assuré par le Service des soins de santé.

Lors des réunions des commissions, chaque membre peut se faire assister par un conseil; celui-ci ne doit pas être désigné nominativement et n'a pas voix délibérative.

Art. 67. [R - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°°°)

§ 1er. Les membres des commissions de profils sont nommés pour un terme de quatre ans.

(°) modification uniquement en NL

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

§ 2. Chaque commission de profils a deux présidents: un de rôle linguistique francophone et un de rôle linguistique néerlandophone. Un président appartient au groupe composé des représentants des dispensateurs, l'autre appartient au groupe représentant les organismes assureurs et les partenaires sociaux.

Le Roi désigne les présidents parmi les membres de chaque commission de profils, sur proposition de celle-ci.

Les présidents président les séances à tour de rôle, à commencer par le plus âgé. Toutefois, pour la partie des débats à laquelle assiste le dispensateur dont le dossier est examiné, la séance est présidée par le président du même rôle linguistique que celui de ce dispensateur ou, à défaut, par le membre le plus âgé appartenant au même rôle linguistique que ce dispensateur.

En cas d'absence des deux présidents, la séance est présidée par le membre le plus âgé.

§ 3. Chaque commission de profils est convoquée par la personne appelée, conformément au § 2, à présider la séance, soit d'initiative, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion, soit à la requête du Comité de l'assurance. La convocation qui, dans tous les cas, comporte l'ordre du jour de la séance, est adressée aux membres par les soins du Secrétariat de la commission.

§ 4. Le siège de chaque commission de profils est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

§ 5. Chaque commission de profils est tenue de transmettre annuellement au Comité de l'assurance un rapport de ses activités.

Art. 68. Les commissions de profils ont pour mission l'évaluation individuelle des profils. A cet effet, elles sont habilitées à:

1° prendre connaissance des tableaux statistiques par dispensateur, par prescripteur ou par établissement hospitalier;

- 2° examiner la fiabilité de ces données, éventuellement en interrogeant les intéressés par écrit ou verbalement sur convocation;
- 3° transmettre, le cas échéant, ces données aux instances compétentes;
- 4° mener une action préventive et éducative à l'égard des dispensateurs et/ou prescripteurs induisant des dépenses importantes.

Section X

Des conseils d'agrément

A. Du conseil d'agrément des kinésithérapeutes : *Abrogé par : A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

Art. 69. *Abrogé par: A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

Art. 70. *Abrogé par: A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

Art. 71. *Abrogé par: A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

Art. 72. *Abrogé par: A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

Art. 73. *Abrogé par: A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

Art. 74. *Abrogé par: A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

Art. 75. *Abrogé par: A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

Art. 76. *Abrogé par: A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

Art. 77. *Abrogé par: A.R. 10-2-06 - M.B. 7-3 - éd. 1*

B. Du conseil d'agrément des orthopédistes

Art. 78. Le conseil d'agrément des orthopédistes est composé:

- 1° du président;
- 2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis par le Ministre parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des orthopédistes, en nombre double de celui des mandats à attribuer;
- 3° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;
- 4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Art. 79. [M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°)

Le conseil d'agrément des orthopédistes a pour mission de procéder à l'agrément des personnes qu'il reconnaît compétentes pour fournir aux bénéficiaires de l'assurance les prothèses et appareils orthopédiques qui, dans la nomenclature des prestations de santé susvisée, relèvent de la compétence des orthopédistes.

Les demandes d'agrément sont adressées au Service des soins de santé; celui-ci les transmet au conseil d'agrément.

Art. 80. [R - A.R. 5-8-06 - M.B. 7-9 - éd. 2] (°°)

§ 1er. Pour les prestations relatives à l'orthopédie et aux semelles orthopédiques, visées à l'article 29 de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui:

a) Soit ont suivi une formation théorique et pratique d'orthopédiste pendant cinq ans;

b) Soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie, et qui ont complété leur formation pratique dans ces matières pendant au moins deux ans dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 80bis.

Les dispensateurs agréés pour les prestations relatives à l'orthopédie et aux semelles orthopédiques peuvent être agréés pour les prothèses dans la mesure où leur formation comprend ces matières.

[R - A.R. 5-8-06 - M.B. 7-9 - éd. 2] (°°°)

§ 2. Pour les prestations relatives aux prothèses, visées à l'article 29 de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui:

a) Soit ont suivi une formation théorique et pratique de prothésiste pendant cinq ans;

b) Soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie et qui ont complété leur formation pratique dans ces matières pendant deux ans au moins dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 80bis.

Les dispensateurs agréés pour les prestations relatives aux prothèses peuvent être agréés pour l'orthopédie et les semelles orthopédiques dans la mesure où leur formation comprend ces matières.

(°) d'application à partir du 10-1-2000

(°°) d'application à partir du 1-10-2006. mais les candidats à l'examen de compétence technique de bandagiste et d'orthopédiste qui ont débuté une formation avant le 1-10-2006 doivent, pour les agréments visés à l'art. 80, §1, satisfaire à cet examen avant le 31-12-2011

(°°°) d'application à partir du 1-10-2006 mais les candidats à l'examen de compétence technique de bandagiste et d'orthopédiste qui ont débuté une formation avant 1-10-2006 doivent, pour les agréments visés à l'art. 80, §2, satisfaire à cet examen avant le 31-12-2011

[R - A.R. 5-8-06 - M.B. 7-9 - éd. 2] (°)

§ 3. Pour les prestations relatives aux chaussures orthopédiques et aux semelles, visées à l'article 29 de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui:

a) Soit ont suivi une formation théorique et pratique d'orthopédiste pendant cinq années et demie au moins;

b) Soit sont titulaires d'un certificat délivré par les Classes Moyennes, et qui ont suivi pendant cinq années et demie au moins une formation pratique dans ces matières;

c) Soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie et qui ont complété leur formation pratique dans ces matières pendant deux ans au moins dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 80bis.

Les candidats aux agréments visés aux §§ 1er à 3 doivent satisfaire à un examen de compétence technique organisé par le Conseil; le programme de cet examen est fixé par Nous après avis du Conseil.

[I - A.R. 13-9-04 - M.B. 27-9 - éd. 1] (°°)

§ 4. Pour pouvoir être agréées, les personnes précitées s'engagent, dans une déclaration sur l'honneur:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

1° a) à ne fournir les articles que sur prescription médicale et en fonction des objectifs de cette prescription et conformément à ceux-ci;

b) à respecter les délais fixés dans la nomenclature en ce qui concerne la validité de la prescription et la délivrance des produits;

2° a) à fournir des articles correspondant aux critères minimums de fabrication définis dans la nomenclature des prestations de santé;

b) à essayer les articles manufacturés au moins une fois avant la finition de l'article à délivrer;

c) à appliquer au patient, lors de la fourniture, tant les articles manufacturés que les autres articles et à procéder, si nécessaire aux adaptations techniques;

d) à fournir toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien de l'article;

e) à exécuter elle-même la fourniture;

3° à disposer de l'installation et de l'outillage nécessaires à la confection sur mesure;

4° à ne pas offrir en vente, ni fournir les articles sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage, ni par l'intermédiaire de personnes non inscrites sur les listes des orthopédistes agréés établies par le Conseil d'agrément des orthopédistes;

(°) d'application à partir du 1-10-2006 mais les candidats à l'examen de compétence technique de bandagiste et d'orthopédiste qui ont débuté une formation avant le 1-10-2006 doivent, pour les agréments visés à l'art. 80, §3, satisfaire à cet examen avant le 31-12-2006

(°°) d'application à partir du 1-11-2004

(°°°) modification uniquement en NL

5° à exercer sa profession au(x) siège(s) de l'entreprise enregistré(s) par le Conseil d'agrément.

Cependant, lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel à l'orthopédiste, celui-ci pourra se rendre à sa résidence.

[I - A.R. 13-9-04 - M.B. 27-9 - éd. 1] (°)

Art. 80bis Seules les personnes disposant de l'installation et de l'outillage prévus à l'article 80, § 4, 3°, dans un atelier répondant aux normes fixées par un règlement du Comité de l'assurance, ont le droit d'effectuer des prestations sur mesure.

Art. 81. L'agrément est maintenu aux personnes qui, au 1er septembre 1983, sont agréées en qualité d'orthopédiste.

Cet agrément ne porte cependant que sur les prestations pour lesquelles ces personnes ont été reconnues compétentes.

Ces personnes peuvent obtenir une extension de leur compétence lorsqu'après avoir suivi une formation théorique et pratique appropriée, elles se soumettent à un examen de compétence technique dont le programme est fixé par Nous, après avis du conseil.

(°) d'application à partir du 1-11-2004

C. Du conseil d'agrément des bandagistes

Art. 82. Le conseil d'agrément des bandagistes est composé:

- 1° du président;
- 2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis par le Ministre, parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des bandagistes, en nombre double de celui des mandats à attribuer;
- 3° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;
- 4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Art. 83. [M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°)

Le conseil d'agrément des bandagistes a pour mission de procéder à l'agrément des personnes qu'il reconnaît compétentes pour fournir aux bénéficiaires de l'assurance les bandages qui, dans la nomenclature des prestations de santé susvisée, relèvent de la compétence des bandagistes.

Les demandes d'agrément sont adressées au Service des soins de santé; celui-ci les transmet au conseil d'agrément.

Art. 84. [R - A.R. 5-8-06 - M.B. 7-9 - éd. 2] (°°)

§ 1er. Pour les prestations relatives à la bandagisterie visées aux articles 27 a) de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui:

- a) soit ont suivi une formation théorique et pratique de bandagiste pendant trois années et demie au moins;
- b) soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie, et qui ont complété pendant deux ans une formation pratique dans ces matières dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 84bis.

Les candidats à l'agrément susvisé doivent satisfaire à un examen de compétence technique organisé par le Conseil; le programme de cet examen est fixé par Nous.

[M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°°°)

§ 2. Pour les prestations relatives à l'appareillage pour anus artificiel, à l'urinal ambulatoire et à la canule trachéale, peuvent être agréées, les pharmaciens qui ont reçu une formation appropriée pendant 6 mois. Toutefois, les pharmaciens titulaires du diplôme de pharmacien hospitalier délivré par une université agréée par l'Etat sont reconnus compétents pour ces prestations.

(°) d'application à partir du 10-1-2000

(°°) d'application à partir du 1-10-2006 mais les candidats à l'examen de compétence technique de bandagiste et d'orthopédiste qui ont débuté une formation avant le 1-10-2006 doivent, pour les agréments visés à l'art. 84, §1, satisfaire à cet examen avant le 31-12-2009

(°°°) d'application à partir du 10-1-2000

[I - A.R. 13-9-04 - M.B. 27-9 – éd. 1] (°)

§ 3. Pour pouvoir être agréées, les personnes précitées s'engagent, dans une déclaration sur l'honneur :

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

1° a) à ne fournir les articles que sur prescription médicale et en fonction des objectifs de cette prescription et conformément à ceux-ci;

b) à respecter les délais fixés dans la nomenclature en ce qui concerne la validité de la prescription et la délivrance des produits;

2° a) à fournir des articles correspondant aux critères minimums de fabrication définis dans la nomenclature des prestations de santé;

b) à essayer les articles fabriqués sur mesure au moins une fois avant la finition de l'article à délivrer;

c) appliquer au patient, lors de la fourniture, tant les articles fabriqués sur mesure que les autres articles;

d) à fournir toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien de l'article;

e) à exécuter elle-même la fourniture;

3° à disposer de l'installation et de l'outillage nécessaires à la confection sur mesure;

4° à ne pas offrir en vente, ni fournir les articles sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage, ni par l'intermédiaire de personnes non inscrites sur les listes des bandagistes agréés établies par le Conseil d'agrément des bandagistes pour la fourniture des prestations prévues à l'article 27, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé;

5° à exercer sa profession au(x) siège(s) de l'entreprise enregistré(s) par le Conseil d'agrément.

Cependant, lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au bandagiste, il pourra se rendre à sa résidence.

[I - A.R. 13-9-04 - M.B. 27-9 - éd. 1] (°°°)

Art. 84bis. Seules les personnes disposant de l'installation et de l'outillage prévus à l'article 84, § 3, 3°, dans un atelier répondant aux normes fixées par un règlement du Comité de l'assurance, ont le droit d'effectuer des prestations sur mesure.

(°) d'application à partir du 1-11-2004

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) d'application à partir du 1-11-2004

[M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°)

Art. 85. [R - A.R. 5-8-06 - M.B. 7-9 - éd. 2] (°°)

§ **1er.** Pour les prestations relatives aux voitures visées à l'article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé, peuvent être agréées les personnes qui:

- a) soit ont suivi une formation théorique et pratique appropriée pendant deux ans au moins;
- b) soit sont titulaires d'un diplôme de bachelier en orthopédie, et qui ont complété pendant deux ans une formation pratique dans ces matières dans un atelier répondant aux normes fixées en vertu de l'article 85bis.

Les candidats à l'agrément susvisé doivent satisfaire à un examen de compétence technique organisé par le Conseil; le programme de cet examen est fixé par Nous.

[I - A.R. 13-9-04 - M.B. 27-9 - éd. 1] (°°°)

§ **2.** Pour pouvoir être agréées, les personnes précitées s'engagent, dans une déclaration sur l'honneur :

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°°)

1° a) à ne fournir les articles que sur prescription médicale et en fonction des objectifs de cette prescription et conformément à ceux-ci;

b) à respecter les délais fixés dans la nomenclature en ce qui concerne la validité de la prescription et la délivrance des produits;

2° a) à fournir des articles correspondant aux critères minimums de fabrication définis dans la nomenclature des prestations de santé;

b) sur la base de ses constatations, après avoir vu le bénéficiaire, à établir un devis et à motiver la ou les prestations et les accessoires éventuels;

c) à essayer les articles au bénéficiaire lors de la fourniture;

d) à fournir toutes les indications relatives au placement, à l'utilisation et à l'entretien de l'article à délivrer;

e) à exécuter elle-même la fourniture au bénéficiaire et à contresigner les documents;

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°°°)

f) à informer le bénéficiaire que si, à sa demande, la fourniture a lieu avant la notification de la décision négative du médecin-conseil, le coût des fournitures et des accessoires éventuels est à sa charge;

3° à disposer de l'installation nécessaire et de l'outillage permettant l'adaptation des prestations et l'exécution de petites réparations

(°) d'application à partir du 10-1-2000

(°°) d'application à partir du 1-10-2006 mais les candidats à l'examen de compétence technique de bandagiste et d'orthopédiste qui ont débuté une formation avant le 1-10-2006 doivent, pour les agréments visés à l'art. 85, §1, satisfaire à cet examen avant le 31-12-2008

(°°°) d'application à partir du 1-11-2004

(°°°°) modification uniquement en NL

(°°°°°) modification uniquement en NL

4° à ne pas offrir en vente, ni fournir les articles sur les marchés, foires commerciales ou autres lieux publics, ni par colportage, ni par l'intermédiaire de personnes non inscrites sur les listes des bandagistes agréés établies par le Conseil d'agrément des bandagistes pour la fourniture des prestations prévues à l'article 28, § 8, 1°, de la nomenclature des prestations de santé. ».

5° à exercer sa profession au(x) siège(s) de l'entreprise enregistré(s) par le Conseil d'agrément.

Cependant, lorsque le bénéficiaire détenteur d'une prescription médicale et se trouvant dans l'impossibilité de se déplacer ou éprouvant des difficultés graves à le faire, fait appel au bandagiste, il pourra se rendre à sa résidence.

[I - A.R. 13-9-04 - M.B. 27-9 - éd. 1] (°)

Art. 85bis. Seules les personnes disposant de l'installation et de l'outillage prévus à l'article 85, § 2, 3°, dans un atelier répondant aux normes fixées par un règlement du Comité de l'assurance, ont le droit d'effectuer des prestations sur mesure.

Art. 86. L'agrément est maintenu aux personnes qui, au 1er septembre 1983, sont agréées en qualité de bandagiste.

Cet agrément ne porte cependant que sur les prestations pour lesquelles ces personnes ont été reconnues compétentes.

Ces personnes peuvent obtenir une extension de leur compétence lorsqu'après avoir subi une formation théorique et pratique appropriée, elles se soumettent à un examen technique dont le programme est fixé par Nous, après avis du conseil.

[I - A.R. 13-9-04 - M.B. 27-9 —éd. 1] (°)

Cbis. Conditions d'agrément des ateliers dans lesquels plusieurs disciplines sont pratiquées par des orthopédistes et des bandagistes.

[I - A.R. 13-9-04 - M.B. 27-9 - éd. 1] (°°)

Art. 86bis. Lorsque, dans une entreprise, on pratique plusieurs disciplines, il suffit que cette entreprise dispose d'un seul atelier. L'atelier dans lequel les prestations énumérées ci-après sont effectuées doit répondre aux normes suivantes :

1° pour les prestations des articles 27, § 1, et 28, § 8, 1°, de la nomenclature des prestations de santé susvisée : les normes visées aux articles 84bis et 85bis ;

2° pour les prestations des articles 27, § 1, et 29, § 1, de la nomenclature des prestations de santé susvisée : les normes visées aux articles 80bis et 84bis ;

3° pour les prestations des articles 28, § 8, 1°, et 29, § 1, de la nomenclature des prestations de santé susvisée : les normes visées aux articles 80bis et 85bis ;

4° pour les prestations des articles 27, § 1, 28, § 8, 1°, et 29, § 1, de la nomenclature des prestations de santé susvisée : les normes visées aux articles 80bis, 84bis et 85bis.

D. Du conseil d'agrément des fournisseurs d'implants

Art. 87. Le conseil d'agrément des fournisseurs d'implants est composé:

- 1° du président;
- 2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis par le Ministre parmi les candidats présentés en nombre double de celui des mandats à attribuer, par les organisations représentatives des personnes agréées pour fournir des implants;
- 3° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;

(°) d'application à partir du 1-11-2004

(°°) d'application à partir du 1-11-2004

4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Art. 88. [M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°)

Le conseil d'agrément des fournisseurs d'implants a pour mission de procéder à l'agrément des personnes qu'il reconnaît compétentes pour fournir aux bénéficiaires de l'assurance les implants qui sont repris à la liste des appareils remboursables.

Les demandes d'agrément sont adressées au Service des soins de santé; celui-ci les transmet au conseil d'agrément.

Art. 89. § 1er. Sont reconnus compétents les pharmaciens titulaires du diplôme de pharmacien hospitalier délivré par une université agréée par l'Etat.

[M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°°)

§ 2. Peuvent être agréées les personnes qui ont suivi une formation théorique et pratique appropriée pendant un an au moins et qui satisfont à un examen de compétence technique organisé par le conseil; le programme de cet examen est fixé par Nous, après avis du conseil.

(°) d'application à partir du 10-1-2000
(°°) d'application à partir du 10-1-2000

§ 3. Conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 6 juin 1960 relatif à la fabrication, à la préparation et à la distribution en gros des médicaments et à leur dispensation, les pharmaciens d'officine sont agréés d'office pour la fourniture d'articles sous forme stérile.

§ 4. L'agrément peut être limité à la délivrance de prestations déterminées. Le certificat d'agrément comporte cette mention.

E. [*Abrogé par : A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 11*]

Art. 90. [*Abrogé par : A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 11*]

Art. 91. [*Abrogé par : A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 11*]

Art. 92. [*Abrogé par : A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 11*]

Art. 93. *Abrogé par : A.R. 28-9-06- M.B. 13-10- éd. 1 (°)*

F. Du conseil d'agrément des opticiens

Art. 94. Le conseil d'agrément des opticiens est composé:

- 1° du président;
- 2° de six membres effectifs et de six membres suppléants choisis par le Ministre parmi les candidats présentés par les organisations représentatives des opticiens, en nombre double de celui des mandats à attribuer;
- 3° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre;
- 4° d'un membre effectif et d'un membre suppléant, désignés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Art. 95. [M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°°)

Le conseil d'agrément des opticiens a pour mission de procéder à l'agrément des personnes qu'il reconnaît compétentes pour fournir aux bénéficiaires de l'assurance les lunettes et prothèses de l'oeil qui, dans la nomenclature des prestations de santé susvisée, relèvent de la compétence des opticiens.

Les demandes d'agrément sont adressées au Service des soins de santé; celui-ci les transmet au conseil d'agrément.

(°) d'application à partir du 1-11-2006
(°°) d'application à partir du 10-1-2000

Art. 96. [R – A.R. 5-12-11 – M.B. 12-1-12 – éd. 2 – art. 1] (°)

§ 1er. [Sont reconnus compétents, les porteurs d'un des titres visés à l'article 18, 1° et 2° et à l'article 26bis, § 2, de l'arrêté royal du 21 décembre 2006 relatif à la compétence professionnelle pour l'exercice des activités indépendantes relatives aux soins corporels, d'opticien, de technicien dentaire et d'entrepreneur de pompes funèbres.]

§ 2. [Abrogé par : A.R. 5-12-11 – M.B. 12-1-12 – éd. 2 - art. 1] (°°)

Art. 97. [M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°°°)

Peuvent être agréées les personnes qui exercent la profession d'opticien, soit comme chef d'entreprise, soit comme technicien au service d'un opticien depuis trois années au moins.

Le conseil apprécie les conditions de la formation et la qualification professionnelle des candidats et, le cas échéant, leur impose un examen de compétence technique qu'il organise; le programme de cet examen est fixé par le Roi, après avis du conseil d'agrément.

[M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°°°°)

Art. 98. Les personnes qui ne répondent pas aux conditions énoncées à l'article 97, alinéa 1er, peuvent également être agréées à la condition qu'elles exercent leur profession comme chef d'entreprise ou comme technicien au service d'un opticien depuis une année au moins ou que, comme pharmacien, elles délivrent des lunettes et prothèses de l'oeil depuis au moins trois ans et que dans chaque cas elles satisfassent à un examen de compétence technique organisé par le conseil; le programme de cet examen est fixé par le Roi, après avis du conseil d'agrément.

(°) d'application à partir du 1-3-2012

(°°) d'application à partir du 1-3-2012

(°°°) d'application à partir du 10-1-2000

(°°°°) d'application à partir du 10-1-2000

Fbis. [*Abrogé par : A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 11*]

Art. 98bis. [*Abrogé par : A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 11*]

Art. 98ter. [*Abrogé par : A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 11*]

Art. 98quater. [*Abrogé par : A.R. 29-6-14 – M.B. 14-8 – éd. 2 – art. 11*]

G. Des dispositions communes aux conseils d'agrément

Art. 99. [M - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°)

§ 1er. Les membres des conseils d'agrément sont nommés pour un terme de 6 ans. Leur mandat est renouvelable par moitié tous les 3 ans.

Toutefois, le premier renouvellement du mandat des membres desdits conseils a eu lieu le 1er janvier 1967, les membres sortants étant désignés par tirage au sort.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de son conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat du membre qu'il remplace.

[I - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°°)

[§ 2. Cependant, les membres du conseil d'agrément des kinésithérapeutes sont nommés pour un terme de quatre ans.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie de son conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre achève le mandat du membre qu'il remplace.]

(°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-2 - M.B. 24-12 - éd. 1)

(°°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

Art. 100. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif.

En cas d'empêchement du président, il est remplacé par un président suppléant, nommé par le Roi, dans les conditions prévues à l'article 215, § 3, de la loi coordonnée.

Art. 101. Tous les membres des conseils d'agrément ont voix délibérative.

Art. 102. Les conseils d'agrément se réunissent sur convocation de leur président.

Le siège d'un conseil est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

Art. 103. Les fonctions de secrétaire et de secrétaire-adjoint des conseils d'agrément sont assumées par des agents du Service des soins de santé désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Art. 104. L'agrément est maintenu à leur demande aux personnes qui, au 31 décembre 1963, sont agréées en application des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité.

Cet agrément ne porte toutefois que sur les prestations pour lesquelles ces personnes étaient reconnues compétentes, soit en application des tarifs de soins de santé précédemment en vigueur, soit suivant la mention du certificat d'agrément.

Ces personnes peuvent cependant solliciter la reconnaissance d'une extension de leur compétence en se soumettant à un examen technique dont le programme est fixé par le Roi, après avis du conseil d'agrément.

Art. 105. Toute personne agréée est tenue d'observer strictement les prescriptions des médecins.

Art. 106. *Abrogé par : A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1. (°)*

[I - A.R. 30-10-96 - M.B. 3-12] (°°)

Art. 106bis. Chacun de ces conseils d'agrément établit son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Comité de l'assurance.

(°) d'application à partir du 10-1-2000
(°°) d'application à partir du 3-12-1996

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Section XI

Du Collège des médecins-directeurs

Art. 107. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

Le Collège des médecins-directeurs institué en vertu de l'article 23 de la loi coordonnée, est composé:

[M - A.R. 2-6-98 - M.B. 17-7] (°°°)

1° d'un président;

[M - A.R. 2-6-98 - M.B. 17-7; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

2° de douze membres effectifs et de douze membres suppléants, docteurs en médecine, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs, en nombre double des mandats à attribuer; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant; parmi ses candidats, chaque organisme assureur présente le médecin chargé de sa direction médicale;

3° de deux membres effectifs et de deux membres suppléants, docteurs en médecine, fonctionnaires du Service des soins de santé.

Art. 108. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

Les membres du Collège des médecins-directeurs sont nommés par le Roi pour un terme de 6 ans.

Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°°)

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie du Collège des médecins-directeurs avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) d'application à partir du 17-7-1998
(°°°°) modification uniquement en NL
(°°°°°) modification uniquement en NL
(°°°°°°) modification uniquement en NL

Art. 109. Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif.

En cas d'empêchement du président, il est remplacé par un président suppléant nommé par le Roi dans les conditions prévues à l'article 23, § 5, de la loi coordonnée.

Art. 110. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Le siège du Collège des médecins-directeurs est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple des participants au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la voix du président est prépondérante.

[I - A.R. 14-2-00 - M.B. 15-3 - éd. 2; M - A.R. 30-3-09 - M.B. 2-6 - art. 2; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

Art. 110bis. Les missions du Collège des médecins-directeurs relatives à des interventions par l'assurance obligatoire soins de santé en faveur de bénéficiaires individuels sont de même exécutées valablement par un membre du Collège agissant individuellement pour les prestations visées aux articles 23, § 1er, [...], et 25, § 2, de la loi coordonnée à condition que cette compétence de décision ne soit pas exercée par un membre occupé par l'organisme assureur auquel le bénéficiaire intéressé est affilié ou inscrit. Le Collège veille, conformément à la procédure prévue dans son règlement d'ordre intérieur, à l'uniformité des décisions ainsi prises.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Art. 111. Le Collège des médecins-directeurs se réunit sur convocation de son président, soit à son initiative, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion; dans tous les cas la convocation mentionne l'objet de la réunion.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

Art. 112. Les fonctions de secrétaire et de secrétaire-adjoint du Collège des médecins-directeurs sont assumées par des agents du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit Service.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

Art. 113. Le Collège des médecins-directeurs établit son règlement d'ordre intérieur qu'il soumet pour approbation au Comité de l'assurance.

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) modification uniquement en NL
(°°°°°) modification uniquement en NL

Section XII

Du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Art. 114. Le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle visé à l'article 24, § 4, de la loi coordonnée se réunit sur convocation du président soit à son initiative, soit à la requête du Ministre, soit à la requête du Comité de l'assurance, soit à la requête du Collège des médecins-directeurs, soit à la demande de trois membres au moins, formulée par écrit; la convocation mentionne l'objet de la réunion.

(°) modification uniquement en NL

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Art. 115. Le président transmet les avis du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle au Comité de l'assurance, après les avoir communiqués au Collège des médecins-directeurs, qui y ajoute ses remarques.

Art. 116. [R - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°°)

Les membres du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle sont nommés pour quatre ans. Le mandat des membres sortants peut être renouvelé.

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de tout membre qui a cessé de faire partie du conseil avant la date normale d'expiration de son mandat. Le nouveau membre ainsi désigné achève le mandat du membre qu'il remplace.

Un membre suppléant ne siège qu'en l'absence d'un membre effectif.

Art. 117. Le siège du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle est valablement constitué si au moins la moitié de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres participant au vote, compte non tenu des abstentions. En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

Art. 118. Les fonctions de secrétaire et de secrétaire adjoint du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle sont assumées par des agents du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

Art. 119. Le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle établit son règlement d'ordre intérieur qu'il soumet pour approbation au Comité de l'assurance.

[R - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Section XIII

Du Collège national des médecins-conseils et des collèges locaux

[R - A.R. 29-8-97 - M.B. 1-10] (°°°°)

Art. 120. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°).....

Un Collège national des médecins-conseils est institué auprès du Service des soins de santé. Ce Collège a pour mission:

1° de rédiger un règlement d'ordre intérieur;

(°) modification uniquement en NL

(°°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) d'application à partir du 1-10-1997

(°°°°°) modification uniquement en NL

2° [R - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°)

d'assurer le suivi des décisions des médecins-conseils visées à l'article 153 du présent arrêté et à l'article 8, § 7, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé, et de leurs constatations d'irrégularités.

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°)

A cette fin, les médecins-conseils transmettent trimestriellement au Collège par l'intermédiaire de leur direction médicale et selon les modalités fixées par ce Collège, les informations statistiques se rapportant à leurs décisions et les constatations d'irrégularités.

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°)

Le Collège procède à l'examen corporel des bénéficiaires lorsqu'il l'estime nécessaire et modifie éventuellement la décision prise par le médecin-conseil. La décision du collège ne peut avoir d'effet rétroactif. Elle reste valable pendant une période d'un an au maximum.

[M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°°°)

Cette décision est notifiée au bénéficiaire, à l'organisme assureur auprès duquel il est affilié ou inscrit et à l'institution où il est admis, ou au praticien de l'art infirmier, association, cabinet de groupe, service de soins à domicile dispensant les soins nécessaires dans le cadre des soins à domicile.

[M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°°°°)

Le Collège peut, s'il le juge utile, vérifier si dans une institution déterminée, les normes réglementaires en matière de présence du personnel qui sont fixées en vertu de l'article 37, § 12, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, sont respectées et si les soins couverts par l'intervention visée au même article sont effectivement dispensés. A cette fin, il peut demander audit personnel et à la direction de l'institution toute information qu'il juge utile pour l'exécution de cette mission;

3° de contrôler, notamment à l'aide de données statistiques, transmises à sa demande par les services ou institutions visés à l'article 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, la manière dont ceux-ci observent les dispositions légales et réglementaires concernant l'assurance soins de santé et indemnités.

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°°°°)

A la demande du fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, le Collège national des médecins-conseils charge certains de ses membres d'effectuer une enquête sur place, afin de vérifier si les catégories de dépendance dans lesquelles sont classés les bénéficiaires hébergés répondent aux conditions fixées par les articles 150 et 151, et si l'institution applique les prescriptions fixées à l'article 152, § 4. Le Collège national fait rapport des résultats de cette enquête, dans les soixante jours qui suivent la demande susvisée, au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé;

(°) modification uniquement en NL

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) d'application à partir du 1-8-2003

(°°°°°) d'application à partir du 1-8-2003

(°°°°°°) modification uniquement en NL

[M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°)

4° de faire rapport des irrégularités aux organes intéressés, soit le Service du contrôle administratif pour la présence du personnel, le Service du contrôle médical pour l'exécution effective des prestations et le Service des soins de santé pour les autres irrégularités constatées. Ces irrégularités sont collectées par le Collège suivant les dispositions fixées au point 2°;

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

5° de transmettre, par l'intermédiaire des directions médicales, des informations supplémentaires aux médecins-conseils pour obtenir des contrôles plus ponctuels.

6° de faire annuellement rapport sur ses activités au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé.

Art. 121. [M - A.R. 29-8-97 - M.B. 1-10; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Le Collège national des médecins-conseils est composé de treize membres effectifs et de treize membres suppléants, médecins-conseils choisis parmi les candidats proposés par les organismes assureurs sur une liste double de celle des mandats à pourvoir; pour fixer l'importance de la représentation des organismes assureurs, on tient compte de leur effectif respectif; chaque organisme assureur a droit à au moins un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant. Un membre suppléant ne peut siéger qu'en l'absence d'un membre effectif.

Les membres sont nommés par le Roi.

Le Collège désigne un président parmi ses membres.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

Les membres du Collège national des médecins-conseils sont nommés pour 6 ans. Leur mandat est renouvelable par moitié tous les 3 ans. Le mandat de la moitié des membres a été renouvelé pour la première fois le 1er janvier 1986 et les membres sortants ont été tirés au sort.

(°) d'application à partir du 1-8-2003.

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) modification uniquement en NL Pour l'exécution des tâches visées aux articles 512 à 519 du présent arrêté, la fonction de la Commission des caisses d'assurance soins pour la période du 1er janvier 2019 au 30 juin 2019 est exercée par les membres du Collège national des médecins-conseils ou par les membres des collèges locaux. Les articles 121 et 122 de 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 sont d'application mutatis mutandis pour l'exécution de ces tâches. Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-18 portant exécution du décret du 18-5-2018 relatif à la protection sociale flamande - M.B. 28-12 - Art. 630

(°°°°) modification uniquement en NL

Le mandat des membres sortants est renouvelable.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Il est pourvu dans les trois mois au remplacement de chaque membre qui, avant l'expiration normale de son mandat, ne fait plus partie du Collège national des médecins-conseils. Le membre ainsi désigné achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 122. [M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°)

§ 1er. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Pour pouvoir valablement siéger, le Collège national des médecins-conseils doit réunir au moins la moitié des membres.

Tous les membres du Collège national ont voix délibérative. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres qui participent au vote. S'il y a parité de voix, la proposition est rejetée.

Abrogé par: A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2 (avant alinéa 3) (°°°°)

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

Les fonctions de secrétaire et de secrétaire adjoint du Collège national des médecins-conseils sont assumées par des membres du personnel du Service des soins de santé, désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service.

[I - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°°°°°)

§ 2. Pour exécuter les missions visées à l'article 120, 2°, 3° et 4°, le Collège national constitue des sections composées:

1° d'au moins deux de ses membres;

[M – A.R. 24-3-15 – M.B. 13-4 – art.1; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°°°)

2° de médecins-conseils membres ou non-membres et/ou de praticiens de l'art infirmier, et/ou de kinésithérapeutes mandatés par les médecins-conseils en application de l'article 153, §§ 3 et 4 de la loi coordonnée, de sorte qu'au minimum trois organismes assureurs différents soient représentés dans l'ensemble de la section.

(°) modification uniquement en NL

(°°) d'application à partir du 1-8-2003. Le texte existant de l'article 122 devient l'article 122, § 1^{er}. Pour l'exécution des tâches visées aux articles 512 à 519 du présent arrêté, la fonction de la Commission des caisses d'assurance soins pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2019 est exercée par les membres du Collège national des médecins-conseils ou par les membres des collèges locaux. Les articles 121 et 122 de 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 sont d'application mutatis mutandis pour l'exécution de ces tâches. Arrêté du Gouvernement flamand du 30-11-18 portant exécution du décret du 18-5-2018 relatif à la protection sociale flamande - M.B. 28-12 - Art. 630

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) d'application à partir du 1-8-2003

(°°°°°) modification uniquement en NL

(°°°°°°) d'application à partir du 1-8-2003

(°°°°°°°) modification uniquement en NL

[I - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°)

§ 3. Pour l'exécution des missions visées à l'article 120, 2°, 3° et 4°, le Collège national peut faire appel aux collèges locaux placés sous sa tutelle et composés:

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°)

1° d'un médecin-conseil responsable provincial, désigné par le Collège national sur proposition des organismes assureurs. Le Collège national peut désigner plusieurs responsables par province, qui assument cette tâche soit à tour de rôle, soit en fonction d'une répartition géographique;

[M - A.R. 24-3-15 - M.B. 13-4 - art. 1; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°)

2° d'au moins trois médecins-conseils et/ou de praticiens de l'art infirmier et/ou de kinésithérapeutes, mandatés par ces médecins-conseils en application de l'article 153, §§ 3 et 4, de la loi coordonnée, figurant sur une liste composée par le Collège national sur proposition des organismes assureurs.

Au minimum trois organismes assureurs différents sont représentés dans chaque collège local.

[I - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2; R - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°°)

§ 4. L'examen corporel de chaque bénéficiaire est effectué par au moins deux membres des sections du Collège national ou des collèges locaux, qui prennent leur décision par consensus. En cas de désaccord entre ces deux membres, le bénéficiaire est réexaminé par l'ensemble des membres de la section ou du collège local. Les décisions prises sont notifiées au dispensateur de soins par envoi recommandé effectué, soit par un médecin-conseil membre du Collège national, soit par le médecin-conseil responsable provincial. Ils les communiquent au secrétariat du Collège national qui les transmet aux différents organismes assureurs pour exécution.

[I - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°°°°)

§ 5. Le détail des procédures à suivre par ces sections et ces collèges locaux pour l'accomplissement de leurs missions est fixé par le Collège national dans son règlement d'ordre intérieur visé à l'article 120, 1°.

(°) d'application à partir du 1-8-2003
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) modification uniquement en NL
(°°°°°) d'application à partir du 1-8-2003

[I - A.R. 13-7-01 - M.B. 29-8; R – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 1] (°).....

Section XIV

[Accréditation]

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 2] (°°)

[Sous-section I

Accréditation des médecins]

A. Organes d'accréditation pour médecins

[I - A.R. 13-7-01 - M.B. 29-8] (°°°)

Art. 122bis. Sont institués auprès du Service des soins de santé:

- un Conseil national de la promotion de la qualité;
- un Groupe de direction de l'accréditation;
- un Conseil technique de l'accréditation;
- un Comité paritaire pour chaque spécialité de la médecine;
- une Commission d'Appel.

(°) d'application à partir du 1-2-2017

(°°) d'application à partir du 1-2-2017

(°°°) d'application à partir du 24-12-2002. Les organes créés sur la base de l'accord national médico-mutualiste conclu le 17 février 1997 continuent de remplir leurs missions jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel les organes en question visés dans le présent arrêté sont constitués valablement. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

1. Le Conseil national de la promotion de la qualité

[I - A.R. 13-7-01 - M.B. 29-8] (°)

Art. 122ter. § 1er. Le Conseil national de la promotion de la qualité se compose des quatre groupes suivants:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

1° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins généralistes agréés ainsi que 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins spécialistes;

2° 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les universités ainsi que 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les organisations scientifiques médicales;

3° 12 membres effectifs et 12 membres suppléants représentant les organismes assureurs;

4° 3 membres effectifs et 3 membres suppléants représentant le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions ainsi que 3 membres effectifs et 3 membres suppléants représentant le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Les groupes visés aux 2° et 3° ne comprennent que des médecins comme membres.

§ 2. Les membres du Conseil national de la promotion de la qualité sont nommés par le Roi:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 1°, sur la proposition des organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 2°, respectivement sur la proposition des universités et des organisations scientifiques médicales: concernant les universités, chaque université qui propose un cycle de formation complet en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine a droit à un membre effectif et un membre suppléant;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 3°, sur la proposition des organismes assureurs: chaque organisme assureur dispose au moins d'un membre effectif et d'un membre suppléant;

4° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 4°, sur la proposition respectivement du Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions et du Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

(°) d'application à partir du 1-10-2001

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) modification uniquement en NL

§ 3. Les membres du Conseil national de la promotion de la qualité choisissent un président parmi les membres du groupe visé au § 1er, 1° et trois vice-présidents parmi les trois autres groupes visés dans le § 1er, 2°, 3° et 4°. En cas d'empêchement du président, la séance est présidée à tour de rôle par un des trois vice-présidents

§ 4. Le Conseil national de la promotion de la qualité:

1° gère, d'une part, le système d'évaluation "peer review", c'est-à-dire un système d'examen critique par des médecins, de la qualité de leurs prestations et notamment, lorsqu'il existe des critères objectifs ou basés sur un consensus scientifique pour une pratique acceptable et adéquate, une évaluation de leur performance par rapport à ces critères, et détermine d'autre part, à cette fin les sujets et prend les initiatives en matière de développement permanent de la qualité, sur la base d'informations, de propositions, de recommandations et de stimulants;

2° développe des recommandations pour une bonne utilisation du dossier médical global;

3° développe des recommandations en vue de promouvoir le travail en équipe et diverses associations;

[I - A.R. 20-12-04 - M.B. 30-12 - éd. 2; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

3°bis définit les recommandations de bonne pratique médicale visées à l'article 73, § 3, de la loi coordonnée, ainsi que les indicateurs visés à l'article 73, § 2, alinéa 1^{er}, de cette même loi, et procure le feedback des données aux médecins et aux groupes locaux d'évaluation médicale;

4° prend connaissance des travaux du Groupe de direction de l'accréditation visés à l'article 122quater;

5° fait part de ses travaux au Groupe de direction de l'accréditation.

Le Conseil national de la promotion de la qualité remplit les missions visées aux 4° et 5° en vue de la coordination du contenu des travaux.

§ 5. Le Conseil national de la promotion de la qualité arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes:

1° le Conseil national de la promotion de la qualité siège valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe dont il est fait mention au § 1er sont présents;

[M - A.R. 20-12-04 - M.B. 31-12 - éd. 2]

2° les décisions du Conseil national de la promotion de la qualité sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de trois des quatre groupes visés au § 1er; seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

3° le Conseil national de la promotion de la qualité comprend un groupe de travail "médecine générale". Le Conseil national de la promotion de la qualité peut instituer d'autres groupes de travail;

(°) modification uniquement en NL

4° lors de l'accomplissement de sa mission visée au § 4, 1°, le Conseil national de la promotion de la qualité peut faire appel sur le plan de la conception et de l'implémentation à des instances qu'il désigne à cet effet, en ce compris les comités paritaires visés aux articles 122sexies et 122septies;

5° le président convoque le Conseil national de la promotion de la qualité sans délai si au moins trois membres demandent par écrit de mettre à l'ordre du jour un sujet déterminé.

§ 6. L'instance qui assure le secrétariat, informe en même temps le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions et le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, de la situation et de l'état d'avancement des travaux du Conseil national de la promotion de la qualité. Les documents de travail et les avis émis par ce conseil de sa propre initiative ou à la demande d'un ou des deux ministres sont chaque fois transmis aux deux ministres précités.

2. Le Groupe de direction de l'accréditation

[I - A.R. 13-7-01 - M.B. 29-8] (°)

Art. 122quater. § 1er. Le Groupe de direction de l'accréditation se compose des trois groupes suivants:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

1° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins généralistes agréés et 6 membres effectifs et 6 membres suppléants médecins spécialistes;

2° 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les universités ainsi que 7 membres effectifs et 7 membres suppléants représentant les organisations scientifiques médicales;

3° 12 membres effectifs et 12 membres suppléants représentant les organismes assureurs.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Un médecin, qui représente le Ministère de la Santé publique, fait partie du Groupe de direction de l'accréditation avec voix consultative.

§ 2. Les membres du Groupe de direction de l'accréditation sont nommés par le Roi:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 1°, sur la proposition des organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 2°, sur la proposition respectivement des universités et des organisations scientifiques médicales : concernant les universités, chaque université qui propose un cycle de formation complet en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine a droit à un membre effectif et un membre suppléant;

(°) d'application à partir du 1-10-2001

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) modification uniquement en NL

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 3°, sur la proposition des organismes assureurs : pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

§ 3. Le Groupe de direction de l'accréditation comporte une section pour la médecine générale et une pour la médecine spécialisée, un nombre minimum de membres communs du Groupe de direction siégeant tant dans une section que dans l'autre. Les sections peuvent se réunir si le Groupe de direction de l'accréditation est d'avis que ses missions peuvent être mieux remplies ainsi.

§ 4. Le Groupe de l'accréditation choisit parmi ses membres un président et un co-président, pour chacune des deux sections prévues au § 3. Le président le plus âgé des deux sections préside le Groupe de direction de l'accréditation.

§ 5. Le Groupe de direction de l'accréditation:

1° gère l'exécution des conditions d'accréditation et des procédures;

2° gère le système de formation continue;

3° agréé les programmes de formation continue qui lui sont soumis par les comités paritaires ou décide, le cas échéant, de l'appréciation et de l'agrément des programmes si un comité paritaire ne formule pas de propositions ou ne peut pas prendre de décision au sens de l'article 122septies, § 6, 2°;

4° supervise et coordonne le fonctionnement des Comités paritaires concernant la formation continue;

5° informe le Conseil national de la promotion de la qualité de ses travaux;

6° prend connaissance des travaux du Conseil national de la promotion de la qualité, visés à l'article 122ter, § 4;

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

7° décide de l'accréditation des médecins individuels.

Les missions visées aux 5° et 6° sont remplies en vue de la coordination du contenu des travaux en particulier en ce qui concerne la gestion du système de formation continue visé au 2°.

(°) modification uniquement en NL

§ 6. Le Groupe de direction de l'accréditation arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes:

[**R** – A.R. 25-4-13 – M.B. 10-5 – éd. 1 – art. 1]

1° [le Groupe de direction de l'accréditation siège valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe mentionné au § 1^{er} sont présents; si cette condition de présence n'est pas remplie pour chaque groupe, les points à l'agenda sont reportés à la réunion suivante, lors de laquelle il peut être décidé sans qu'il soit satisfait à la condition de présence ;]

2° les décisions du Groupe de direction de l'accréditation sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque groupe; seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

3° le Groupe de direction de l'accréditation peut instituer des groupes de travail.

3. Le Conseil technique de l'accréditation

[**I** - A.R. 13-7-01 - M.B. 29-8] (°)

Art. 122quinquies. § 1er. Le Conseil technique de l'accréditation est composé de membres du Groupe de direction de l'accréditation et compte chaque fois quatre membres effectifs et quatre membres suppléants désignés par chaque groupe visé à l'article 122quater, § 1er.

§ 2. Les membres du Conseil technique de l'accréditation choisissent entre eux, à la majorité des voix, un président, un vice-président et un secrétaire, en veillant à ce que soient représentés chacun des trois groupes constitutifs.

§ 3. Le Conseil technique de l'accréditation donne des avis et élabore des propositions à propos de chaque demande que lui soumet le Groupe de direction de l'accréditation en ce qui concerne ses missions visées à l'article 122quater, § 5.

§ 4. Le Conseil technique de l'accréditation arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes:

1° le Conseil technique de l'accréditation siège valablement lorsque la moitié au moins des membres effectifs ou suppléants sont présents et lorsqu'au moins chaque groupe est représenté. Les travaux sont dirigés par le Président ou, si celui-ci est empêché, par le vice-président. Lorsque le président et le vice-président sont absents, la réunion est présidée par le membre le plus âgé;

2° seul un membre effectif a droit de vote et un membre suppléant a le droit de vote si le membre effectif qu'il remplace n'est pas présent en séance. Les décisions sont en principe prises par consensus. Si l'on n'aboutit pas à un consensus, les opinions sont consignées par groupe dans un procès-verbal;

(°) d'application à partir du 1-10-2001

3° sur proposition unanime du président, du vice-président et du secrétaire ou sur la proposition de la majorité des membres avec accord du président, du vice-président et du secrétaire, et en vue du traitement de problèmes techniques spécifiques, le Conseil technique de l'accréditation peut convoquer toute personne qu'il estime être susceptible de lui fournir des informations utiles;

4° le Conseil technique de l'accréditation peut créer des groupes de travail en son sein et les charger de l'examen préalable d'un problème. Les trois groupes sont représentés dans chaque groupe de travail. Chaque groupe de travail est présidé par un membre du Conseil technique de l'accréditation désigné par le président, le vice-président et le secrétaire. Chaque groupe de travail peut entendre les experts qu'il souhaite avec l'accord du Conseil technique de l'accréditation.

4. Les Comités paritaires

[I - A.R. 13-7-01 - M.B. 29-8] (°)

Art. 122sexies. Sont institués, auprès du Service des soins de santé, des comités paritaires pour :

- la médecine générale;
- l'anesthésiologie-réanimation;
- la chirurgie;
- la neurochirurgie;
- la chirurgie plastique;
- la gynécologie et l'obstétrique;
- l'ophtalmologie;
- l'oto-rhino-laryngologie;
- l'urologie;
- l'orthopédie;
- la stomatologie;
- la dermato-vénérologie;
- la médecine interne;
- la pneumologie;
- la gastro-entérologie;
- la pédiatrie;
- la cardiologie;
- la neurologie;
- la psychiatrie;
- la rhumatologie;
- la médecine physique;

(°) d'application à partir du 1-10-2001

- la biologie clinique;
- la radiodiagnostic;
- la radiothérapie;
- la médecine nucléaire;
- l'anatomopathologie.

[I - A.R. 21-8-08 - M.B. 5-9 - éd. 2 - art. 1]

[- médecine d'urgence et médecine aiguë;]

[I - A.R. 21-8-08 - M.B. 5-9 – éd. 2- art. 1]

[- gériatrie;] [I - A.R. 21-8-08 - M.B. 5-9 - éd. 2 - art. 1]

[- oncologie médicale.]

[I - A.R. 13-7-01 - M.B. 29-8] (°)

Art. 122septies. § 1er. Le Comité paritaire pour la médecine générale est composé des deux groupes suivants:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

1° vingt-quatre membres représentant les organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° vingt-quatre membres représentant les universités, les organisations scientifiques médicales et les cercles de formation continue.

Tous les autres comités paritaires sont composés des deux groupes suivants:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

1° douze membres effectifs et douze membres suppléants représentant les organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° douze membres effectifs et douze membres suppléants représentant les universités, les organisations scientifiques médicales et les cercles de formation continue.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

§ 2. Le comité paritaire pour la médecine générale ne comprend que des médecins généralistes agréés comme membres; les autres comités paritaires ne comprennent que des médecins-spécialistes comme membres.

(°) d'application à partir du 1-10-2001

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) modification uniquement en NL

§ 3. Les membres des comités paritaires sont nommés par le Roi:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, alinéa 1er, 1°, et § 1er, alinéa 2, 1°, sur la proposition des organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, alinéa 1er, 2°, et § 1er, alinéa 2, 2°, sur la proposition des universités, des organisations scientifiques médicales et des cercles de formation continue.

§ 4. Les membres de chaque comité paritaire choisissent, parmi les membres des groupes visés au § 1er, un président, un vice-président et un secrétaire.

§ 5. Les comités paritaires, chacun en ce qui concerne sa spécialité :

1° soumettent les programmes de formation continue établis ou acceptés ainsi que leur évaluation à l'agrément du Groupe de direction de l'accréditation visé à l'article 122quater;

2° surveillent l'exécution de la formation continue, sous la supervision du Groupe de direction de l'accréditation;

3° exécutent, le cas échéant, la mission relative au système d'évaluation "peer review" défini à l'article 122ter, § 4, 1°, sous la supervision du Conseil national de la promotion de la qualité.

§ 6. Les comités paritaires arrêtent, en ce qui concerne leur mission visée au § 5, 1° et 2°, leur règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes:

[R – A.R. 25-4-13 – M.B. 10-5 – éd. 1 – art. 2]

1° [les comités paritaires siègent valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe mentionné au § 1^{er} sont présents; si cette condition de présence n'est pas remplie pour chaque groupe, les points à l'agenda sont reportés à la réunion suivante, lors de laquelle il peut être décidé sans qu'il soit satisfait à la condition de présence;]

2° les décisions des comités paritaires sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque groupe; dans les comités paritaires visés au § 1er, alinéa 2, seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

3° chaque comité paritaire peut créer des groupes de travail, répartis éventuellement par région, et en désigner les membres : la composition de chaque groupe de travail est une émanation du Comité paritaire qui le crée.

(°°°°°) modification uniquement en NL

5. La Commission d'appel

[I - A.R. 13-7-01 - M.B. 29-8] (°)

Art. 122octies. § 1er. La Commission d'appel se compose des groupes suivants:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

1° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants représentant les organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants représentant les universités et les organisations scientifiques médicales;

3° 4 membres effectifs et 4 membres suppléants représentant les organismes assureurs.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Le groupe visé au 1° compte deux membres effectifs et deux membres suppléants médecins généralistes agréés ainsi que deux membres effectifs et deux membres suppléants médecins spécialistes.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

Les membres de la Commission d'appel ne peuvent pas être membres de la Commission nationale médico-mutualiste ni du Groupe de direction de l'accréditation.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

§ 2. Les membres de la Commission d'appel sont nommés par le Roi:

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 1°, sur la proposition des organisations professionnelles représentatives des médecins;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 2°, sur la proposition des universités et des organisations scientifiques médicales;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1er, 3°, sur la proposition des organismes assureurs.

(°) d'application à partir du 1-10-2001
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) modification uniquement en NL
(°°°°°) modification uniquement en NL

§ 3. La Commission d'appel choisit un président parmi les membres d'un des groupes visés au § 1er et deux vice-présidents parmi des membres des deux autres groupes visés dans la même disposition. En cas d'empêchement du président, la séance est présidée à tour de rôle par un des deux vice-présidents.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

§ 4. La Commission d'appel examine et statue sur le recours que les médecins individuels peuvent introduire auprès d'elle contre des décisions les concernant prises par le Groupe de direction de l'accréditation en exécution de sa mission visée à l'article 122quater, § 5, 7°.

§ 5. La Commission d'appel arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes:

1° sous peine d'irrecevabilité, le recours est introduit auprès de la Commission d'appel, par lettre recommandée à la poste, dans les soixante jours à compter de la date de la notification de la décision du Groupe de direction de l'accréditation. Si le délai vient à échéance un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, il est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable;

2° le recours comprend:

- tous les motifs et toutes les pièces invoqués à l'encontre de la décision;
- une copie de la notification de la décision;

3° la Commission d'appel se réunit valablement si quatre membres effectifs ou suppléants de chaque groupe mentionné au § 1er sont présents;

si la condition de présence visée au premier alinéa n'est pas remplie, les points inscrits à l'ordre du jour sont reportés à la séance suivante;

seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

4° toute la procédure devant la Commission d'appel se fait par écrit. La Commission d'appel examine toutes les pièces en séance. Elle délibère à huis clos et ses délibérations sont secrètes;

5° chaque recours recevable est soumis au vote. Un recours ne peut être déclaré fondé que si la majorité des membres de la Commission d'appel s'est prononcée en ce sens. Dans tous les autres cas le recours est non fondé.

(°) modification uniquement en NL

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 3] (°)

[B. Conditions et procédures pour l'accréditation individuelle des médecins]

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 4] (°°)

[Art. 122octies/1^{er}. § 1^{er}. Afin de pouvoir prétendre à l'accréditation, chaque médecin doit :

- 1) exercer son activité principale en Belgique ;
- 2) être agréé comme médecin généraliste ou médecin spécialiste ;
- 3) suivre une formation continue ;
- 4) prêter son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité, organisées par des pairs pour la discipline concernée et être au minimum inscrit dans un groupe local d'évaluation médicale auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;
- 5) avoir atteint pour l'année civile précédente un seuil d'activité tel que fixé par le ministre sur la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, exception faite pour les jeunes médecins dans leurs 4 premières années de pratique ;
- 6) assurer la continuité des soins selon les dispositions de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015.

En outre, chaque médecin généraliste doit

7) tenir un dossier médical par patient et avec l'accord du patient échanger avec tout autre médecin, consulté par le patient et/ou qui le soigne, tous les éléments de ce dossier, qui sont utiles à l'établissement du diagnostic et du traitement.

En outre, chaque médecin spécialiste doit

8) avec l'accord du patient transmettre au médecin généraliste consulté par le patient et/ou qui le soigne et échanger avec lui toutes les données médicales utiles par dossier de patient en matière de diagnostic et de traitement.

§ 2. Les conditions prescrites au § 1^{er} restent d'application pendant les périodes d'accréditation. Le médecin qui ne remplit plus ces conditions perd l'accréditation et le droit à l'accréditation à partir du mois suivant le mois au cours duquel les conditions ne sont plus remplies.

§ 3. Les modalités de constatation et de vérification des conditions prescrites au § 1^{er} sont fixées par le ministre sur la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste.]

(°) d'application à partir du 1-12-2017

(°°) d'application à partir du 1-12-2017

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 4] (°)

[**Art. 122octies/2.** Le médecin introduit la demande d'accréditation auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, service des relations avec les médecins, conformément aux conditions fixées par le ministre sur la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste.

Chaque demande doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires, conformément aux conditions fixées par le ministre sur la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste.

Par cette demande, le médecin s'engage à remplir et à continuer à remplir les conditions énumérées à l'article 122octies/1^{er}, § 1^{er}. En outre, le médecin s'engage à remplir les conditions de formation continue prescrites à l'article 122ocites/4.]

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 4] (°°)

[**Art. 122octies/3.** ne accréditation peut être accordée pour une période d'une ou de plusieurs années d'accréditation. Ces années d'accréditation commencent toujours le premier jour du mois.

Chaque période d'accréditation est constituée d'une ou de plusieurs périodes de référence de 12 mois. Ces périodes de référence commencent 2 mois avant le début des années d'accréditation mentionnées à l'alinéa 1^{er} et se terminent 2 mois avant la fin des années d'accréditation mentionnées à l'alinéa 1^{er}.]

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 4] (°°°)

[**Art. 122octies/4.** Pendant chaque période de référence, le médecin a l'obligation de suivre une formation continue. Les modalités et les conditions de cette formation continue sont fixées par le ministre sur la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste. Cette formation continue implique au moins l'obligation d'obtenir 20 crédit points (CP) dont 3 CP en rubrique « éthique et économie » et 2 participations aux réunions du groupe local d'évaluation de la qualité médicale auquel le médecin est inscrit, par période de référence de 12 mois comme définie à l'article 122octies/3.]

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 4] (°°°°)

[**Art. 122octies/5. § 1^{er}.** Les médecins peuvent introduire une demande d'accréditation de début d'activité à partir du jour de leur demande d'agrément de médecin généraliste ou de médecin spécialiste auprès de l'autorité compétente et jusqu'à trois mois après le jour où l'agrément a été accordé.

L'échéance est comprise dans le délai. Toutefois, si elle tombe un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, l'échéance est reportée au premier jour ouvrable qui suit.

(°) d'application à partir du 1-12-2017

(°°) d'application à partir du 1-12-2017

(°°°) d'application à partir du 1-12-2017

(°°°°) d'application à partir du 1-12-2017

Les médecins qui, au moment de leur agrément ou dans les trois mois suivant leur agrément, suivent une formation liée à leur spécialité ou partent à l'étranger pour y exercer la médecine peuvent obtenir une accréditation de début d'activité à la fin de cette formation complémentaire ou de cette activité professionnelle à l'étranger s'ils fournissent une preuve de leur période de formation complémentaire ou de leur activité à l'étranger et qu'ils introduisent également la demande de début d'activité susmentionnée, au plus tard dans les trois mois après le début de leur activité dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

La période de l'accréditation de début d'activité dure une année. Elle commence le premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel le Service a reçu la demande d'accréditation ainsi que l'arrêté d'agrément.

Dans les cas définis au § 1^{er}, alinéa 3, moyennant approbation du groupe de direction de l'accréditation, l'accréditation de début d'activité commence au plus tard le premier jour du deuxième mois qui suit la réception de la demande conforme.

§ 2. Les médecins qui ne se trouvent pas en début d'activité au sens du paragraphe 1^{er} sont considérés comme des médecins établis.

Les médecins établis peuvent obtenir une première accréditation s'ils remplissent les conditions de l'article 122octies/1^{er}, § 1^{er}, et si pendant les douze mois précédant la demande, ils ont suivi une formation continue équivalente à celle spécifiée à l'article 122octies/4.

L'accréditation pour les médecins établis est accordée pour une période de trois ans et, moyennant l'approbation du groupe de direction de l'accréditation, prend cours au plus tard le premier jour du deuxième mois qui suit le mois au cours duquel le Service a reçu une demande conforme.

§ 3. La prolongation d'une accréditation en cours peut être obtenue pour autant que les conditions de l'article 122octies/1^{er}, § 1^{er}, soient remplies et que pendant la ou les périodes de référence de la période d'accréditation à prolonger, les conditions de l'article 122octies/4 aient été remplies.

La demande de prolongation doit être introduite au plus tard 2 mois avant l'expiration de la période d'accréditation en cours.

La prolongation de l'accréditation est accordée pour une période de trois ans et, moyennant l'approbation du groupe de direction de l'accréditation, prend cours au plus tard le premier jour du deuxième mois qui suit le mois au cours duquel le Service a reçu une demande conforme et au plus tôt à la fin de la période d'accréditation précédente.

§ 4. Un renouvellement de l'accréditation peut être accordé aux médecins à qui il avait déjà été accordé une accréditation qui est expirée ou va expirer moins de deux mois après l'introduction de la demande, pour autant que les conditions de l'article 122octies/1^{er}, § 1^{er}, soient remplies et que, pendant la ou les périodes de référence de la période d'accréditation expirée ou devant expirer, les conditions de l'article 122octies/4 aient été remplies.

Le renouvellement est accordé pour une période de trois ans et, moyennant l'approbation du groupe de direction de l'accréditation, prend cours au plus tard le premier jour du deuxième mois qui suit le mois au cours duquel le Service a reçu une demande conforme et au plus tôt à la fin de la période d'accréditation précédente.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, un renouvellement peut être accordé même si les conditions de l'article 122octies/4 ne sont pas remplies pendant la ou les périodes de référence de la période d'accréditation expirée ou devant expirer, à condition que le médecin ne se trouve pas dans une période où il a été déchu du droit à l'accréditation en vertu de l'article 122octies/7 et à condition que pendant les douze mois précédant la demande, il ait suivi une formation continue équivalente à celle spécifiée à l'article 122ocites/4.

Dans pareil cas, le renouvellement de l'accréditation est accordé pour une période d'un an et, moyennant l'approbation du groupe de direction de l'accréditation, prend cours au plus tard le premier jour du deuxième mois qui suit le mois au cours duquel le Service a reçu une demande conforme et au plus tôt à la fin de la période d'accréditation précédente.

Tout recours soumis à l'organe précisé à l'article 122octies est considérée comme une demande de renouvellement de l'accréditation dont les modalités, y compris l'éventuelle période d'accréditation, sont fixées par cet organe de manière raisonnable et équitable.

§ 5. Les médecins qui sont admission à la pension peuvent introduire une demande prolongation ou de renouvellement de leur accréditation dans le cadre du régime de fin de carrière.

La prolongation ou le renouvellement d'une accréditation, visés à l'alinéa 1^{er} peut être obtenu si les conditions de l'article 122octies/1^{er}, § 1^{er}, sont remplies, sauf la condition relative au seuil d'activité, et si pendant la ou les périodes de référence de la période d'accréditation expirée ou devant expirer, les conditions de l'article 122octies/4 sont remplies.

Par dérogation à l'alinéa précédent, un renouvellement peut être accordé même si les conditions de l'article 122octies/4 ne sont pas remplies pendant la ou les périodes de référence de la période d'accréditation expirée ou devant expirer, à condition que le médecin ne se trouve pas dans une période où il a été déchu du droit à l'accréditation en vertu de l'article 122octies/7 et à condition que pendant les douze mois précédant la demande, il ait suivi une formation continue équivalente à celle spécifiée à l'article 122octies/4.

La demande de prolongation dans le cadre d'un régime de fin de carrière doit être introduite au plus tard 2 mois avant l'expiration de la période d'accréditation en cours et elle peut être répétée.

La prolongation ou le renouvellement de l'accréditation visés à l'alinéa 1^{er} est accordé pour une période d'un an et, moyennant l'approbation du groupe de direction de l'accréditation, prend cours au plus tard le premier jour du deuxième mois qui suit le mois au cours duquel le Service a reçu une demande conforme et au plus tôt à la fin de la période d'accréditation précédente.

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 4] (°)

[Art. 122octies/6. Les périodes définies en vertu de l'article 122octies/5 et/ou les conditions précisées aux articles 122octies/1^{er} et 122octies/4 peuvent être suspendues par une ou des période(s) en cas de situations de force majeure, une activité professionnelle exclusive à l'étranger ou une formation complémentaire à l'étranger et d'autres circonstances de suspension conformément aux conditions et modalités fixées par le ministre sur la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste.

Le médecin qui souhaite invoquer des circonstances de suspension doit, sous peine de forclusion, en informer le Service au préalable pour autant que ces circonstances soient prévisibles.]

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 4] (°°)

[Art. 122octies/7. Les médecins pour lesquels il a été constaté que lors de leur dernière période d'accréditation accordée, ils ne remplissaient pas les conditions telles que fixées à l'article 122octies/1^{er}, § 1^{er}, et à l'article 122octies/4, peuvent être déchus du droit de bénéficier de l'accréditation pour un nombre de périodes d'accréditation égal au nombre d'années d'accréditation pendant lesquelles ces conditions n'étaient pas remplies.

Cette déclaration de déchéance prend cours le premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel la dernière période d'accréditation accordée a pris fin et elle peut être fixée de manière rétroactive sans porter préjudice aux droits acquis.]

[I – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 – art. 4] (°°°)

[Art. 122octies/8. Les décisions du groupe de Direction de l'Accréditation concernant l'accréditation individuelle sont motivées. Elles peuvent inclure une accréditation totale ou partielle, une suspension, un refus ou une déclaration de déchéance. Elles peuvent être assorties de conditions, notamment la condition de remboursement par le médecin concerné des forfaits d'accréditation versés indûment. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité est chargé de récupérer les montants indus.]

[I - A.R. 20-12-07 - M.B. 14-1-08 - art. 1; R – A.R. 19-9-17 – M.B. 12-10 - art. 3] (°°°°)

[Sous section II

Organes d'accréditation pour praticiens de l'art dentaire]

[I - A.R. 20-12-07 - M.B. 14-1-08 - art. 1] (°°°°°)

Art. 122octies semel. Sont institués auprès du Service des soins de santé :

- un Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire;
- une Commission d'évaluation de l'art dentaire;
- une Commission d'appel de l'art dentaire.

(°) d'application à partir du 1-12-2017
(°°) d'application à partir du 1-12-2017
(°°°) d'application à partir du 1-12-2017
(°°°°) d'application à partir du 1-12-2017
(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

[I - A.R. 20-12-07 - M.B. 14-1-08 - art. 1] (°)

1. Le Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire

[I - A.R. 20-12-07 - M.B. 14-1-08 - art. 1] (°°)

Art. 122octies bis. § 1^{er}. Le Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire, ci-après dénommé Groupe de direction, est composé de :

1° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants, représentant des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

2° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants, représentant des organismes assureurs;

3° 6 membres effectifs et 6 membres suppléants, représentant des universités.

Les membres visés aux points 1° et 3° sont praticiens de l'art dentaire.

Un représentant du Service public fédéral Santé publique fait partie du Groupe de direction avec voix consultative.

§ 2. Les membres du Groupe de direction sont nommés par le Roi :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1^{er}, 1°, sur proposition des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1^{er}, 2°, sur proposition des organismes assureurs : il est tenu compte des effectifs respectifs des organismes assureurs pour fixer leur représentation;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1^{er}, 3°, sur proposition des universités qui proposent un cycle de formation complet pour l'obtention du diplôme de dentiste.

Les membres sont nommés pour une période de quatre ans.

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

§ 3. Les membres du Groupe de direction choisissent un président parmi les membres du groupe visé au § 1^{er}, 1^o, et deux vice-présidents parmi les membres visés au § 1^{er}, 2^o et 3^o. En cas d'empêchement du président, la séance est présidée à tour de rôle par un des deux vice-présidents.

§ 4. Le Groupe de direction :

1^o gère l'exécution des conditions d'accréditation et des procédures sur la base des principes suivants :

a) formation complémentaire. Pour être accrédité et le rester, il importe de suivre chaque année un nombre minimum de formations complémentaires. Cette formation complémentaire se déroule par cycles de 5 ans. Toutes les activités de formation complémentaire sont réparties en sous-domaines qui couvrent tout le domaine de l'art dentaire. Ces sous-domaines sont fixés par le Groupe de direction et doivent être parcourus dans le courant du cycle de cinq ans. L'ampleur de cette formation complémentaire et sa valorisation sont déterminées à l'aide d'un système de points (unités d'accréditation);

b) évaluation intercollégiale de la pratique ou peer-review. La profession organise des rencontres-débat avec pour objectif d'améliorer la qualité des soins dispensés au patient par l'échange de connaissances pratiques et d'expériences entre confrères. Pour être accrédité et le rester, les praticiens de l'art dentaire doivent suivre chaque année un minimum de 2 sessions;

c) enregistrement de données. Pour être accrédité et le rester, le praticien de l'art dentaire doit être disposé à collaborer à l'enregistrement des données relatives à la pratique dentaire. Cet enregistrement de données consiste en une collecte de données ciblée, et donc limitée dans le temps, à laquelle ne sont associés par sujet qu'un nombre restreint de praticiens de l'art dentaire accrédités. Ces données ont pour but de développer des instruments visant à déterminer la politique concrète à mener en matière de santé buccodentaire au sein de la Commission nationale dento-mutualiste et du Conseil technique dentaire.

Le traitement des données et l'analyse des résultats sont effectués sous la responsabilité de l'INAMI;

d) seuil d'activité. Pour être accrédité et le rester, le praticien de l'art dentaire doit avoir effectué au moins 300 prestations sur une année civile dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Des conditions particulières concernant le seuil d'activité s'appliquent aux dentistes jeunes diplômés;

e) registre de pratique. Si l'accréditation s'effectue pour la première fois ou si les données de pratique ont changé, le praticien de l'art dentaire est tenu de communiquer certaines données sur sa pratique. N'entreront en ligne de compte pour l'accréditation que les praticiens de l'art dentaire qui travaillent dans une ou plusieurs pratiques légalement en ordre;

[I – A.R. 28-4-15 – M.B. 4-5- art. 1; M – A.R. 20-3-22 – M.B. 2-5 – art. 1] (°)

f) Répondre aux conditions générales quant à l'exercice de l'art dentaire en Belgique. Pour être accrédité et le rester, le praticien de l'art dentaire doit répondre aux conditions générales quant à l'exercice de l'art dentaire en Belgique, prévues par l'arrêté royal du 1^{er} juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire et l'arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste, ce qui inclut expressément l'obligation de participer à l'administration de soins de santé dans le cadre d'un service de garde répondant aux dispositions fixées à [la loi coordonnée de 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé]. La vérification se fait exclusivement sur la base des données visées par cette disposition pour tous les praticiens de l'art dentaire, que le SPF Santé publique communique à l'INAMI.

[I – A.R. 28-4-15 – M.B. 4-5- art. 1] (°°)

[g) Radio-protection. Pour être accrédité et le rester, le praticien de l'art dentaire doit satisfaire au règlement concernant la protection contre le danger des rayonnements ionisants, repris dans l'arrêté royal du 20 juillet 2001 portant sur le règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants. La vérification se fait exclusivement sur la base des données visées par cette disposition pour tous les praticiens de l'art dentaire, que l'Agence fédérale pour le contrôle nucléaire communique à l'INAMI.]

2° agréé les organisateurs d'activités de formation complémentaire sur avis motivé de la Commission d'évaluation de l'art dentaire. Pour être agréé et le rester, l'organisateur d'activités de formation complémentaire doit satisfaire aux conditions suivantes :

a) l'organisateur d'activités de formation complémentaire ne peut pas avoir un caractère commercial. Ce qui signifie que les cours ne peuvent pas être organisés à des fins commerciales. Le Groupe de direction veille au respect de cette condition à l'aide de critères spécifiques déterminés par le Groupe de direction dans le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

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

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

b) l'organisateur se charge de l'évaluation de l'activité de formation complémentaire et de l'enregistrement des participants conformément aux règles édictées par le Groupe de direction dans le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

c) chaque organisateur accepte le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

d) l'agrément d'organisateur expire automatiquement si un organisateur n'organise aucune activité dans le cadre de l'accréditation pendant une année civile;

3° agrée les organisateurs de sessions de peer-review. Pour être accrédité et le rester, l'organisateur de sessions de peer-review doit satisfaire aux conditions suivantes :

[M – A.R. 20-3-22 – M.B. 2-5 – art. 2] (°)

a) l'organisateur est un praticien de l'art dentaire [...];

b) l'organisateur assure, pour une période d'un an minimum, l'administration et l'organisation de sessions de peer-review, conformément aux règles édictées par le Groupe de direction dans le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

c) chaque organisateur accepte le Règlement de travail relatif aux organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review;

4° veille en permanence au respect des conditions fixées pour un organisateur d'activités de formation complémentaire, cf. 2°, et pour un organisateur de sessions de peer-review, cf. 3°. Le non-respect de ces conditions peut être sanctionné par le Groupe de direction par un avertissement ou par une suspension en tant qu'organisateur de minimum 6 mois à maximum 5 ans. En cas de suspension, le Groupe de direction décide de la durée de la suspension et de son entrée en vigueur.

Si le Groupe de direction décide d'entamer des poursuites, il en informe l'organisateur concerné par courrier recommandé. Ce courrier renferme un extrait du procès-verbal approuvé de la réunion concernée, un aperçu des sanctions possibles et la demande de réagir par écrit dans un délai à déterminer par le Groupe de direction.

Après réception de la défense écrite de l'organisateur concerné ou si ce dernier n'a pas réagi dans les délais fixés par le Groupe de direction, ce dernier décide de la sanction éventuelle de l'organisateur et - en cas de sanction - de la nature de la sanction et de son entrée en vigueur.

Le Groupe de direction informe l'organisateur de sa décision par courrier recommandé. La notification renferme un extrait du procès-verbal approuvé des réunions concernées, une mention explicite de la sanction prononcée ainsi que l'entrée en vigueur de cette sanction et la possibilité d'introduire un recours devant le Conseil d'Etat;

5° fixe les conditions auxquelles doivent satisfaire les activités de formation complémentaire et agrée les activités de formation complémentaire sur avis motivé de la Commission d'évaluation de l'art dentaire.

Les activités de formation complémentaire organisées en Belgique peuvent être agréées par le Groupe de direction. L'organisateur doit pour ce faire introduire une demande préalable à l'aide d'un formulaire dont le modèle est déterminé par le Groupe de direction.

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

Les activités de formation complémentaire à l'étranger peuvent être agréées par le Groupe de direction. Le praticien de l'art dentaire doit pour ce faire introduire une demande préalable à l'aide d'un formulaire dont le modèle est déterminé par le Groupe de direction et envoyer ensuite un rapport personnel de l'activité en question;

6° accrédite les praticiens de l'art dentaire qui en font la demande et qui satisfont aux conditions requises.

[R – A.R. 20-3-22 – M.B. 2-5 – art. 3] (°)

[A cet effet, à peine de forclusion, le praticien de l'art dentaire doit remettre sa demande d'accréditation au Groupe de Direction Promotion de la qualité de l'art dentaire dans la période du 1^{er} janvier au 31 mars de l'année suivant l'année au cours de laquelle la prime instituée en vertu de l'article 50, § 6, alinéa 6, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, a été proméritee, via l'application en ligne que l'INAMI met à disposition à cet effet, conformément aux modalités établies par ce Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire. Après réception de la demande d'accréditation, le Groupe de direction décidera de l'accréditation individuelle.]

Si le Groupe de direction n'accorde pas l'accréditation et que le praticien de l'art dentaire ne marque pas son accord sur cette décision, il peut interjeter appel de cette décision auprès de la Commission d'appel, conformément à la procédure prévue à l'article 122octies quater , § 5;

7° peut transmettre des propositions à la Commission nationale dento-mutualiste concernant la définition du contenu et l'utilisation d'un dossier dentaire.

§ 5. Le Groupe de direction arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes :

1° le Groupe de direction siège valablement lorsque la moitié des membres ayant voix délibérative de chaque groupe mentionné au § 1^{er} sont présents.

Si la condition de présence visée au précédent alinéa n'est pas remplie pour chaque groupe, les points inscrits à l'ordre du jour sont reportés à la séance suivante, lors de laquelle une décision pourra être prise, conformément au § 5, 2°, alinéa 3, sans que la condition de présence ait été satisfaite;

2° les décisions du Groupe de direction de l'accréditation sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque groupe. Seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents, et avec leur accord, ont voix délibérative;

Si une proposition n'obtient pas la majorité visée au précédent alinéa, une nouvelle proposition est soumise au vote.

Dans la situation visée au § 5, 1°, alinéa 2, les décisions sont acquises si elles sont approuvées par la majorité des membres présents de chaque groupe qui satisfait à la condition de présence visée au § 5, 1°, alinéa 1^{er}.

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

[I - A.R. 20-12-07 – M.B. 14-1-08 - art. 1] (°)

2. La Commission d'évaluation de l'art dentaire

[I - A.R. 20-12-07 - M.B. 14-1-08 - art. 1] (°°)

Art. 122octies ter. § 1^{er}. La Commission d'évaluation de l'art dentaire est composée de :

1° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentant des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

2° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentant des organismes assureurs;

3° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentant des universités.

Les membres visés aux points 1° et 3° sont praticiens de l'art dentaire.

§ 2. Les membres de la Commission d'évaluation de l'art dentaire sont désignés par le Groupe de direction :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1^{er}, 1°, sur proposition des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire représentées au Groupe de direction;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1^{er}, 2°, sur proposition des organismes assureurs représentés au Groupe de direction;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1^{er}, 3°, sur proposition des universités qu'ils représentent.

§ 3. Les membres de la Commission d'évaluation de l'art dentaire choisissent un président et un vice-président parmi les membres du groupe visé au § 1^{er}, 3°.

§ 4. La Commission d'évaluation de l'art dentaire :

1° avise le Groupe de direction de l'agrément d'un organisateur d'une activité de formation complémentaire, selon les conditions fixées par le Groupe de direction comme prévu à l'art. 122octies bis, § 4, 2°;

2° avise le Groupe de direction de l'agrément de chaque activité de formation complémentaire pour laquelle un organisateur sollicite des unités d'accréditation, selon les conditions fixées par le Groupe de direction comme prévu à l'art. 122octies bis, § 4, 4°;

§ 5. Les avis de la Commission d'évaluation de l'art dentaire sont communiqués au Groupe de direction :

1° comme avis conforme si :

a) il y a un avis unanime des 3 fractions de la Commission d'évaluation de l'art dentaire;

b) il y a un avis unanime de deux des trois fractions, dont les universités.

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

2° comme avis partagé dans les autres cas.

Le Groupe de direction examinera l'avis partagé et le renverra éventuellement pour un deuxième traitement à la Commission d'évaluation.

[I - A.R. 20-12-07 - M.B. 14-1-08 - art. 1] (°)

3. La Commission d'appel de l'art dentaire

[I - A.R. 20-12-07 - M.B. 14-1-08 - art. 1] (°°)

Art. 122octies quater. § 1^{er}. La Commission d'appel de l'art dentaire est composée de :

1° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

2° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des organismes assureurs;

3° 2 membres effectifs et 2 membres suppléants, représentants des universités.

Les membres de la Commission d'appel ne peuvent pas être membres du Groupe de direction Promotion de la qualité ni de la Commission d'évaluation de l'art dentaire.

Les membres visés aux points 1° et 3° sont praticiens de l'art dentaire.

§ 2. Les membres de la Commission d'appel de l'art dentaire sont nommés par le Roi :

1° en ce qui concerne les membres visés au § 1^{er}, 1°, sur proposition des organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire représentées au Groupe de direction;

2° en ce qui concerne les membres visés au § 1^{er}, 2°, sur proposition des organismes assureurs représentés au Groupe de direction;

3° en ce qui concerne les membres visés au § 1^{er}, 3°, sur proposition des universités qu'ils représentent.

§ 3. Les membres de la Commission d'appel de l'art dentaire choisissent un président parmi les membres des groupes visés au § 1^{er} et deux vice-présidents parmi les membres des deux autres groupes visés dans la même disposition. En cas d'empêchement du président, la séance est présidée à tour de rôle par un des deux vice-présidents.

§ 4. La Commission d'appel de l'art dentaire examine et statue sur le recours que les praticiens de l'art dentaire peuvent introduire auprès d'elle contre des décisions les concernant au sujet de leur accréditation individuel, prises par le Groupe de direction, en exécution de sa mission visée à l'article 122 octies bis , § 4.

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

§ 5. La Commission d'appel de l'art dentaire arrête son règlement d'ordre intérieur sur la base des règles de fonctionnement suivantes :

1° sous peine d'irrecevabilité, le recours est introduit auprès de la Commission d'appel, par lettre recommandée à la poste, dans les trente jours à compter de la date de la notification de la décision du Groupe de direction. Si le délai vient à échéance un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, il est prolongé jusqu'au prochain jour ouvrable;

2° le recours comprend :

- a) tous les motifs et toutes les pièces invoqués à l'encontre de la décision;
- b) une copie de la notification de la décision;

3° la Commission d'appel de l'art dentaire se réunit valablement si deux membres effectifs ou suppléants de chaque groupe mentionné au § 1^{er} sont présents;

Si la condition de présence visée au précédent alinéa n'est pas remplie, les points inscrits à l'ordre du jour sont reportés à la séance suivante;

Seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont voix délibérative;

4° la Commission d'appel de l'art dentaire examine toutes les pièces en séance. Elle délibère à huis clos et ses délibérations sont secrètes;

5° chaque recours recevable est soumis au vote. Un recours ne peut être déclaré fondé que si la majorité des membres de la Commission d'appel de l'art dentaire s'est prononcée en ce sens. Dans tous les autres cas, le recours est non fondé;

6° chaque décision est motivée;

7° le Président de la Commission d'appel de l'art dentaire veille à ce qu'une décision soit prise dans les nonante jours suivant l'introduction du recours.

[I - A.R. 21-12-01 - M.B. 29-12 - éd. 2] (°)

Section XV

Commission de remboursement des médicaments

[I - A.R. 21-12-01 - M.B. 29-12 - éd. 2] (°°)

Art. 122nonies. § 1er. La Commission est composée comme suit :

[I - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°°)

[1° d'un président;]

[I - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°°°)

[2° de deux vice-présidents, appartenant à des rôles linguistiques différents, nommés parmi les membres visés au 3°, ci-dessous;]

[Renuméroté - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

3° sept membres effectifs et sept membres suppléants, médecins, pharmaciens ou personnes avec une compétence particulière en économie de la santé, proposés par le Ministre parmi les candidats disposant d'un mandat académique dans des Universités belges;

[Renuméroté - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°°)

4° huit membres effectifs et huit membres suppléants, médecins, pharmaciens ou personnes avec une compétence particulière en économie de la santé, choisis parmi les candidats proposés par les organismes assureurs sur une double liste. Afin d'arrêter la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte du nombre de leurs adhérents respectifs; tout organisme assureur a au moins droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

[Renuméroté - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°°°°°°)

[5°] trois membres effectifs et trois membres suppléants, pharmaciens, dont deux choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des pharmaciens sur une double liste et un choisi parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers sur une double liste;

[Renuméroté - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°°°°)

6° quatre membres effectifs et quatre membres suppléants, médecins, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des médecins sur une double liste;

(°) d'application à partir du 1-1-2002

(°°) d'application à partir du 1-1-2002

(°°°) d'application à partir du 24-12-2009

(°°°°) d'application à partir du 24-12-2009

(°°°°°) modification uniquement en NL

(°°°°°°) modification uniquement en NL

(°°°°°°°) d'application à partir du 24-12-2009

(°°°°°°°°) modification uniquement en NL

[M - A.R. 3-6-07 - M.B. 21-6 – art. 1; Renuméroté - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°)

[7°] trois membres effectifs et trois membres suppléants, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives de l'industrie du médicament sur une double liste;

[Renuméroté - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°)

[8°] un membre effectif et un membre suppléant, proposés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;

[Renuméroté - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°°)

[9°] un membre effectif et un membre suppléant, proposés par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions;

[Renuméroté - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°°°)

[10°] un membre effectif et un membre suppléant, proposés par le Ministre ayant les Affaires économiques dans ses attributions;

[Renuméroté - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°°°°)

[11°] un membre effectif et un membre suppléant représentant du Service du contrôle médical de l'Institut. La fonction est endossée par un membre du personnel du Service du contrôle médical, présenté par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

§ 2. [M - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°°°°°)

Les membres sont nommés par le Roi. Le président et [les vice-présidents] sont désignés par le Ministre [...].

[I - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1; R - A.R. 1-2-18 - M.B. 28-3 - art. 1] (°°°°°°°)

[Le président n'a droit de vote.]

(°) d'application à partir du 24-12-2009
(°°) d'application à partir du 24-12-2009
(°°°) d'application à partir du 24-12-2009
(°°°°) d'application à partir du 24-12-2009
(°°°°°) d'application à partir du 24-12-2009
(°°°°°°) d'application à partir du 24-12-2009
(°°°°°°°) d'application à partir du 1-10-2017

[R - A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°)

§ 3. Les membres de la Commission sont nommés pour une période renouvelable de quatre ans.

[M - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°)

Le mandat prend fin lorsque les membres ont atteint l'âge de soixante-cinq ans accomplis [et qu'ils n'exercent plus une activité professionnelle.]

Le membre effectif qui met un terme à son mandat ou le perd est remplacé par son suppléant pour la durée de ce mandat et il est immédiatement pourvu au remplacement de ce suppléant pour la durée de ce mandat.

§ 4. Un membre suppléant peut assister aux réunions, sans droit de vote, au cas où le membre effectif pour lequel l'intéressé peut intervenir en tant que suppléant est également présent à la réunion.

§ 5. [M - A.R. 1-3-07 - M.B. 15-3 - art.1; M - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°°)

En cas d'empêchement du président, il est remplacé par [des vice-présidents]. En cas d'empêchement des deux, la réunion est présidée par un membre désigné par le président [...].

Le membre qui n'assiste pas régulièrement aux séances est privé de son mandat. Ceci est le cas si un membre assiste à moins de la moitié des séances par année, dans le respect des conditions déterminées dans le règlement d'ordre intérieur visé à l'article 122duodecies relatives à la présence des membres effectifs et suppléants.

§ 6. [M - A.R. 17-12-09 - M.B. 24-12 - éd. 1 - art. 1] (°°°°)

Au sein de la Commission, il est constitué un bureau chargé de l'organisation des activités de la Commission et de l'entretien des relations entre les experts et la Commission. [Le bureau est composé du président, des vice-présidents et d'un membre de la Commission désigné par le Ministre parmi les membres de la Commission disposant du droit de vote.] Ces membres sont désignés par le Ministre parmi les membres de la Commission disposant du droit de vote.

(°) d'application à partir du 24-12-2002. Les mandats des membres nommés dans les organes auxquels s'appliquent les dispositions du présent arrêté prennent cours au plus tard le dernier jour du 3ème mois civil (30-09-2002) suivant la date du dépouillement des élections médicales organisées en application de l'article 211 de la loi coordonnée (article 14: A.R. 10-12-02 - M.B. 24-12 - éd. 1)

(°°) d'application à partir du 24-12-2009

(°°°) d'application à partir du 24-12-2009

(°°°°) d'application à partir du 24-12-2009

[I - A.R. 1-7-06 - M.B. 11-7 - éd. 2]

§ 7. Au sein de la Commission, il est constitué un groupe de travail permanent pour la forfaitarisation de l'intervention de l'assurance dans les hôpitaux, chargé de donner des avis relatifs à l'adaptation ou au maintien de la liste des codes ATC reprise en annexe IV à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques. Ces avis sont adoptés à une majorité simple et communiqués à la Commission, laquelle est présumée les accepter comme proposition sauf en cas de rejet ou d'adaptation motivés à une majorité des deux tiers.

Les membres du groupe de travail permanent sont désignés par le Ministre sur proposition de la Commission, parmi les membres de celle-ci ou en-dehors, suivant la répartition suivante:

a) membres ayant droit de vote:

1° deux membres disposant d'un mandat académique dans des Universités belges et qui justifient d'une connaissance spécialisée en pharmacologie;

2° trois pharmaciens hospitaliers;

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

3° trois médecins hospitaliers;

4° huit représentants des organismes assureurs;

b) membre ayant voix consultative: un représentant de l'industrie du médicament.

La présidence du groupe de travail est assurée par un des membres du groupe de travail, désigné par le Ministre, et le secrétariat, par un ou plusieurs fonctionnaires du service des soins de santé de l'Institut.

(°) modification uniquement en NL

[I - A.R. 21-12-01 - M.B. 29-12 - éd. 2] (°)

Art. 122decies. § 1er. Le secrétariat de la Commission est assuré par les fonctionnaires qui sont désignés au sein de l'unité de gestion des fournitures pharmaceutiques du Service des Soins de santé de l'Institut.

§ 2. Le secrétariat prépare l'ordre du jour des réunions, dresse le compte rendu des propositions telles qu'elles sont acceptées et approuvées par la Commission et veille à la distribution des informations prévues par l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

En collaboration avec le bureau, il assure le fonctionnement de la Commission et veille au respect des délais qui lui sont imposés.

[I - A.R. 21-12-01 - M.B. 29-12 - éd. 2] (°°)

Art. 122undecies. Les assemblées de la Commission sont convoquées par le président, de sa propre initiative ou à la demande d'au moins trois membres, laquelle demande est adressée par écrit et mentionne l'objet de la réunion; l'ordre du jour de la réunion figure systématiquement dans la convocation.

[I - A.R. 21-12-01 - M.B. 29-12 - éd. 2] (°°°)

Art. 122duodecies. La Commission établit un règlement d'ordre intérieur. Ce règlement est, après l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut, présenté à l'approbation du Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions et est publié au Moniteur belge.

[I - A.R. 21-12-01 - M.B. 29-12 - éd. 2] (°°°°)

Art. 122terdecies. [M – A.R. 22-6-18 – M.B. 29-6 – art. 35] (°°°°°)

La Commission délibère valablement lorsque au moins [dix-huit] membres ayant droit de vote sont présents.

[R - A.R. 22-6-18 - M.B. 29-6 - art. 36] (°°°°°°)

[Les propositions et avis sont adoptés à une majorité des deux tiers des membres présents habilités à voter, à l'exception des propositions relatives à la détermination de la classe de la plus-value d'une demande, tel que visé à l'article 6, 2ème alinéa de l'AR du 1 février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, qui sont adoptées à une majorité simple des membres présents habilités à voter.]

(°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°°°°) d'application à partir du 1-7-2018
(°°°°°°) d'application à partir du 1-7-2018

[**R** - A.R. 22-6-18 - M.B. 29-6 - art. 36] (°)

[Les membres présents habilités à voter ne peuvent s'abstenir de voter lorsque des propositions relatives à la détermination de la classe de la plus-value d'une demande, tel que visé à l'article 6, 2^{ème} alinéa de l'AR du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques sont soumises au vote. Dans les autres cas, il n'est pas tenu compte des abstentions.]

[**I** - A.R. 21-12-01 - M.B. 29-12 - éd. 2] (°°)

Art. 122quaterdecies. § 1er. La Commission peut faire appel à des experts afin d'apprécier de manière critique, quant à leur qualité et à leur exhaustivité, les éléments des preuves scientifiques, cliniques, épidémiologiques et économique-sanitaires qui font partie des dossiers à traiter. Les experts ont une compétence particulière en évaluation scientifique, clinique et/ou économique de la santé des médicaments.

Ces experts seront éventuellement des membres du personnel de l'Institut. Les experts qui ne relèvent pas de l'effectif du personnel de l'Institut sont indemnisés, soit sur production de leurs états d'honoraires, soit forfaitairement, pour les activités et les rapports qui leur sont demandés. Le montant des indemnités est fixé chaque année par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut, sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments.

§ 2. Les experts sont tenus de respecter les modalités et les délais fixés pour le dépôt de leur rapport d'évaluation et de prendre part aux réunions auxquelles, le cas échéant, ils seraient convoqués. En cas de non-respect de cette disposition, les experts ne seront pas indemnisés, même pour les prestations déjà éventuellement effectuées.

Lorsqu'ils sont convoqués pour assister à des réunions de la Commission ou de groupes de travail de la Commission, les experts participent aux travaux avec voix consultative.

[**I** - A.R. 21-12-01 - M.B. 29-12 - éd. 2] (°°°)

Art. 122quinquies-decies. § 1er. Les membres de la Commission, le secrétariat et les experts traitent de manière confidentielle tous les renseignements dont ils auraient connaissance dans le cadre de l'exercice de leur mission. Ils sont tenus par le secret professionnel pour toutes les informations dont ils prennent connaissance à l'occasion de leur mandat.

(°) d'application à partir du 1-7-2018
(°°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°°) d'application à partir du 1-1-2002

§ 2. Les membres de la Commission et les experts transmettent au secrétariat une déclaration d'intérêts écrite, laquelle mentionne les intérêts et les liens directs ou indirects qu'ils peuvent entretenir avec l'industrie pharmaceutique. Ils s'engagent à communiquer immédiatement toute modification de ces intérêts ou de ces liens. Ces déclarations sont renouvelées chaque année et présentées au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut. Le modèle de cette déclaration d'intérêt figure en annexe du présent arrêté.

Le bureau statue sur les éventuels conflits d'intérêts et décide, d'une part, de l'éventuelle participation aux délibérations et/ou au vote des membres de la Commission ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné et d'autre part, de l'opportunité de confier l'évaluation d'un dossier aux experts ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné.

Les membres de la Commission et les experts perdent leur mandat s'il est constaté par le secrétariat qu'ils ont fourni une déclaration erronée. Ils sont auditionnés par la Commission au préalable.

[I – A.R. 12-5-14 – M.B. 19-6 – art. 18] (°)

[Section XVbis

Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament]

[I – A.R. 12-5-14 – M.B. 19-6 – art. 18] (°°)

[**Art. 122quinquies-decies/1. § 1^{er}**. La désignation des membres de la Commission d'avis en cas d'intervention temporaire pour l'utilisation d'un médicament est effectuée comme suit :

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

1° les deux membres représentant les organismes assureurs visés à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1^{er}, 1°, de la loi coordonnée sont désignés par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions sur proposition du Collège des médecins-directeurs;

2° les deux membres visés à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1^{er}, 2°, de la loi coordonnée sont désignés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions au sein de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, créée par la loi du 20 juillet 2006 relative à la création et au fonctionnement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé;

3° les deux membres visés à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi coordonnée sont désignés par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions sur proposition de la Commission de remboursement des médicaments, l'un parmi les représentants des organismes assureurs qui siègent en son sein l'autre étant soit le président de la Commission de remboursement des médicaments, soit désigné parmi les experts qui travaillent dans une institution universitaire;

(°) d'application à partir du 1-12-2014
(°°) d'application à partir du 1-12-2014
(°°°) modification uniquement en NL

4° les deux membres du personnel de l'Institut travaillant respectivement auprès de la Commission de remboursement des médicaments et du Fonds Spécial de Solidarité visés à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1^{er}, 6°, de la loi coordonnée sont désignés par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions;

5° le membre du personnel de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé visé à l'article 25octies/1 § 2, alinéa 1^{er}, 7°, de la loi coordonnée est désigné par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

6° le représentant des associations professionnelles représentatives de l'industrie du médicament est désigné d'un commun accord par le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions et le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions sur proposition des associations professionnelles représentatives de l'industrie du médicament.

L'autorité qui désigne les membres visés aux 1° à 6° désigne pour chaque poste un membre effectif et un membre suppléant.

§ 2. Dès qu'il est informé qu'une demande de cohorte pourrait être introduite, le secrétariat de la Commission dresse une liste de trois experts ad hoc qui est approuvée par le président de la Commission.

Les experts ad hoc sont choisis en vertu de leurs compétences économiques ou médicales.

Lorsque la demande est effectivement introduite, le secrétariat demande aux experts repris sur la liste s'ils acceptent de participer aux travaux de la Commission.

Les experts qui acceptent de participer aux travaux de la Commission ont voix consultative.

Les experts sont tenus de respecter les délais fixés pour le dépôt de leur rapport d'évaluation et de prendre part aux réunions auxquelles, le cas échéant, ils seraient convoqués. En cas de non respect de cette disposition et sauf cas de force majeure, les experts ne seront pas indemnisés, même pour les prestations déjà éventuellement effectuées.

§ 3. Les membres de la Commission et les experts ad hoc transmettent au secrétariat une déclaration d'intérêts écrite, laquelle mentionne les intérêts et les liens directs ou indirects qu'ils peuvent entretenir avec l'industrie du médicament. Ils s'engagent à communiquer immédiatement toute modification de ces intérêts ou de ces liens. Ces déclarations sont renouvelées chaque année.

Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé statue sur les éventuels conflits d'intérêts et décide, d'une part, de l'éventuelle participation aux délibérations et/ou au vote des membres de la Commission ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné et d'autre part, de l'opportunité de confier l'évaluation d'un dossier aux experts ad hoc ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné.

L'autorité qui a désigné le membre peut le démettre s'il est constaté qu'il a fourni une déclaration erronée ou que ses intérêts ne sont plus conciliables avec l'exercice de la fonction.]

[I – A.R. 12-5-14 – M.B. 19-6 – art. 18] (°)

[**Art. 122quinquies-decies/2. § 1^{er}.** [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

La Commission est présidée par le président du Collège de médecins pour des médicaments orphelins visé à l'article 2 de l'arrêté royal du 8 juillet 2004 relatif au remboursement des médicaments orphelins.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7; M – A.R. 6-12-18 - M.B. 19-12 – art. 11] (°°°)

En cas d'empêchement du [Président des Collèges de médecins pour les médicaments orphelins et les spécialités pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une maladie rare], la présidence est assurée par le président de la Commission pour les médicaments à usage humain instaurée en vertu de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments.

En cas d'empêchement des deux, la réunion est présidée par le membre présent le plus âgé avec voix délibérative.

§ 2. Les membres effectifs et suppléants visés au § 1^{er} de l'article 122quinquies-decies/1 sont désignés pour une période de 6 ans. Les mandats sont renouvelables.

§ 3. Un membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif de son groupe.

§ 4. Le membre effectif qui met un terme à son mandat ou le perd est remplacé par son suppléant qui entame un nouveau mandat.

Il est immédiatement pourvu au remplacement de ce suppléant pour la durée de ce mandat.

§ 5. La Commission délibère valablement si plus de la moitié de ses membres ayant droit de vote sont présents.

Les propositions sont adoptées par la Commission si plus de la moitié de ses membres ont marqué leur accord sur la proposition.

§ 6. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur. Ce règlement est présenté à l'approbation du ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions et du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions et est publié au Moniteur belge.]

(°) d'application à partir du 1-12-2014
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) d'application à partir du 1-4-2019

[I – A.R. 12-5-14 – M.B. 19-6 – art. 18] (°)

[Art. 122quinquies-decies/3. § 1^{er}. Le secrétariat de la Commission est assuré par des membres du personnel du Service des soins de santé désignés par le fonctionnaire dirigeant dudit service et par les membres du personnel de l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé désignés à cette fin par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou son délégué.

§ 2. Le secrétariat prépare l'ordre du jour des réunions, dresse le compte rendu des propositions telles qu'elles sont acceptées et approuvées par la Commission.

Le secrétariat assure le fonctionnement de la Commission et veille au respect des délais qui lui sont imposés.]

(°) d'application à partir du 1-12-2014

[I – A.R. 10-2-08 – M.B. 20-2 – éd. 2 – art. 1]

[Section XVI

Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs médicaux invasifs]

[I - A.R. 10-2-08 - M.B. 20-2 - éd. 2 – art. 1]

[Art. 122sexiesdecies. § 1^{er}. La Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs médicaux invasifs, appelée ci-après la Commission, est composée comme suit :

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

1° sept membres effectifs et sept membres suppléants, médecins-spécialistes, pharmaciens détenteurs du diplôme de pharmacien hospitalier, personnes spécialisées en technique d'ingénierie biomédicale dans le domaine des dispositifs médicaux implantables et invasifs ou avec une compétence particulière en économie de la santé. Les membres sont choisis parmi les candidats proposés par les universités belges, parmi lesquels, aussi bien pour les membres effectifs que suppléants, minimum trois médecins spécialisés dans une discipline chirurgicale, minimum un pharmacien, détenteur du diplôme de pharmacien hospitalier et minimum une personne, spécialisée en technique d'ingénierie biomédicale dans le domaine des dispositifs médicaux implantables et invasifs. Le reste des membres, aussi bien effectifs que suppléants, sont médecin-spécialiste ou pharmacien, détenteur du diplôme de pharmacien hospitalier ou personne spécialisée en technique d'ingénierie biomédicale dans le domaine des dispositifs médicaux implantables et invasifs ou avec une compétence particulière en économie de la santé. Chaque université présente un candidat membre effectif et un candidat membre suppléant. Chaque université a droit à au moins un mandat de membre effectif et un mandat de membre suppléant;

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

2° huit membres effectifs et huit membres suppléants, médecins, pharmaciens ou personnes avec une compétence particulière en économie de la santé ou en technique d'ingénierie biomédicale ou sciences biomédicales dans le domaine des dispositifs médicaux implantables et invasifs, choisis parmi les candidats proposés par les organismes assureurs sur une double liste;

3° trois membres effectifs et trois membres suppléants, pharmaciens, détenteurs du diplôme de pharmacien hospitalier, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers sur une double liste;

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

4° trois membres effectifs et trois membres suppléants, médecins-spécialistes, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des médecins sur une double liste;

5° deux membres effectifs et deux membres suppléants choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des gestionnaires d'hôpitaux sur une liste double;

(°) modification uniquement en NL

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) modification uniquement en NL

6° un membre effectif et un membre suppléant, choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des fabricants, importateurs et distributeurs d'implants et de dispositifs médicaux invasifs sur une double liste;

7° un membre effectif et un membre suppléant, présentés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;

8° un membre effectif et un membre suppléant, présentés par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions; ..9° un membre effectif et un membre suppléant, présentés par le Ministre ayant le Budget dans ses attributions;

10° un membre effectif et un membre suppléant, représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut. La fonction est endossée par un membre du personnel du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, présenté par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

[I – A.R. 11-9-22 – M.B. 16-9 – art. 13] (°)

[11° un membre effectif et un membre suppléant, représentant de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, présentés par l'Administrateur-général de cette Agence fédérale.]

[M – A.R. 11-9-22 – M.B. 16-9 – art. 13] (°°)

§ 2. Les membres repris sous le § 1^{er}, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, [10° et 11°] n'ont pas voix délibérative.

[R – A.R. 10-11-12 – M.B. 12-12 – art. 1]

§ 3. [Le vice-président est désigné par le Ministre parmi les membres visés au § 1^{er}, 1°.]

§ 4. Les membres de la Commission sont nommés pour une période renouvelable de six ans. Leur mandat est renouvelé tous les trois ans par moitié. Le mandat des membres de la Commission est renouvelé pour la première fois trois ans après la date à laquelle les mandats ont été octroyés pour la première fois; les membres sortants sont désignés par tirage au sort. Le membre effectif qui met un terme à son mandat ou le perd est remplacé par son suppléant pour la durée de ce mandat et il est immédiatement pourvu au remplacement de ce suppléant pour la durée de ce mandat.

§ 5. Un membre suppléant, appartenant aux membres visés au § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4°, peut assister aux réunions, sans droit de vote, au cas où le membre effectif pour lequel l'intéressé peut intervenir en tant que suppléant est également présent à la réunion.

§ 6. En cas d'empêchement du président, il est remplacé par le vice-président. En cas d'empêchement des deux, la réunion est présidée par le membre présent le plus âgé avec voix délibérative.

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

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

Le membre qui n'assiste pas régulièrement aux séances est privé de son mandat. Ceci est le cas si un membre assiste à moins de la moitié des séances par année, dans le respect des conditions déterminées dans le règlement d'ordre intérieur visé à l'article 122novodecies relatives à la présence des membres effectifs et suppléants.]

[I - A.R. 10-2-08 - M.B. 20-2 - éd. 2 – art. 1]

[**Art. 122septiesdecies. § 1^{er}.** Le secrétariat de la Commission est assuré par les fonctionnaires qui sont désignés au sein du Service des soins de santé de l'Institut.

§ 2. Le secrétariat prépare l'ordre du jour des réunions, dresse le compte rendu des propositions telles qu'elles sont acceptées et approuvées par la Commission.

Le secrétariat assure le fonctionnement de la Commission et veille au respect des délais qui lui sont imposés.]

[I - A.R. 10-2-08 - M.B. 20-2 - éd. 2 - art. 1]

[**Art. 122octiesdecies.** Les assemblées de la Commission sont convoquées par le président, de sa propre initiative ou à la demande d'au moins trois membres, laquelle demande est adressée par écrit et mentionne l'objet de la réunion; l'ordre du jour de la réunion figure systématiquement dans la convocation.]

[I - A.R. 10-2-08 - M.B. 20-2 - éd. 2 - art. 1]

[**Art. 122noviesdecies.** La Commission établit un règlement d'ordre intérieur. Ce règlement est, après l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut, présenté à l'approbation du Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions et est publié au Moniteur belge.]

[I - A.R. 10-2-08 - M.B. 20-2 - éd. 2 - art. 1]

[**Art. 122vicies.** La Commission délibère valablement lorsqu'au moins douze membres ayant droit de vote sont présents, dont au moins quatre membres des experts qui travaillent dans une institution universitaire, tels que visés à l'art. 122sexdecies, § 1, 1^o, et au moins quatre membres des représentants des organismes assureurs, tels que visés à l'art. 122sexdecies, § 1, 2^o.

Les propositions et avis sont adoptés à une majorité des deux tiers des membres présents habilités à voter. Il n'est pas tenu compte des abstentions.]

[I - A.R. 10-2-08 - M.B. 20-2 - éd. 2 - art. 1] (°)

[Art. 122semelvicies. § 1^{er}. La Commission peut faire appel à des experts afin d'apprécier de manière critique, quant à leur qualité et à leur exhaustivité, les éléments des preuves scientifiques, cliniques, épidémiologiques et économique-sanitaires qui font partie des dossiers à traiter. Les experts ont une compétence particulière en évaluation scientifique, clinique et/ou économique de la santé des implants et dispositifs médicaux invasifs.

[M – A.R. 25-6-14 – M.B. 1-7 – éd. 2 – art. 183] (°°)

[Ces experts seront éventuellement des membres du personnel de l'Institut. Les experts qui ne relèvent pas de l'effectif du personnel de l'Institut sont rémunérés soit sur production de leurs états d'honoraires, soit forfaitairement, pour les activités et les rapports qui leur sont demandés.] Le montant des indemnités est fixé chaque année par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut, sur proposition de la Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs médicaux invasifs.

§ 2. Les experts sont tenus de respecter les délais fixés pour le dépôt de leur rapport d'évaluation et de prendre part aux réunions auxquelles, le cas échéant, ils seraient convoqués. En cas de non respect de cette disposition, les experts ne seront pas indemnisés, même pour les prestations déjà éventuellement effectuées.

Lorsqu'ils sont convoqués pour assister à des réunions de la Commission ou de groupes de travail de la Commission, les experts participent aux travaux avec voix consultative.]

[I - A.R. 10-2-08 - M.B. 20-2 - éd. 2 - art. 1]

Art. 122bisvicies. § 1^{er}. Les membres de la Commission et le secrétariat traitent de manière confidentielle tous les renseignements dont ils auraient connaissance dans le cadre de l'exercice de leur mission.

§ 2. Les membres de la Commission transmettent au secrétariat une déclaration d'intérêts écrite, laquelle mentionne les intérêts et les liens directs ou indirects qu'ils peuvent entretenir avec l'industrie des dispositifs médicaux implantables et invasifs. Ils s'engagent à communiquer immédiatement toute modification de ces intérêts ou de ces liens. Ces déclarations sont renouvelées chaque année et présentées au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut.

Le fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé statue sur les éventuels conflits d'intérêts et décide, d'une part, de l'éventuelle participation aux délibérations et/ou au vote des membres de la Commission ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné et d'autre part, de l'opportunité de confier l'évaluation d'un dossier aux experts ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné.

Les membres de la Commission perdent leur mandat s'il est constaté par le secrétariat qu'ils ont fourni une déclaration erronée. Ils sont auditionnés par la Commission au préalable.

(°) L'article 122unvicies inséré par: A.R. 10-2-08 - M.B. 20-2 - éd. 2 - art. 1 a été renuméroté art. 122semelvicies. Docleg n'accepte pas la numérotation mentionnée dans le Moniteur
(°°) d'application à partir du 1-7-2014

[I – A.R. 20-6-21 – M.B. 5-7 – art. 1] (°)

[Section XVII

Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques]

[I – A.R. 20-6-21 – M.B. 5-7 – art. 1] (°°)

[**Art. 122tervicies. § 1^{er}.** La Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques, appelée ci-après la Commission, est composée comme suit :

1° sept membres effectifs et sept membres suppléants, médecins, pharmaciens ou personnes avec une compétence particulière en économie de la santé ou en sciences biomédicales, proposés par le Ministre parmi les candidats disposant d'un mandat académique dans une Université belge ;

2° huit membres effectifs et huit membres suppléants, médecins, pharmaciens ou personnes avec une compétence particulière en économie de la santé, choisis parmi les candidats proposés par les organismes assureurs sur une double liste. Les membres sont répartis comme suit : deux membres effectifs et deux membres suppléants pour l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, un membre effectif et un membre suppléant pour l'Union nationale des mutualités neutres, deux membres effectifs et deux membres suppléants pour l'Union nationale des mutualités socialistes, un membre effectif et un membre suppléant pour l'Union nationale des mutualités libérales, un membre effectif et un membre suppléant de l'Union des mutualités libres, un membre effectif pour la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et un membre suppléant pour la Caisse de soins de santé de HR Rail Tout organisme assureur a au moins droit à un mandat de membre effectif ou à un mandat de membre suppléant ;

3° trois membres effectifs et trois membres suppléants, pharmaciens, dont deux choisis parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des pharmaciens sur une double liste et un choisi parmi les candidats présentés par les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers sur une double liste ;

4° deux membres effectifs et deux membres suppléants, médecins, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des médecins sur une double liste ;

5° deux membres effectifs et deux membres suppléants, infirmiers, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des infirmiers sur une double liste ;

6° un membre effectif et un membre suppléant, diététiciens, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives du corps des diététiciens sur une double liste ;

7° un membre effectif et un membre suppléant, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations professionnelles représentatives de l'industrie sur une double liste ;

8° deux membres effectifs et deux membres suppléants, choisis parmi les candidats qui sont présentés par les associations représentatives des patients ;

9° un membre effectif et un membre suppléant proposés par le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions ;

(°) d'application à partir du 1-8-2021

(°°) d'application à partir du 1-8-2021

10° un membre effectif et un membre suppléant, proposés par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions ;

11° un membre effectif et un membre suppléant, proposés par le Ministre ayant le Budget dans ses attributions ;

12° un membre effectif et un membre suppléant, représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut. La fonction est endossée par un membre du personnel du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, présenté par le fonctionnaire dirigeant de ce Service.

13° un membre effectif et un membre suppléant, expert interne, membres du personnel du Service des soins de santé de l'INAMI.

§ 2. Le Président de la Commission a droit de vote.

§ 3. Le président et le vice-président de la Commission sont désignés par le Ministre parmi les membres visés au § 1^e, 1° à 6°.

§ 4. Les membres de la Commission sont nommés pour une période renouvelable de quatre ans.

Le membre effectif qui met un terme à son mandat ou le perd est remplacé par son suppléant pour la durée de ce mandat et il est immédiatement pourvu au remplacement de ce suppléant pour la durée de ce mandat.

§ 5. Un membre suppléant peut assister aux réunions, sans droit de vote, au cas où le membre effectif pour lequel le concerné peut servir de suppléant est présent à la réunion.

§ 6. En cas d'empêchement du président, il est remplacé par le vice-président. En cas d'empêchement des deux, la réunion est présidée par un membre désigné par le président.

Le membre effectif qui n'assiste pas régulièrement aux séances perd son mandat. C'est le cas lorsqu'un membre assiste par an à moins de la moitié des séances auxquelles il a été convoqué, sans s'excuser pour cette absence et sans en avoir avisé son suppléant.

§ 7. Au sein de la Commission, il est constitué un bureau, chargé de l'organisation des activités de la Commission et de l'entretien des relations entre les experts et la Commission. Le bureau est composé d'un président et d'un vice-président, des présidents des groupes de travail permanents, d'un représentant des organismes assureurs, d'un représentant des universités et d'un représentant des dispensateurs des soins désignés par le Ministre parmi les membres de la Commission.

§ 8. Au sein de la Commission, trois groupes de travail permanents sont constitués pour l'examen préalable des dossiers concernant respectivement les moyens diagnostiques et matériel de soins, la nutrition médicale et les préparations magistrales. Chaque groupe de travail permanent est présidé par un président ou un vice-président, membres de la Commission. La composition de chaque groupe de travail est définie par le ministre.]

[I – A.R. 20-6-21 – M.B. 5-7 – art. 1] (°)

[Art. 122quatervicies. § 1. Le secrétariat de la Commission est assuré par les fonctionnaires désignés par le fonctionnaire-dirigeant du Service des Soins de santé de l'Institut.

§ 2. Le secrétariat prépare l'ordre du jour et rédige le procès-verbal des réunions des groupes de travail et de la Commission.

En collaboration avec le bureau, Il assure le fonctionnement de la Commission et de ses organes et veille au respect des délais.]

[I – A.R. 20-6-21 – M.B. 5-7 – art. 1] (°°)

[Art. 122quinvicies. § 1. La Commission établit un règlement d'ordre intérieur qui précise notamment les modalités de convocation des membres aux réunions, la composition des différents organes de la Commission et les règles en matière de conflits d'intérêts des membres. Ce règlement est, après l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut, présenté à l'approbation du Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions et est publié au Moniteur belge.

§ 2. La Commission et les groupes de travail sont convoquées par leur président, de sa propre initiative ou à la demande d'au moins trois membres qui ont droit de vote, laquelle demande est adressée par écrit et mentionne l'objet de la réunion ; l'ordre du jour de la réunion figure systématiquement dans la convocation.

§ 3. La Commission et les groupes de travail se réunissent une fois par mois.]

[I – A.R. 20-6-21 – M.B. 5-7 – art. 1] (°)

[**Art. 122sexviciés.** La Commission délibère valablement lorsque plus de la moitié des membres ayant droit de vote sont présents.

Les propositions et avis sont adoptés à une majorité des deux tiers des membres habilités à voter.

Il n'est pas tenu compte des absentions.

Le règlement d'ordre intérieur prévoit la possibilité d'une procédure de consultation écrite.]

[I – A.R. 20-6-21 – M.B. 5-7 – art. 1] (°°)

[**Art. 122septviciés.** Le bureau de la Commission peut faire appel à des experts chargés des évaluations des dossiers à traiter.

Ces experts sont des membres du personnel du Service des soins de santé de l'INAMI.

Les éventuels experts supplémentaires qui ne relèvent pas de l'effectif du personnel de l'Institut sont indemnisés, forfaitairement, par rapport d'évaluation, selon les dispositions de l'arrêté royal du 22 janvier 2002 fixant le montant des jetons de présence et indemnités à attribuer aux présidents, vice-présidents, membres et secrétaires de certains conseils, comités, commissions et collèges de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.]

[I – A.R. 20-6-21 – M.B. 5-7 – art. 1] (°°°)

[**Art. 122octoiciés. § 1^{er}.** Les membres de la Commission, le secrétariat et les experts traitent de manière confidentielle tous les renseignements dont ils auraient connaissance dans le cadre de l'exercice de leur mission.

§ 2. Les membres de la Commission, des groupes de travail et les experts transmettent au secrétariat une déclaration d'intérêts écrite, laquelle mentionne les intérêts et les liens directs ou indirects qu'ils peuvent entretenir avec l'industrie.. Ils s'engagent à communiquer immédiatement toute modification de ces intérêts ou de ces liens. Ces déclarations sont renouvelées chaque année.

Le modèle de cette déclaration d'intérêt figure en annexe du présent arrêté.

Le bureau statue sur les éventuels conflits d'intérêts et décide, d'une part, de l'éventuelle participation aux délibérations et/ou au vote des membres de la Commission et des groupes de travail ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné et d'autre part, de l'opportunité de confier l'évaluation d'un dossier aux experts ayant des intérêts directs ou indirects dans le dossier examiné.

Les membres de la Commission, des groupes de travail et les experts perdent leur mandat s'il est constaté par le secrétariat qu'ils ont fourni une déclaration erronée. Ils sont auditionnés par la Commission au préalable.]

(°) d'application à partir du 1-8-2021

(°°) d'application à partir du 1-8-2021

(°°°) d'application à partir du 1-8-2021

CHAPITRE II
DU CHAMP D'APPLICATION

Section I
Des personnes à charge de bénéficiaires

Art. 123. La qualité de personne à charge d'un titulaire ou d'un travailleur, au sens de l'article 32 de la loi coordonnée, est attribuée aux personnes et dans les conditions déterminées par le présent article et par les articles 124, 125 et 127:

1. Le conjoint du ou de la titulaire, ou du travailleur ou de la travailleuse.

Le conjoint non divorcé, mais séparé de fait ou séparé de corps peut être personne à charge dans l'une des éventualités suivantes:

a) il assume l'entretien d'au moins un enfant considéré comme personne à charge. La qualité de personne à charge de cet enfant est appréciée, au sens du point 3, comme si le conjoint séparé de fait ou séparé de corps était lui-même titulaire;

[M - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

b) il a obtenu une pension alimentaire, soit par décision judiciaire, soit par acte notarié ou acte sous seing privé déposé au greffe du tribunal en cas de procédure de divorce ou de séparation de corps et de biens par consentement mutuel.

c) il est autorisé à percevoir des sommes dues par des tiers à son conjoint, en vertu de l'article 221 du Code civil;

d) il bénéficie d'une pension accordée en vertu d'une disposition légale, au conjoint séparé.

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

2. La personne qui cohabite avec le titulaire ou avec le travailleur ou la travailleuse visé à l'article 32, alinéa premier, 19° de la loi coordonnée.

Son inscription n'est pas possible lorsque le conjoint du titulaire ou du travailleur visé à l'alinéa premier a lui-même la qualité de personne à charge ou lorsque le conjoint, titulaire lui-même vit sous le même toit que le titulaire.

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°°)

3. Les enfants énumérés ci-dessous, de moins de 25 ans:

a) les enfants et enfants adoptés du titulaire ou travailleur et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de celui-ci est mentionné;

b) les enfants et les enfants adoptés du conjoint du titulaire et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de ce conjoint est mentionné, lorsque le conjoint en assume l'entretien;

c) les enfants et enfants adoptés de la personne à charge du titulaire visée aux points deux ou quatre et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de cette personne est mentionné lorsque cette personne en assume l'entretien;

d) les petits enfants et arrière-petits-enfants du titulaire ou travailleur, de son conjoint ou de la personne visée aux points 2 et 4 lorsque ce titulaire ou travailleur assume l'entretien de ces enfants;

e) les enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants du conjoint du titulaire ou travailleur ou ceux de la personne visée aux points 2 et 4, au sens des dispositions reprises aux b), c) et d), dont ce titulaire ou travailleur assume l'entretien après le décès de ce conjoint ou de cette personne;

(°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°) d'application à partir du 1-1-1998

[M - A.R. 26-2-03 - M.B. 26-3]

f) les enfants qui ont leur résidence principale en Belgique et qui ne sont pas visés aux points a) à e) inclus dont le titulaire, son conjoint ou la personne visée aux points 2 et 4 assume l'entretien en lieu et place des père, mère ou autre personne auxquels incombe normalement cette charge. La preuve de la résidence en Belgique résulte de l'information visée à l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenue auprès du Registre national ou de tous moyens de preuve, délivrés par une autorité publique belge et reconnus comme tels par le fonctionnaire-dirigeant du Service du contrôle administratif.

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

4. Les ascendants du titulaire ou travailleur ou de son conjoint et, le cas échéant, leurs beaux-pères et belles-mères.

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 1; M - A.R. 12-11-08 - M.B. 27-11 - éd. 1 - art. 1] (°°)

Pour l'application du présent article, est censée assumer l'entretien de l'enfant la personne qui cohabite avec l'enfant. La preuve de cette cohabitation résulte de l'information visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenue auprès du Registre national. [En ce qui concerne les enfants qui ne sont pas inscrits au Registre national, la preuve de la cohabitation résulte également de tous moyens de preuve reconnus comme tels par le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif.]

Art. 124. § 1er. Ne peut toutefois être considérée comme personne à charge:

[R - A.R. 17-9-05 - M.B. 28-9 - éd. 2] (°°°)

1° La personne qui dispose d'un revenu, pension, rente, allocation ou indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère, pour autant qu'au cours d'un trimestre civil, le montant global de ces revenus soit supérieur à 1762,82 EUR.

Ce montant est lié à l'indice-pivot 103,14 en vigueur le 1er juin 1999 (base 1996 = 100) et adapté aux fluctuations de l'indice des prix conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du Trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Par revenus, il y a lieu d'entendre des revenus, tirés d'une activité professionnelle, visés suivant le cas à l'article 23, § 1er, 1°, 2° ou 4°, ou à l'article 228, § 2, 3° et 4°, du Code des impôts sur les revenus 1992, même si elle est exercée par personne interposée, et toute activité analogue exercée dans un pays étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale.

(°) d'application à partir du 1-1-1998

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

(°°°) d'application à partir du 1-7-2005. Selon les modalités fixées par le Service du contrôle administratif, les organismes assureurs vérifient que les personnes, inscrites au 30 juin 2005, en qualité de personnes à charge au sens de l'article 123 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 susvisé et qui sont soumises à l'article 124, § 1er, 1°, satisfont à la date du 1er juillet 2005 aux conditions prévues à l'article 1er du présent arrêté.

Cette révision des dossiers est terminée au 31 mars 2006

Pour l'application de cette disposition, il y a lieu de tenir compte d'un douzième du montant des avantages payés annuellement, tels que les primes, les participations aux bénéfices, le treizième mois, les gratifications, le double pécule ou les montants payés aux travailleurs en complément du double pécule, ainsi que le pécule de vacances ou le pécule complémentaire payé aux bénéficiaires d'une pension de retraite ou de survie. Le montant mensuel des revenus des travailleurs non salariés, visés à l'article 23, § 1er, 1° et 2°, du Code des impôts sur les revenus 1992 est, en outre, fictivement fixé à un douzième de 100/80 de la différence entre les bénéfices ou profits bruts et les charges professionnelles y afférentes. Le montant mensuel des revenus constitués par des indemnités ou allocations visées ci-dessus, dont le montant est journalier et auxquelles le bénéficiaire peut prétendre pour tous les jours indemnisables d'un mois déterminé, est censé correspondre au montant journalier susvisé, multiplié par 26; s'il s'agit d'indemnités d'incapacité temporaire de travail, accordées en vertu des dispositions de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail ou des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970, il y a lieu de multiplier le montant journalier précité par 30.

Pour l'application de cette disposition, il n'est pas tenu compte du complément d'ancienneté octroyé aux chômeurs âgés, ni de l'indemnité complémentaire aux allocations de chômage octroyée en vertu de la convention collective de travail n° 46 conclue au sein du Conseil national du travail et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 10 mai 1990.

Le chômeur prouve qu'il bénéficie d'un complément d'ancienneté au moyen d'une attestation établie par la caisse de paiement des allocations de chômage; il prouve le bénéfice d'une indemnité complémentaire aux allocations de chômage au moyen d'une attestation établie par l'employeur chargé du paiement de cette indemnité.

Il n'est pas davantage tenu compte, pour l'application du présent article, de l'allocation complémentaire forfaitaire octroyée au chômeur occupé dans le cadre d'une agence locale pour l'emploi, en vertu de l'article 79 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

Il n'est pas davantage tenu compte d'une allocation qui est accordée pour compenser la perte ou la réduction d'autonomie.

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 2] (°)

[Il n'est pas non plus tenu compte :

- des revenus professionnels provenant de l'activité indépendante de l'épouse dont le conjoint aidant est assujéti, en lieu et place de cette dernière, au statut social des travailleurs indépendants, en application de l'article 12 de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants;

- de la partie des revenus professionnels qui, en application de l'article 86 du Code des impôts sur les revenus 1992, est octroyée au conjoint aidant du titulaire travailleur indépendant visé à l'article 32, alinéa 1^{er}, 1°bis de la loi coordonnée;

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

- des indemnités d'incapacité de travail octroyées au conjoint aidant du titulaire travailleur indépendant qui est uniquement assujéti aux secteurs indemnités et assurance maternité de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, conformément à l'article 7bis, §§ 2 et 3, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.]

Il est dérogé à cette exclusion en faveur:

- des enfants visés à l'article 123, 3;
- [Abrogé par : A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 2] (°)
- des personnes qui, à la date du 31 mars 1983, remplissent les conditions suivantes:
 - a) être inscrites comme personne à charge;
 - b) avoir atteint l'âge de 60 ou 65 ans selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme;
 - c) être bénéficiaires d'une allocation de handicapé accordée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés, sur base d'un taux d'incapacité de 70 p.c. au moins; la réalisation de cette condition est prouvée par une attestation délivrée par le Service des handicapés du Ministère des Affaires sociales.

N'est pas considérée comme un revenu de remplacement la partie de la pension de retraite accordée légalement au conjoint en cas de séparation de fait résultant d'une mesure de protection prévue à l'article 2 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

2° [M - A.R. 1-7-08— M.B. 23-7- art. 2] (°°°)

la personne qui a la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 1° à 16° [et 21 °] de la loi coordonnée et peut prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle.

[M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 2 ; M - A.R. 30-7-18 - M.B. 14-8 - éd. 2 - art. 1] (°°°°)

Les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 13°, 15° et 20° qui, sans paiement de cotisations, ont droit à des prestations de santé peuvent cependant choisir d'être inscrits comme personne à charge à condition de remplir les conditions fixées à cet effet et pour ce qui concerne les orphelins visés à l'article 32, alinéa 1er, 20° sous les conditions définies à l'article 123, 3, d), e) et f). [...].

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

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

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

(°°°°) d'application à partir du 1-1-2019. Les bénéficiaires qui sont inscrits en qualité de personne à charge conformément aux dispositions de l'article 124, § 1^{er}, 2°, alinéa 2, seconde phrase, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 qui sont applicables avant l'entrée en vigueur du présent arrêté conservent leur inscription comme personne à charge à condition de remplir les autres conditions réglementaires et à condition que leur situation ne change pas.

Les titulaires qui, en cette qualité, ont droit à des interventions mais qui conformément aux deux alinéas précédents peuvent être considérés comme personnes à charge ne peuvent recourir à cette possibilité qu'à partir de la date à laquelle le droit qu'ils font valoir en qualité de titulaire pourrait par ailleurs être prolongé en vertu de l'article 123 de la loi coordonnée.

[M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 2] (°)

3° la personne qui peut prétendre aux prestations de santé en vertu de son occupation dans un organisme national, international ou supranational de droit public qui organise lui-même un régime d'assurance soins de santé et indemnités dont son personnel fait obligatoirement partie ainsi que les personnes à sa charge, à moins qu'elles puissent prétendre à une qualité de personne à charge visée à la présente section, [...].

4° [Abrogé par : A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 2; Réinséré par: A.R. 21-2-14 – M.B. 5-3 – éd. 1 – art. 1]

[4° la personne qui a une activité indépendante dont la cessation n'a pas été communiquée à l'organisme assureur par la caisse libre d'assurances sociales pour indépendants ou par la Caisse nationale auxiliaire et qui, si elle était en ordre d'obligation de cotisations selon l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, aurait droit aux soins de santé sans paiement d'une cotisation complémentaire.

Les conjoints aidants qui tombent sous l'application de l'article 7bis, § 3, de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants et les personnes qui bénéficient de l'application de l'article 37, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants peuvent cependant choisir de s'inscrire comme personne à charge.]

§ 2. Les personnes à charge d'un titulaire ou d'un travailleur, au sens de l'article 123, doivent faire partie de son ménage; elles ne remplissent cette condition que lorsqu'elles ont la même résidence principale au sens de l'article 3, alinéa 1^{er}, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, que le titulaire.

[M - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2; M - A.R. 8-4-03 - M.B. 15-5 - éd. 2] (°°)

Il est fait exception à cette règle pour le conjoint séparé, visé à l'article 123, 1, et les enfants qui sont à charge du titulaire ou travailleur par application de l'article 123, 3. Il est également fait exception à cette règle pour le conjoint visé à l'article 123, 1, qui a une autre résidence principale parce que, en vertu d'une disposition réglementaire, il existe dans le chef de ce conjoint ou du titulaire une obligation d'installer sa résidence principale à un endroit précis.

La qualité de personne à charge ne se perd pas quand cette personne cesse temporairement de faire partie du ménage du titulaire ou travailleur.

(°) d'application à partir du 1-1-2008
(°°) d'application à partir du 1-1-2003

La cessation de faire partie du ménage du titulaire ou travailleur est réputée temporaire:

- lorsqu'elle a une durée de trois mois au plus;
- pendant toute la durée de l'hospitalisation dans un établissement hospitalier agréé conformément à la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

[M - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

- pendant toute la durée du séjour dans un service ou une institution ou dans une maison de repos pour personnes âgées au sens de l'article 34, 12°, de la loi coordonnée précitée et pendant la durée du séjour dans une maison de soins psychiatrique, visée à l'article 34, 11° de la loi coordonnée;

- pendant toute la durée du séjour dans une maison de repos et de soins agréée en application de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins.

Abrogé par: A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2 (avant dernier alinéa). (°°)

[R- A.R. 26-2-03 - M.B. 26-3]

§ 3. La preuve de la condition de cohabitation visée au § 2 résulte de l'information visée à l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques, obtenue auprès du Registre national.

[R – A.R. 22-5-14 – M.B. 30-6 – art. 1]

[Toutefois, par exception à l'alinéa précédent, l'acte de mariage peut faire preuve de la condition de cohabitation entre les époux, en attendant l'adaptation des données précitées du Registre national suite à la cohabitation, et pour autant que les époux en aient effectivement fait la demande auprès de leur administration communale.]

[R - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 3] (°°°)

Art. 125. [Conformément à l'article 126 de la loi coordonnée, en cas de contestation entre des titulaires sur la question de savoir auprès duquel un enfant doit être inscrit comme personne à charge, l'enfant est inscrit par priorité comme personne à charge du titulaire le plus âgé.

Pour les titulaires qui ne vivent pas sous le même toit, l'enfant est inscrit par préférence comme personne à charge du titulaire qui cohabite avec lui.]

(°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

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

[R - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 – éd. 1 - art. 4] (°)

Art. 126. [§ 1^{er}. Le bénéficiaire qui, au 1^{er} janvier 2008, maintient sa qualité de personne à charge reste inscrit en tant que personne à charge de la personne chez qui il était inscrit au 31 décembre 2007 sauf si l'inscription à charge d'un autre titulaire est demandée par écrit à l'organisme assureur de cet autre titulaire.

§ 2. Lorsqu'un enfant peut être inscrit en qualité d'enfant à charge de plusieurs titulaires, la demande visant à ce qu'il soit inscrit à charge d'un autre titulaire ne produit ses effets qu'au 1^{er} janvier de l'année qui suit celle au cours de laquelle cette demande a été introduite auprès de l'organisme assureur de cet autre titulaire.

Cependant, en cas de modification de la situation de l'enfant pendant la période se situant entre l'introduction de la demande susvisée et le 1^{er} janvier de l'année suivant celle de l'introduction de la demande, la demande sort ses effets immédiatement dans le respect des dispositions réglementaires applicables.]

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

Art. 127. Les personnes à charge qui perdent leur qualité, peuvent continuer à bénéficier des prestations de santé jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles ont perdu ladite qualité.

Pour les personnes à charge visées à l'article 205, § 1^{er}, 3^o, qui perdent cette qualité, la période visée à l'alinéa 1^{er} peut le cas échéant être prolongée jusqu'à la fin des périodes y fixées.

La période visée à l'alinéa premier peut être prolongée également pour les personnes à charge non visées à l'article 205, § 1^{er}, 3^o qui perdent leur qualité de personne à charge, pour une période maximale de six mois comprise entre la fin ou l'interruption des études et l'obtention de la qualité de titulaire au sens des articles 32, alinéa 1^{er}, 1^o, 13^o, 14^o ou 15^o de la loi coordonnée.

(°) d'application à partir du 1-1-2008
(°°) d'application à partir du 1-1-1998

[**M** - A.R. 16-3-99 - M.B. 1-4; **M** - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 5] (°)

Le maintien du bénéfice des prestations tel qu'il est prévu dans cette disposition n'est accordé que pour autant qu'il ne puisse exister de droit aux prestations au titre de titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1er, 1° à 12°, 16°, [20° et 21°] de la loi coordonnée précitée ou à titre de personne à charge. [...]

Section II

Des orphelins

Art. 128. [**R** - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

Par enfants de titulaires au sens de l'article 32, alinéa 1er, 20°, de la loi coordonnée, il faut entendre les enfants ou enfants adoptés d'un titulaire ou de la personne dans l'acte de naissance desquels le nom d'un titulaire est mentionné et dont ce titulaire était, au moment de son décès, le survivant de leurs père et mère ou leur seul parent naturel.

Cette disposition est applicable alors même qu'au moment dudit décès les enfants auraient été personnes à charge d'un autre titulaire.

(°) d'application à partir du 1-1-2008
(°°) d'application à partir du 1-1-1998

[I - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2; R - A.R. 3-8-07 - M.B. 17-8 - art. 1] (°)

Section III

Titulaires visés à l'article 32, premier alinéa, 12° à 15° et 22° de la loi coordonnée

[I - A.R. 2-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

Art. 128bis. Par titulaires visés à l'article 32, alinéa premier, 12° de la loi coordonnée il faut entendre les personnes visées à l'article 2, § 1er, 1°, 2°, 3°, 2) et 4° du décret du 4 août 1959 sur l'assurance relative aux soins de santé des agents et anciens agents administratifs et militaires, des magistrats et anciens magistrats de carrière et des anciens agents de l'ordre judiciaire, de la police judiciaire des parquets qui au 31 décembre 1993 peuvent encore se prévaloir des obligations de l'Etat découlant de l'article 37, alinéa 3, de la loi du 28 décembre 1973 relative aux propositions budgétaires 1973-1974 et dont la preuve en est fournie par une attestation, conforme au modèle en annexe II de cet arrêté, délivrée par l'Administration des pensions du Ministère des Finances.

[I - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 --éd. 2] (°°°)

Art. 128ter. Par titulaires visés à l'article 32, alinéa premier, 13° de la loi coordonnée il faut entendre les personnes qui ont leur résidence principale en Belgique et:

- soit ont atteint l'âge de quinze ans et avant l'âge de soixante-cinq ans ont été reconnues par un médecin-inspecteur du Service du contrôle médical comme étant incapables d'effectuer un travail lucratif pour une durée présumée d'au moins un an, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels entraînant une réduction de la capacité de gain de deux tiers ou plus de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail. (°°°°)

Le médecin-inspecteur fixe la durée de l'incapacité de travail et notifie sa décision à l'intéressé dans le mois suivant la date de l'examen.

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

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°°°) La reconnaissance de l'incapacité de travail dans le cadre de l'arrêté royal du 20 juillet 1970 étendant le champ d'application de l'assurance obligatoire soins de santé aux handicapés compte également, et pour la même durée, comme reconnaissance d'incapacité de travail par le médecin-inspecteur du Service du contrôle médical au sens de l'article 128ter de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

La titulaire qui, le jour avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, était reconnue incapable de travailler jusqu'à l'âge de soixante ans dans le cadre de l'arrêté royal du 20 juillet 1970 précité, est réputée posséder la qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa premier, 13° de la loi coordonnée.

Le médecin-inspecteur procède à un nouvel examen dans les trente jours avant la fin de la période d'incapacité de travail reconnue précédemment.

Continuent d'être réputées incapables de travailler les personnes dont l'incapacité de travail a été reconnue jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.

L'incapacité de travail est fixée sur demande écrite, adressée au Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle médical, par l'intéressé ou la personne qui est autorisée par la loi à agir pour lui.

[M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 6] (°)

- soit, en application de l'article 2, § 1er de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations [aux personnes handicapées], possèdent la reconnaissance d'incapacité requise pour bénéficier du droit à l'allocation de remplacement visée dans cette disposition ou pour lesquelles est établie l'autonomie réduite requise en application de l'article 2 précité, § 2 ou § 3, pour bénéficier du droit à l'allocation d'intégration ou à l'allocation d'aide aux personnes âgées, visées dans ces dispositions;

[R - A.R. 5-8-06 - M.B. 23-8; M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 6] (°°)

- soit ont atteint l'âge de 15 ans et, qui, en raison d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 p.c. satisfont aux conditions médicales pour ouvrir le droit aux allocations familiales dont le montant est majoré conformément à l'article 47 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés [ou à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants.]

[I - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°°)

Art. 128quater. [M - A.R. 8-4-03 - M.B. 15-5 - éd. 2] (°°°°)

Pour être considérés comme étudiants fréquentant l'enseignement du troisième niveau auprès d'un établissement de cours du jour tel que visé à l'article 32, alinéa premier, 14° de la loi coordonnée, les étudiants concernés doivent être inscrits et suivre des cours dans un établissement de cours situé en Belgique qui figure sur une liste établie par le Service du contrôle administratif, qui, à cet effet, collabore avec les autorités compétentes pour cet enseignement. Les étudiants visés ici conservent leur qualité à la fin de l'année scolaire jusqu'au début de l'année scolaire suivante.(°°°°°)

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

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

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

(°°°°) d'application à partir du 15-5-2003

(°°°°°) La qualité de titulaire qui, conformément aux articles 1er et 3 de l'arrêté royal du 28 juin 1969 étendant le champ d'application de l'assurance obligatoire soins de santé aux étudiants de l'enseignement supérieur, existait le jour avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, est assimilée à la qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa premier, 14° de la loi coordonnée précitée, et ce pour la durée du maintien conformément à cet arrêté, de la qualité visée à l'article 1er de l'arrêté royal du 28 juin 1969 précité.

Les établissements de cours précités remettent aux étudiants, lors de leur inscription un avis écrit dont le modèle est établi par le Service du contrôle administratif et par lequel, les étudiants concernés sont avisés qu'en tant qu'étudiant fréquentant cet enseignement de troisième niveau, ils peuvent posséder la qualité de titulaire et peuvent comme tels, à condition de payer une cotisation et de remplir d'autres conditions d'octroi fixées par la loi coordonnée et ses arrêtés d'exécution, faire valoir leur droit à des interventions de l'assurance.

[I - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

Art. 128quinquies. § 1er. Les personnes énumérées ci-après, ne sont pas exclues du champ d'application de l'article 32, premier alinéa, 15° (°°) de la loi coordonnée:

- les étrangers qui sont admis de plein droit ou autorisés de plein droit à séjourner plus de trois mois dans le Royaume;
- les étrangers qui sont autorisés au séjour pour une durée illimitée ou établis dans le Royaume;
- les candidats réfugiés dont la demande a été déclarée recevable par l'Office des étrangers ou par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides.
- les personnes qui, en attendant leur inscription dans le Registre national des personnes physiques, établissent qu'elles ont effectué la déclaration visée à l'article 7 de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif aux registres de la population et des étrangers au moyen d'une attestation de l'administration communale ou par tout autre moyen de preuve reconnu comme tel par le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif.

[I - A.R. 26-1-09 - M.B. 6-2 - art. 1] (°°°)

- [les enfants de moins de 18 ans au moment de l'arrivée en Belgique et les personnes qui les accompagnent dont il est établi qu'ils sont admis au territoire belge à partir du 14 janvier 2009, pour la durée des soins, dans le cadre de l'opération organisée par le Gouvernement Belge d'évacuation d'enfants blessés dans les combats de Gaza. Les soins concernés sont intégralement pris en compte par l'assurance.]

§ 2. [Abrogé par : A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 7] (°°°°)

(°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°) La qualité de titulaire qui, conformément à l'article 1er, 1° de l'arrêté royal du 28 juin 1969 étendant le champ d'application de l'assurance obligatoire soins de santé aux personnes non encore protégées, existait au cours de l'année 1997, est, conformément à l'article 131 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, assimilée, pour l'octroi du droit aux interventions de l'assurance pour l'année 1999, à la qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa premier, 15° de la loi coordonnée.

(°°°) d'application à partir du 14-1-2009

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

[I - A.R. 3-8-07 - M.B. 17-8 - art. 2] (°)

Art. 128sexies. Pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 22°, de la loi coordonnée, les interventions des centres publics d'action sociale dans les frais de soins de santé ne sont pas considérées en la circonstance comme un régime d'assurance soins de santé. Une prise en charge matérielle de l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile ou d'une institution communautaire, telle que précisée par le Service du contrôle administratif, est également considérée comme n'étant pas un régime d'assurance soins de santé.

Le Service du contrôle administratif détermine les moyens de preuve de leur qualité de titulaire et ceux des situations qui leur permettent d'acquérir cette qualité.

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

CHAPITRE III
DES CONDITIONS D'OCTROI DES PRESTATIONS

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

Section I

Dispositions particulières concernant l'ouverture du droit aux prestations de santé

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd.2]

Art. 129. [M - A.R. 3-8-07 - M.B. 17-8 - art. 3; M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 8](°°)

Pour les titulaires visés à l'article 32, premier alinéa, [1° à 16, 20, 21° et 22°] de la loi coordonnée précitée, le droit aux prestations de santé décrit au titre III de la même loi coordonnée, s'ouvre à la date d'effet de l'inscription ou de l'affiliation en qualité de titulaire auprès d'un organisme assureur, au sens de l'article 252, et est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année civile qui suit celle au cours de laquelle le droit s'est ouvert.

Dans le cas où l'inscription ou l'affiliation doit être considérée comme une réinscription ou une réaffiliation au sens de l'article 252, dernier alinéa, le droit susvisé s'ouvre à la date d'effet de la réinscription ou de la réaffiliation, sauf s'il s'agit d'un titulaire tenu d'accomplir le stage prévu à l'article 130. Dans ce dernier cas, le droit aux prestations ne prend cours que le jour suivant l'accomplissement du stage et est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année civile qui suit celle au cours de laquelle le droit s'est ouvert. Les obligations de cotisation relatives au stage doivent être remplies au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle le droit aux prestations a pu s'ouvrir après l'accomplissement du stage. Si le stage n'a pas été accompli et si le droit aux prestations ne peut être accordé pour la période susvisée d'ouverture du droit, le droit aux prestations ne peut être accordé pour l'année suivante que dans les conditions reprises à l'article 131.

[R - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 8] (°°°)

[Les titulaires dont le droit s'est ouvert en 2007 conformément à l'article 26 de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, tel qu'il était d'application au 31 décembre 2007, ont droit à l'intervention de l'assurance soins de santé pour l'ensemble des prestations énumérées à l'article 34.]

(°) d'application à partir du 1-1-1998

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

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

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

Section II

Du stage pour le droit aux soins de santé

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

Art. 130. § 1er. Les titulaires dont l'inscription ou l'affiliation doit être considérée comme une réinscription ou une réaffiliation au sens de l'article 252, dernier alinéa et dont la validité de la précédente inscription est échue en raison du non-respect des obligations en matière de cotisations personnelles qui sont fixées en ce qui concerne le droit aux interventions, doivent accomplir un stage de six mois qui débute à la date d'effet de la réinscription ou de la réaffiliation.

Pour les titulaires visés à l'article 32, alinéa premier, 1° de la loi coordonnée, les données visées à l'article 277, néanmoins limitées à la durée du stage, doivent être transmises selon la procédure exposée dans l'article précité, dans le mois suivant la fin du stage.

Dans le mois suivant la fin du stage, les instances ou les personnes qui délivrent aux titulaires concernés les documents de cotisation visés à l'article 276, § 1er, remettent aux titulaires qui ne sont pas visés au précédent alinéa, un document comportant les mêmes données que ces documents de cotisation, néanmoins limitées à la durée du stage.

Le titulaire remet à son organisme assureur, dans les deux mois suivant la fin du stage, le document visé au précédent alinéa ou le bon de cotisation papier qu'il reçoit, le cas échéant, en application de l'article 277, § 1er.

Sur la base des données ou des documents mentionnés ci-avant, l'organisme assureur vérifie si la valeur minimum, fixée pour la période du stage, est atteinte dans le cadre de l'assurance soins de santé, et le cas échéant, de l'assurance indemnités; il réclame éventuellement un complément de cotisation, suivant les règles indiquées à l'article 290. Pour ce faire, il se base sur la moitié de la rémunération annuelle minimum ainsi que sur le dénominateur 120.

[M - A.R. 26-1-18 - M.B. 13-2 - art. 1] (°°°)

Le stage est accompli si la valeur minimum est atteinte dans le cadre de l'assurance soins de santé. [Le stage est suspendu pendant la période pendant laquelle le bénéficiaire est placé dans un établissement de soins conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, à l'exception des institutions visées à l'article 3, 4°, a), b) et c) de cette loi.]

[Abrogé par : A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7- art. 9 (avant alinéa 7)] (°°°°)

(°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°°) d'application à partir du 1-1-2018
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

§ 2. Les dispositions du § 1er ne s'appliquent cependant pas aux :

1. personnes qui dans les six mois précédant leur réaffiliation ou réinscription pouvaient bénéficier d'interventions pour soins de santé à charge des pouvoirs publics belges;

2. personnes qui dans les six mois précédant leur réaffiliation ou réinscription étaient bénéficiaires d'un régime d'assurance soins de santé organisé par un Etat de l'Espace Economique Européen ou un Etat avec lequel la Belgique a conclu une convention en matière de sécurité sociale relatives à la totalisation des périodes d'assurance;

3. personnes ayant leur résidence principale en Belgique et qui, dans les six mois précédant leur réaffiliation ou réinscription, tombent sous l'application d'un statut d'un organisme de droit international ou européen, établi en Belgique ou par lequel elles sont employées en Belgique, qui prévoit une intervention dans le coût des soins de santé;

4. personnes qui au cours des six mois précédant leur réaffiliation ou réinscription se trouvaient à l'étranger pour l'accomplissement d'une mission pour le compte de leur employeur ou de leur autorité religieuse;

[R – A.R. 15-5-14 – M.B. 17-6 – éd. 3 – art. 1] (°)

5. [les titulaires dont on reconnaît qu'ils se trouvent dans une situation digne d'intérêt, qui est reconnue comme telle par l'organisme assureur et, ensuite, par le Fonctionnaire dirigeant du Service du contrôle administratif, les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 13^o de la loi coordonnée, les enfants handicapés dont l'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 p.c. est constatée par un médecin de la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale, ainsi que les personnes qui démontrent qu'elles bénéficient d'un des avantages suivants :

a) le revenu d'intégration institué par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;

b) le secours totalement ou partiellement pris en charge par l'Etat fédéral sur la base des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale;

c) la garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001;

d) le revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1^{er} avril 1969, ainsi que le maintien du droit à la majoration de la rente;

e) une allocation octroyée à une personne handicapée en application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées;]

[R - A.R. 2-5-19 - M.B. 13-5 - art. 1] (°°)

[6. personnes qui ont la qualité de titulaire au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 7^o à 11^osexies, 16^o et 20^o, de la loi coordonnée précitée]

(°) d'application à partir du 1-1-2014

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

[I – A.R. 15-5-14 – M.B. 17-6 – éd. 3 – art. 1] (°)

[Pour l'application des points 5 et 6, la personne doit bénéficier de l'avantage ou se trouver dans la situation à la date de la demande de réinscription ou dans les six mois à compter de la date à laquelle la réinscription prend effet.]

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

Section III

Dispositions particulières relatives au maintien du droit aux prestations de santé

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°°)

Art. 131. § 1er. [M - A.R. 3-8-07 - M.B. 17-8 - art. 4; M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 10] (°°°)

Une fois que le droit susvisé aux prestations a été ouvert de la façon définie à l'article 129, l'octroi ultérieur du droit, qui est soumis aux conditions fixées à l'article 123 de la loi coordonnée, est également subordonné à la condition que la qualité de titulaire visée à l'article 32, premier alinéa, g1° à 16°, 20°, 21° et 22°] de la loi coordonnée existât encore au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou dans le courant de l'année civile suivante.

[R - A.R. 18-5-21 - M.B. 27-5 - art. 1] (°°°°)

[Le droit précité ne peut être octroyé que s'il a été satisfait aux obligations de cotisation en rapport avec l'année de référence et ce, au plus tard le 31 décembre de la cinquième année civile suivante.]

[R - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 10] (°°°°°)

[Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, le droit aux soins de santé est prolongé à partir du premier jour du trimestre civil au cours duquel une qualité de titulaire est à nouveau acquise pour autant que cette qualité soit acquise au cours de la durée de validité d'une inscription déjà existante et pour autant que l'obligation de cotisation afférente à l'année de référence ait été respectée. Ce droit est ainsi prolongé jusqu'à la fin de l'année en cours.]

(°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°) d'application à partir du 1-1-1998

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

(°°°°) Le présent arrêté produit ses effets à partir de l'année de référence 2018.

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

[**I** - A.R. 16-3-99 - M.B. 1-4; **R** – A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 10] (°)

§ 2. [Le droit peut également être prolongé pour l'année 2008 s'il existait au cours du dernier trimestre 2006 ou dans le courant de 2007 une qualité de titulaire en vertu de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, tel qu'il était d'application au 31 décembre 2007, et s'il a été satisfait aux obligations de cotisation en rapport avec l'année 2006, imposées par le même arrêté pour prolonger le droit.]

[**I** - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 10] (°°)

§ 3. De même, le droit peut également être prolongé pour l'année 2009 s'il existait au cours du dernier trimestre 2007 ou dans le courant de 2008 une qualité de titulaire en vertu de l'arrêté royal du 29 décembre 1997 susvisé et s'il a été satisfait aux obligations de cotisation en rapport avec l'année 2007, imposées par le même arrêté pour prolonger le droit.]

[**I** - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2; **R** - A.R. 3-8-07 - M.B. 17-8 - art. 5; **M** - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7- art. 10] (°°°)

Section IV

[Cotisation personnelle des titulaires, visés à l'article 32, alinéa 1er, 12°, 14°, 15° et 22° de la loi coordonnée]

Art. 132. [Abrogé par : A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 12] (°°°°)

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

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

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

(°°°°) d'application à partir du 1-1-2008. Cet article tel qu'il était applicable au 31 décembre 2007, reste d'application pour la prolongation du droit aux soins de santé lorsque l'année de référence est 2006 ou 2007.

Le montant de la cotisation personnelle due par les pensionnés, veufs et veuves visés à l'article 125, dernier alinéa, de la loi coordonnée, est fixé à 23,95 EUR ou 15,94 EUR par trimestre, selon que le titulaire a ou n'a pas de personne à charge.

Les montants prévus au présent article sont liés à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint le 31 octobre 1999. Ces montants sont adaptés au 1er janvier de chaque année au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente.

Pour le pensionné visé à l'article 125, dernier alinéa, de la loi coordonnée, la cotisation personnelle est due dès le trimestre qui suit celui au cours duquel la pension prend cours.

Pour le veuf et la veuve visés à l'article 125, dernier alinéa, de la loi coordonnée, la cotisation personnelle est due depuis le trimestre suivant celui au cours duquel il ou elle est devenu veuf ou veuve.

[R - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

Art. 133. [M - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°°)

Le titulaire visé à l'article 32, alinéa premier, 14° de la loi coordonnée est redevable d'une cotisation trimestrielle de 43,11 EUR.

Cette cotisation est due pour chaque trimestre pendant lequel la qualité de titulaire précitée existe et ce, dès le trimestre au cours duquel la qualité de titulaire précitée a été acquise.

[M - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°°°)

Le montant de cette cotisation est lié à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint le 31 octobre 1999. Le montant est adapté au 1er janvier de chaque année au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente.

[R - A.R. 3-9-00 - M.B. 29-9] (°°°°)

Art. 134. [M - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°°°°°)

Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1er, 15°, de la loi coordonnée est redevable d'une cotisation trimestrielle de 508,53 EUR.

Cette cotisation est due pour chaque trimestre pendant lequel la qualité précitée existe et ce, dès le trimestre au cours duquel la qualité précitée a été acquise.

[R - A.R. 25-4-14 - M.B. 18-7 - éd. 2 - art. 1] (°°°°°°)

[Le montant visé à l'alinéa 1^{er} est réduit à 254,26 EUR lorsque le titulaire fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage, fixé conformément aux dispositions de l'article 27 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est inférieur à 25.285,14 EUR.]

(°) d'application à partir du 1-1-1998

(°°) d'application à partir du 1-1-2002

(°°°) d'application à partir du 1-1-2002

(°°°°) d'application à partir du 1-1-2001

(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2002

(°°°°°°) d'application à partir du 1-10-2014. Le présent arrêté s'applique aux cotisations trimestrielles dues à partir du premier jour du trimestre qui suit l'expiration d'un délai de 30 jours prenant cours le jour suivant sa publication au Moniteur belge. Le texte actuellement en vigueur est rédigé comme suit : Le montant visé à l'alinéa 1er est réduit à 254,26 EUR lorsque le titulaire fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage, fixé conformément aux dispositions de l'article 24 de l'arrêté royal du 1er avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO, est inférieur à 25.285,14 EUR.

[**M** - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2; **M** - A.R. 14-6-07 - M.B. 6-7 - art. 1; **M** - A.R. 25-4-14 - M.B. 18-7 - éd. 2 - art. 1] (°)

Le montant précité de 25.285,14 EUR, lié à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100), est adapté à l'évolution de l'indice-pivot des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, du secteur public et privé, comme prévu à l'arrêté royal [...] précité.

[**M** - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2; **M** - A.R. 14-6-07 - M.B. 6-7 - art. 1; **M** - A.R. 25-4-14 - M.B. 18-7 - éd. 2 - art. 1] (°°)

Le montant visé à l'alinéa 1er est réduit à 43,11 EUR lorsque le titulaire fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage, fixé [conformément aux dispositions de l'article 27 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précité, est inférieur au montant visé à l'article 21, du même arrêté.]

[**R** - A.R. 8-4-03 - M.B. 15-5 - éd. 2; **M** - A.R. 14-6-07 - M.B. 6-7 - art. 1; **M** - A.R. 25-4-14 - M.B. 18-7 - éd. 2 - art. 1] (°°°)

Le titulaire, visé à l'article 32, alinéa 1er, 15°, susmentionné, est dispensé du paiement de la cotisation s'il fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage, fixé conformément aux dispositions de [l'article 27 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précité], n'est pas supérieur au montant pour une personne qui cohabite avec une famille qui est à sa charge, visé à l'article 14, § 1er, 3° de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale. Ce montant est indexé conformément aux modalités applicables dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 susvisée.

(°) d'application à partir du 1-10-2014. Le présent arrêté s'applique aux cotisations trimestrielles dues à partir du premier jour du trimestre qui suit l'expiration d'un délai de 30 jours prenant cours le jour suivant sa publication au Moniteur belge. Le texte actuellement est rédigé comme suit : Le montant précité de 25.285,14 EUR, lié à l'indice-pivot 103,14 (base 1996 = 100), est adapté à l'évolution de l'indice-pivot des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, du secteur public et privé, comme prévu à l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 précité.

(°°) d'application à partir du 1-10-2014. Le présent arrêté s'applique aux cotisations trimestrielles dues à partir du premier jour du trimestre qui suit l'expiration d'un délai de 30 jours prenant cours le jour suivant sa publication au Moniteur belge. Le texte actuellement est rédigé comme suit : Le montant visé à l'alinéa 1er est réduit à 43,11 EUR lorsque le titulaire fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage, fixé conformément aux dispositions de l'article 24 de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 précité, est inférieur au montant visé à l'article 17, du même arrêté.

(°°°) d'application à partir du 1-10-2014. Le présent arrêté s'applique aux cotisations trimestrielles dues à partir du premier jour du trimestre qui suit l'expiration d'un délai de 30 jours prenant cours le jour suivant sa publication au Moniteur belge. Le texte actuellement est rédigé comme suit : Le titulaire, visé à l'article 32, alinéa 1er, 15°, susmentionné, est dispensé du paiement de la cotisation s'il fournit la preuve que le montant annuel global des revenus de son ménage, fixé conformément aux dispositions de l'article 24 de l'arrêté royal du 1^{er} avril 2007 précité, n'est pas supérieur au montant pour une personne qui cohabite avec une famille qui est à sa charge, visé à l'article 14, § 1er, 3° de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale. Ce montant est indexé conformément aux modalités applicables dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 susvisée.

[M - A.R. 14-6-07 - M.B. 6-7 - art. 1; M - A.R. 25-4-14 - M.B. 18-7 - éd. 2 - art. 1] (°)

La preuve visée aux alinéas 3, 5 et 6 est fournie par la signature d'une déclaration sur l'honneur, telle que reproduite à l'[annexe 2 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précité]; l'exactitude de la déclaration est vérifiée par le Service du contrôle administratif, selon les modalités fixées par ledit Service. Les titulaires visés dans les alinéas précités sont tenus d'informer dans les trente jours leur organisme assureur de toute modification qui entraîne une augmentation des revenus, à l'exception d'une modification des données informatiques, visées par l'article 3, alinéa 1er, de la loi du 8 août 1983 réglant le Registre national des personnes physiques, pour autant qu'ils aient communiqué cette modification à l'administration communale compétente. L'organisme assureur tiendra constamment compte de toute modification dans la composition du ménage des titulaires précités. Au moyen des données ainsi obtenues, la diminution accordée du montant de la cotisation sera réexaminée et éventuellement retirée le premier jour du deuxième trimestre suivant celui au cours duquel une des modifications a eu lieu.

(°) d'application à partir du 1-10-2014. Le présent arrêté s'applique aux cotisations trimestrielles dues à partir du premier jour du trimestre qui suit l'expiration d'un délai de 30 jours prenant cours le jour suivant sa publication au Moniteur belge. Le texte actuellement en vigueur est rédigé comme suit : La preuve visée aux alinéas 3, 5 et 6 est fournie par la signature d'une déclaration sur l'honneur, telle que reproduite à l'annexe III de l'arrêté royal du 1er avril 2007 précité; l'exactitude de la déclaration est vérifiée par le Service du contrôle administratif, selon les modalités fixées par ledit Service. Les titulaires visés dans les alinéas précités sont tenus d'informer dans les trente jours leur organisme assureur de toute modification qui entraîne une augmentation des revenus, à l'exception d'une modification des données informatiques, visées par l'article 3, alinéa 1er, de la loi du 8 août 1983 réglant le Registre national des personnes physiques, pour autant qu'ils aient communiqué cette modification à l'administration communale compétente. L'organisme assureur tiendra constamment compte de toute modification dans la composition du ménage des titulaires précités. Au moyen des données ainsi obtenues, la diminution accordée du montant de la cotisation sera réexaminée et éventuellement retirée le premier jour du deuxième trimestre suivant celui au cours duquel une des modifications a eu lieu.

[**M** - A.R. 14-6-07 - M.B. 6-7 - art. 1; **M** – A.R. 25-4-14 – M.B. 18-7 – éd. 2 – art. 1] (°)

[Les dispositions des articles 21 et 25 de l'arrêté royal du 15 janvier 2014 précité] concernant l'augmentation du plafond et des revenus dont il faut tenir compte, sont également d'application pour la fixation des plafonds et des revenus qui doivent être pris en considération pour l'application du présent article.

[**R** – A.R. 25-4-14 – M.B. 18-7 – éd. 2 – art. 1; **M** – A.R. 26-1-18 – M.B. 13-2 – art. 2] (°°)

Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1^{er}, 15^o, de la loi coordonnée, qui a droit à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi, est dispensé du paiement des cotisations. Le titulaire précité bénéficie de cette dispense de paiement de cotisations aussi longtemps qu'il est au bénéfice de l'intervention majorée de l'assurance. [Le paiement de la cotisation est suspendu pour le bénéficiaire qui est placé dans un établissement de soins conformément à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, à l'exception des institutions visées à l'article 3, 4^o, a), b) et c) de cette loi.]

[**M** - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°°°)

Le montant des cotisations déterminées dans le présent article est lié à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint le 31 octobre 1999. Le 1er janvier de chaque année, il est adapté au taux de l'indice des prix à la consommation du 31 octobre de l'année précédente.

(°) d'application à partir du 1-10-2014. Le présent arrêté s'applique aux cotisations trimestrielles dues à partir du premier jour du trimestre qui suit l'expiration d'un délai de 30 jours prenant cours le jour suivant sa publication au Moniteur belge. Le texte actuellement en vigueur est rédigé comme suit : Les dispositions des articles 17 à 22 de l'arrêté royal du 1er avril 2007 précité concernant l'augmentation du plafond et des revenus dont il faut tenir compte, sont également d'application pour la fixation des plafonds et des revenus qui doivent être pris en considération pour l'application du présent article.

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

(°°°) d'application à partir du 1-1-2002

[**R** - A.R. 29-12-97 - M.B. 31-12 - éd. 2] (°)

Art. 135. [**M** - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°°)

Une retenue de 29,33 EUR par trimestre est opérée sur la pension des titulaires visés à l'article 32, premier alinéa, 12° de la loi coordonnée. Cette retenue est faite par le Ministère des Finances et le produit est versé à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. Les titulaires susvisés qui ne bénéficient pas d'une telle pension, doivent payer à leur mutualité ou l'Office régional une cotisation trimestrielle de 29,33 EUR.

[**M** - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] (°°°)

Le montant de la retenue ou de la cotisation visée à l'alinéa 1er est lié à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint le 31 octobre 1999. Il est adapté au 1er janvier de chaque année au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente.

[**R**éinséré par : A.R. 3-8-07 - M.B. 17-8 - art. 6] (°°°°)

Art. 136. La personne qui a la qualité de titulaire visée à l'article 32, alinéa 1er, 22°, de la loi coordonnée peut prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle.

(°) d'application à partir du 1-1-1998
(°°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°°) d'application à partir du 1-1-2002
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2008

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 13] (°)

[**Art. 136bis.** Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1^{er}, 21^o, de la loi coordonnée est redevable d'une cotisation trimestrielle qui s'élève à 65,12 EUR. Ce montant est ramené à 18,62 EUR pour les titulaires ayant atteint l'âge de 65 ans. Ce montant est applicable à partir du trimestre au cours duquel ils ont atteint cet âge.

Ces montants sont liés à l'indice 104,06 (base 1996 = 100) des prix à la consommation atteint le 31 octobre 1999. Ces montants sont adaptés le 1^{er} janvier de chaque année, au taux atteint par l'indice des prix à la consommation le 31 octobre de l'année précédente.

Sont cependant dispensés du paiement de toute cotisation, les titulaires susvisés qui ont droit à un des avantages spécifiés à l'article 37, § 19, 1^o, 2^o ou 3^o, de la loi coordonnée. Les titulaires susmentionnés jouissent de la dispense de paiement de cotisations aux mêmes conditions et pour la même période que celles qui, conformément aux articles 6 à 9 de l'arrêté du 1^{er} avril 2007 fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et instaurant le statut OMNIO, s'appliquent pour l'octroi du droit à une intervention majorée de l'assurance en cas de droit à l'un des avantages susmentionnés.

La cotisation est due pour chaque trimestre au cours duquel la qualité susvisée de titulaire existe et à partir du trimestre au cours duquel cette qualité a été acquise. La cotisation n'est cependant pas due pendant la période au cours de laquelle le titulaire est envoyé à l'étranger par l'autorité religieuse dont il dépend.]

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 14] (°°)

[Section IVbis

Cotisations dues par les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 6^obis et 11^oquater de la loi coordonnée]

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 14] (°°°)

[**Art. 136ter.** Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1^{er}, 6^obis, de la loi coordonnée doit, outre l'accomplissement de l'obligation de cotisation en vue de préserver ses droits à la pension pour la période en cause, prouver le paiement d'une cotisation annuelle calculée comme suit :

- 7,66 p.c. sur la partie du revenu de référence, au sens de l'article 11 de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, qui n'excède pas le montant repris à l'article 12, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, du même arrêté, étant entendu que ce revenu est présumé atteindre le montant visé à l'article 12, § 1^{er}, alinéa 2, du même arrêté si le revenu de référence n'atteint pas ce montant; et

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

- 4,94 p.c. sur la partie dudit revenu de référence, visée à l'article 12, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, de l'arrêté royal n° 38 précité.

Pour le calcul de cette cotisation, les montants visés à l'article 12 de l'arrêté royal n° 38 précité sont indexés conformément à l'article 14 du même arrêté.]

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 14] (°)

[Art. 136quater. Le titulaire visé à l'article 32, alinéa 1^{er}, 11^oquater, de la loi coordonnée doit, outre l'accomplissement de l'obligation de cotisation en vue de préserver ses droits à la pension pour la période en cause, prouver le paiement d'une cotisation annuelle calculée comme suit :

- 7,66 p.c. sur le montant visé à l'article 12, § 1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 38 précité.

Pour le calcul de cette cotisation, les montants visés à l'article 12 de l'arrêté royal n° 38 précité sont indexés conformément à l'article 14 du même arrêté.]

Section V

De l'intervention dans les frais de rééducation fonctionnelle

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

Art. 137. (°°) Les prestations de rééducation fonctionnelle sont, dans les conditions définies par les programmes de rééducation admis par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil, celles prévues aux conventions visées à l'article 22, 6^o, de la loi coordonnée et aux conditions qui y sont fixées ou les prestations prévues par la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle arrêtée en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée.

[R - A.R. 1-12-16 - M.B. 12-12 - éd. 2 – art. 1] (°°°°)

Art. 138. (°°°°) L'intervention dans le coût des prestations de rééducation fonctionnelle est subordonnée à l'autorisation préalable:

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

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) Cet article est abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 7-12-18 portant exécution du décret du 6-7-18 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-19 - art. 341 – d'appl. au 1-1-2019

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

(°°°°°) Cet article est abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 7-12-18 portant exécution du décret du 6-7-18 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-19 - art. 341 – d'appl. au 1-1-2019

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

1° du Collège des médecins-directeurs :

a) pour les prestations effectuées à l'étranger et qui sont prévues :

- à la nomenclature établie en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée ;

- dans les conventions visées à l'article 22, 6° de la loi coordonnée ;

b) pour les prestations effectuées en Belgique et qui sont prévues :

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

- à la nomenclature établie en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée si l'intervention est explicitement subordonnée à l'autorisation préalable du Collège des médecins-directeurs;

- dans les conventions relatives aux défibrillateurs cardiaques implantables établies en application de l'article 22, 6° de la loi coordonnée;

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

2° du médecin-conseil: pour les prestations effectuées en Belgique et qui sont prévues :

a) à la nomenclature établie en application de l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi coordonnée, à l'exception des prestations visées au point 1°, b), alinéa premier de cet article;

b) dans les conventions visées à l'article 22, 6° de la loi coordonnée, à l'exception des prestations visées au point 1°, b), alinéa 2 de cet article.]

Art. 139. [M – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

Les demandes d'intervention sont introduites par le bénéficiaire de l'assurance soins de santé auprès du médecin-conseil de la mutualité, de l'office régional de l'organisme assureur ou de la Caisse des soins de santé de HR Rail auprès duquel il est affilié ou inscrit.

Les demandes doivent être établies au moyen d'un formulaire conforme au modèle approuvé par le Comité de l'assurance.

[I - A.R. 1-2-16 – M.B. 15-2 – art. 2] (°°°°°)

[Les demandes d'intervention concernant la convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables sont introduites par les établissements de soins qui y ont adhéré selon la procédure fixée par le Comité de l'assurance et reprise dans la convention concernée.]

(°) modification uniquement en NL

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) modification uniquement en NL. Cet article est abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 7-12-18 portant exécution du décret du 6-7-18 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-19 - art. 341 – d'appl. au 1-1-2019

(°°°°°) d'application au 1-1-2015

Art. 140. [M – A.R. 1-2-16 – M.B. 15-2 – art. 3; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

§ 1er. Le médecin-conseil transmet sans délai les demandes concernant les prestations visées à l'article 138, 1°, accompagnées de son avis par l'intermédiaire du médecin-directeur de l'organisme assureur, au Collège des médecins-directeurs, à l'exception des demandes concernant la convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables pour lesquelles la demande des établissements de soins concernés est introduite auprès du Collège des médecins-directeurs et auprès du médecin-conseil selon la procédure fixée par le Comité de l'assurance et reprise dans la convention concernée.

§ 2. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

En ce qui concerne les prestations visées à l'article 138, 2°, le médecin-conseil notifie sa décision au bénéficiaire et, le cas échéant, au dispensateur de soins.

Toute décision de refus est motivée.

Art. 141. [M – A.R. 1-2-16 – M.B. 15-2 – art. 4; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Le Collège des médecins-directeurs examine sur rapport du Service des soins de santé les demandes transmises par le médecin-conseil. Les décisions sont communiquées par le président à la direction des organismes assureurs intéressés, laquelle en informe à son tour le bénéficiaire et, le cas échéant, le centre de rééducation. [Pour la convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables, la décision est seulement communiquée à la direction médicale des organismes assureurs concernés et aux établissements de soins concernés.]

Toute décision de refus est motivée.

Art. 142. (°°°°) § 1er. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

En cas d'accord, le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil détermine pour chaque cas un programme de rééducation fonctionnelle comportant notamment la nature, le nombre, le rythme et la durée des prestations accordées ainsi que la dénomination de l'établissement et les autres conditions de lieu.

(°) modification uniquement en NL. Cet article est abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 7-12-18 portant exécution du décret du 6-7-18 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-19 - art. 341 – d'appl. au 1-1-2019

(°°) modification uniquement en NL.

(°°°) modification uniquement en NL. Cet article est abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 7-12-18 portant exécution du décret du 6-7-18 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-19 - art. 341 – d'appl. au 1-1-2019

(°°°°) Cet article est abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 7-12-18 portant exécution du décret du 6-7-18 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-19 - art. 341 – d'appl. au 1-1-2019

(°°°°°) modification uniquement en NL

§ 2. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil fixe, dans chaque cas particulier, la date à partir de laquelle l'intervention est accordée.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

Sauf dispositions contraires, l'intervention est refusée pour les prestations effectuées plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

§ 3. L'organisme assureur est chargé du paiement de l'intervention dans le coût des prestations approuvées par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil.

§ 4. [Abrogé par : A.R. 1-12-16 – M.B. 12-12 – éd. 2 – art. 2] (°°°°)

Art. 143. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

Le Collège des médecins-directeurs peut ordonner des enquêtes par des praticiens de l'art infirmier ou tous autres agents qualifiés du Service des soins de santé et demander toute information complémentaire au médecin-conseil.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°°)

En vue de l'octroi des prestations visées à l'article 138, 1°, le Collège des médecins-directeurs peut, en outre, charger le médecin-conseil d'effectuer un examen médical du bénéficiaire.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°°°)

Le médecin-conseil peut en tout temps ordonner une enquête par le service social de l'organisme assureur ou effectuer un examen médical du bénéficiaire.

Art. 144. (°°°°°°°°) Les demandes de prolongation d'un programme de rééducation sont introduites et traitées selon les dispositions de cette section.

(°) modification uniquement en NL

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) modification uniquement en NL

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

(°°°°°) modification uniquement en NL. Cet article est abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 7-12-18 portant exécution du décret du 6-7-18 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-19 - art. 341 – d'appl. au 1-1-2019

(°°°°°°) modification uniquement en NL

(°°°°°°°) modification uniquement en NL

(°°°°°°°°) Cet article est abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 7-12-18 portant exécution du décret du 6-7-18 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-19 - art. 341 – d'appl. au 1-1-2019

Section VI

De l'intervention dans les frais de déplacement afférents à la rééducation fonctionnelle

Art. 145. (°) § 1er. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

Le Ministre fixe les conditions et les modalités selon lesquelles une intervention peut être accordée dans les frais de déplacement engagés conformément aux décisions prises par le Collège des médecins-directeurs ou le médecin-conseil.

§ 2. [M – A.R. 11-12-13 – M.B. 16-12 – éd. 2 – art. 61; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Le bénéficiaire qui estime pouvoir prétendre à l'intervention dans les frais de déplacement qu'il a, pour obtenir des prestations de rééducation fonctionnelle introduit à cet effet une demande auprès du médecin-conseil de la mutualité, de l'office régional ou de la [Caisse des soins de santé de HR Rail], auprès duquel ou de laquelle il est affilié ou inscrit.

La demande est introduite accompagnée de la demande visée à l'article 139.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

§ 3. Le médecin-conseil transmet les demandes relatives aux frais de déplacement afférents aux prestations visées à l'article 138, 1°, accompagnées de son avis, sans délai au Collège des médecins-directeurs par l'intermédiaire du médecin-directeur de l'organisme assureur.

§ 4. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

En ce qui concerne les frais de déplacement afférents aux prestations visées à l'article 138, 2°, le médecin-conseil notifie sa décision au bénéficiaire.

Toute décision de refus est motivée.

§ 5. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°°)

Le Collège des médecins-directeurs examine sur rapport du Service des soins de santé les demandes visées au § 3. Les décisions sont communiquées par le président à la direction médicale des organismes assureurs intéressés, laquelle en informe à son tour le bénéficiaire.

Toute décision de refus est motivée.

(°) Cet article est abrogé par : Arrêté du Gouvernement flamand du 7-12-18 portant exécution du décret du 6-7-18 relatif à la reprise des secteurs des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitation protégée, des conventions de revalidation, des hôpitaux de revalidation et des équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs – M.B. 28-1-19 - art. 341 – d'appl. au 1-1-2019

(°°) modification uniquement en NL

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) modification uniquement en NL

(°°°°°) modification uniquement en NL

(°°°°°°) modification uniquement en NL

§ 6. L'organisme assureur est chargé du paiement éventuel de l'intervention.

[Section VII Abrogée par : A.R. 30-3-09 - M.B. 2-6 - éd. 1 - art. 1] (°)

Art. 146. [Abrogé par : A.R. 30-3-09 - M.B. 2-6 - éd. 1 - art. 1] (°°)

Section VIII

De l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière

Art. 147. § 1er. Les prestations visées à l'article 34, 11°, de la loi coordonnée comprennent:

1° les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier;

[R - A.R. 31-8-09 - M.B. 10-9 - art. 1] (°°°)

[2° dans les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour: les prestations de kinésithérapie et de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet;]

[R - A.R. 19-5-09 - M.B. 4-6 - éd. 1 - art. 1; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°°)

3° dans les maisons de soins psychiatriques : les prestations de kinésithérapie et de logopédie effectuées par les dispensateurs de soins qualifiés à cet effet, à l'exception des prestations de kinésithérapie qui ne sont pas comprises dans le cadre du traitement psychiatrique et qui sont prescrites par un médecin traitant autre que le médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie;

[M - A.R. 11-3-02 - M.B. 27-7] (°°°°°)

4° l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale, y compris l'ergothérapie;

(°) d'application à partir du 1-7-2009 [Confirmé par la Loi(div)(I) du 28-4-2010 - M.B. 10-5 - éd. 1 - art. 102]

(°°) d'application à partir du 1-7-2009 [Confirmé par la Loi(div)(I) du 28-4-2010 - M.B. 10-5 - éd. 1 - art. 102]

Toute demande relative à un programme de réadaptation professionnelle, introduite auprès du Collège des médecins-directeurs, dont les prestations se rapportent en tout ou en partie à une période postérieure au 30 juin 2009, est transmise à partir du 1er juillet 2009 à la Commission supérieure du Conseil médical de l'Invalidité. Cette disposition ne déroge pas à la compétence de décision du Collège précité jusqu'au 30 juin 2009.

Les dépenses relatives à la réadaptation professionnelle, qui sont introduites à partir du 1er juillet 2009, sont prises en charge par l'assurance indemnités si le programme auquel se rapportent ces dépenses, se poursuit après le 30 juin 2009

(°°°).d'application à partir du 1-7-2009

(°°°°) modification uniquement en NL

(°°°°°) d'application à partir du 1-8-2002

[**M** - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7; **M** - A.R. 11-3-02 - M.B. 27-7 ; **M** – A.R. 17-10-11 – M.B. 7-11 – éd. 3 – art. 1] (°)

5° dans les maisons de repos et de soins et dans les centres de soins de jour [les produits et le matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits suivants]:

- les désinfectants (à l'exception des désinfectants à usage gynécologique, à usage buccal et à usage ophtalmique) qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre Ier à IV, de l'arrêté royal du 17 mars 1997 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés;

- les pansements non imprégnés;

- les compresses stériles qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre V, de l'arrêté royal précité du 17 mars 1997;

- le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire (à l'exception des seringues à insuline).

Une liste détaillée de ces produits est établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12;

[**M** - A.R. 18-11-03 - M.B. 29-12 - éd. 3] (°°)

6° les prestations médicales effectuées par des psychiatres et neuropsychiatres dans des maisons de soins psychiatriques; ainsi que le montant C2A tel que visé dans l'article 2, 3), b) de l'arrêté royal du 10 décembre 1990 fixant les règles pour la fixation du prix d'hébergement pour les personnes admises dans des maisons de soins psychiatriques.

[**I** - A.R. 22-11-01 - M.B. 13-12; **M** – A.R. 17-10-11 – M.B. 7-11 – éd. 3 – art. 1; **M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

7° dans les maisons de repos et de soins, les missions du médecin coordinateur et conseiller, définies à l'annexe 1, point B, 3, h), de l'arrêté royal du [21 septembre 2004] fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour;

[**I** - A.R. 22-11-01 - M.B. 13-12; **M** – A.R. 17-10-11 – M.B. 7-11 – éd. 3 – art. 1] (°°°°)

8° la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs [et la formation complémentaire du personnel en matière de démence] dans les maisons de repos et de soins.

[**I** - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3; **M** – A.R. 17-10-11 – M.B. 7-11 – éd. 3 – art. 1] (°°°°°)

9° dans les maisons de repos et de soins [et les maisons de soins psychiatriques], une intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données;

[**I** - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3; **M** – A.R. 17-10-11 – M.B. 7-11 – éd. 3 – art. 1] (°°°°°°)

10° le complément fonctionnel pour l'infirmière en chef en maison de repos et de soins [et le complément de fonction pour l'infirmière en chef et le paramédical en chef ayant au moins 18 ans d'ancienneté dans les maisons de repos et de soins et les maisons de soins psychiatriques];

(°) d'application à partir du 1-4-2008

(°°) d'application à partir du 29-12-2003

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) d'application à partir du 1-4-2008

(°°°°°) d'application à partir du 1-4-2008

(°°°°°°) d'application à partir du 1-4-2008

[I - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3] (°)

[11° dans les maisons de repos et de soins : une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires;

[I - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3] (°°)

12° dans les maisons de repos et de soins reprises à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant : à partir du 1er juillet 2004, une intervention destinée à financer des investissements en gros matériel de soins. La liste de ce matériel de soins est établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12.

[I - A.R. 17-10-11 - M.B. 7-11- éd. 3 - art. 1] (°°°)

[13° dans les maisons de repos et de soins hébergeant une moyenne de 25 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd) : le financement d'une personne de référence pour la démence;]

[I - A.R. 17-10-11 - M.B. 7-11- éd. 3 - art. 1] (°°°°)

14° [Abrogé par : A.R. 9-1-13 - M.B. 22-1 - art. 1] (°°°°°)

(°) d'application à partir du 1-1-2004
(°°) d'application à partir du 1-1-2004
(°°°) d'application à partir du 1-4-2008
(°°°°) d'application à partir du 1-4-2008
(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2012

§ 2. Les prestations visées à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée comprennent:

1° les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier;

2° les prestations de logopédie effectuées par des dispensateurs de soins qualifiés à cet effet;

[M - A.R. 11-3-02 - M.B. 27-7] (°)

3° l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale, y compris l'ergothérapie;

[R - A.R. 17-10-11 - M.B. 7-11 - éd. 3 - art. 1] (°°)

4° [les produits et le matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales, ainsi que les produits suivants]:

- les désinfectants (à l'exception des désinfectants à usage gynécologique, à usage buccal et à usage ophtalmique) qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre Ier à IV, de l'arrêté royal précité du 17 mars 1997;

- les pansements non imprégnés;

- les compresses stériles qui ne sont pas remboursables en exécution de l'Annexe I, chapitre V, de l'arrêté royal précité du 17 mars 1997;

- le matériel d'injection sous-cutanée et/ou intramusculaire (à l'exception des seringues à insuline).

Une liste détaillée de ces produits est établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12;

[I - A.R. 22-11-01 - M.B. 13-12; M - A.R. 17-10-11 - M.B. 7-11 - éd. 3 - art. 1] (°°°)

5° la formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs dans les institutions qui comportent une section bénéficiant d'un agrément spécial "maison de repos et de soins" et dans les institutions qui comptent, par rapport au nombre total de lits agréés, 40 p.c. ou plus de patients classés dans les catégories de dépendance B ou C visées à l'article 150, et qui hébergent en outre au moins 25 patients classés dans les catégories de dépendance B ou C visées à l'article 150 [ainsi que la formation complémentaire du personnel dans le domaine de la démence dans les institutions qui comportent une section qui a reçu un agrément spécial "maisons de repos et de soins", et dans les institutions qui hébergent en moyenne au moins 15 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd)].

(°) d'application à partir du 1-8-2002

(°°) d'application à partir du 1-4-2008

(°°°) d'application à partir du 1-4-2008

[I - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3] (°)

6° une intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données;

[I - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3] (°°)

7° une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires.

[I - A.R. 17-10-11 - M.B. 7-11 - éd. 3 - art. 1] (°°°)

[8° le complément de fonction pour les paramédicaux en chef et les coordinateurs infirmiers ayant au moins 18 ans d'ancienneté;]

[I - A.R. 17-10-11 - M.B. 7-11 - éd. 3 - art. 1] (°°°°)

[9° un financement supplémentaire pour le court séjour;]

[I - A.R. 17-10-11 - M.B. 7-11 - éd. 3 - art. 1] (°°°°°)

[10° le financement d'une personne de référence pour la démence dans les institutions hébergeant une moyenne de 25 patients classés dans la catégorie de dépendance C visée à l'article 150 en raison de leur dépendance psychique (catégorie Cd);]

[I - A.R. 17-10-11 - M.B. 7-11 - éd. 3 - art. 1] (°°°°°°)

11° [Abrogé par : A.R. 9-1-13 - M.B. 22-1 - art. 1] (°°°°°°°)

§ 3. L'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée consiste en une allocation journalière appelée allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Art. 148. [M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7]

En ce qui concerne les maisons de repos et de soins, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée à l'institution pour le bénéficiaire qui:

1° ne nécessite plus de surveillance médicale journalière, ni de traitement médical spécialisé permanent, mais qui d'autre part est fortement tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière;

2° est soigné par un service ou est admis dans une institution agréée en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée.

Jusqu'à la date déterminée par le Roi en exécution de l'article 5, § 4, alinéa 1er, de la loi précitée du 27 juin 1978, les institutions, à l'exception de celles qui en sont exemptées par l'arrêté d'exécution, doivent en outre fournir la preuve visée à l'article 5, § 4, alinéa 2 de la même loi;

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

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

(°°°) d'application à partir du 1-4-2008

(°°°°) d'application à partir du 1-4-2008

(°°°°°) d'application à partir du 1-4-2008

(°°°°°°) d'application à partir du 1-4-2008

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

3° satisfait aux critères d'une des catégories de dépendance suivantes:

- catégorie B: y sont classés les bénéficiaires qui:

- sont dépendants physiquement:

[**M** - A.R. 13-10-04 - M.B. 29-10 - éd. 2] (°)

ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou aller à la toilette;

- sont dépendants psychiquement:

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;

[**R** - A.R. 5-12-12 - M.B. 17-12 - éd. 3 - art. 1] (°°)

- catégorie C: y sont classés les bénéficiaires qui:

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger;

- sont dépendants psychiquement (catégorie Cd) :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence, et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger,

[**M** - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°)

ou il s'agit de bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour incontinence, et sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.]

[**I** - A.R. 5-12-12 - M.B. 17-12 - éd. 3 - art. 1; **M** - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°°)

- catégorie D : y sont classés les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

[**I** - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3] (°°°°°)

L'allocation visée à l'article 147, § 3, est également accordée aux maisons de repos et de soins reprises à l'annexe 3 du protocole du 24 mai 2004, conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des patients en état végétatif persistant, pour le bénéficiaire qui, suite à un accident aigu (traumatisme crânien sévère, arrêt cardiaque, rupture vasculaire...), suivi d'un coma dont les techniques d'éveil n'ont pu améliorer la situation, a été classé dans la catégorie de dépendance « Cc », c'est-à-dire qui :

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

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

(°°°) modification uniquement en NL

(°°°°) modification uniquement en NL

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

- soit est en état neurovégétatif persistant, à savoir :

1. ne témoigne d'aucune conscience de soi-même ou de l'environnement et est dans l'incapacité d'interagir avec les autres;

2. ne donne aucune réponse maintenue reproductible dirigée volontaire à des stimuli visuels, auditifs, tactiles ou douloureux;

3. ne manifeste aucune forme de langage, que cela soit au niveau de la compréhension ou de l'expression;

4. peut avoir une ouverture occasionnelle, spontanée des yeux, a des mouvements oculaires possibles, pas nécessairement en poursuite;

5. peut présenter un éveil (vigilance sans conscience) intermittent démontré par la présence de cycles de veille/sommeil;

6. a des fonctions hypothalamiques ou tronculaires suffisamment préservées pour permettre une survie avec des soins médicaux et de nursing;

7. n'a pas de réponse émotionnelle aux injonctions verbales;

8. présente une incontinence urinaire et fécale;

9. présente une relative préservation des réflexes crâniens et spinaux, et cela depuis au moins trois mois;

- soit est en état pauci-relationnel (EPR), lequel diffère de l'état neurovégétatif dans la mesure où le sujet manifeste une certaine conscience de lui-même et de son environnement. Il peut parfois être capable d'un geste orienté ou de répondre à quelques stimuli par des pleurs ou des rires, des oui ou non par gestes ou articulation. La présence constante d'un seul de ces signes permet de classer le sujet comme EPR. La dépendance reste totale, avec des déficiences corticales inexplorables, des déficits sensoriels et moteurs massifs.

[I - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7]

Art. 148bis. En ce qui concerne les centres de soins de jour, l'allocation visées à l'article 147, § 3, est accordée à l'institution pour le bénéficiaire qui:

1° est tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour certains actes de la vie journalières;

2° est admis pendant au moins six heures par jour dans une institution agréée par l'autorité compétente et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée;

3° satisfait aux critères de dépendance suivants:

[M - A.R. 13-10-04 - M.B. 29-10 - éd. 2; M - A.R. 9-1-13 - M.B. 22-1 - art. 2] (°)

- soit il est dépendant physiquement: il est dépendant pour se laver et s'habiller, et il est dépendant pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette [(catégorie F)];

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

[**R** – A.R. 9-1-13 – M.B. 22-1 – art. 2] (°)

[- soit il est dépendant psychiquement: il est désorienté dans le temps et dans l'espace pour se laver et/ou s'habiller (catégorie Fd)].

[**I** – A.R. 9-1-13 – M.B. 22-1 – art. 2; **M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

- soit il s'agit d'un bénéficiaire qui a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, ayant fait l'objet d'un rapport écrit (catégorie D).

[**I** – A.R. 17-10-11 – M.B. 7-11 – éd. 3 – art. 2] (°°°)

[L'allocation visée à l'article 147, § 3, est également accordée aux centres de soins de jour pour les bénéficiaires qui, quel que soit leur âge :

1° souffrent d'une maladie grave, progressive et mortelle dans une phase avancée ou terminale, quelle que soit leur espérance de vie;

2° ont des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long et qui justifient des soins à domicile réguliers;

3° séjournent à domicile et ont l'intention de continuer à séjourner à domicile;

4° ont fait l'objet, en raison de leur(s) affection(s) irréversible(s), au cours des 3 derniers mois :

- d'au moins un séjour hospitalier (séjour classique ou hospitalisation de jour);

- de soins à domicile, de soins de kinésithérapie et/ou d'une prise en charge par une équipe multidisciplinaire d'accompagnement;

5° sont adressés au centre par leur médecin traitant;

ou qui répondent aux conditions visées à l'article 3 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.]

Art. 149. [**M** - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7]

En ce qui concerne les maisons de soins psychiatriques, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée à l'institution pour le bénéficiaire qui:

1° est fortement tributaire à la fois de soins et de l'assistance de tierces personnes pour les actes essentiels de la vie journalière;

2° satisfait à un des critères suivants pour être admis dans une maison de soins psychiatriques:

- soit être patient psychiatrique présentant un trouble psychiatrique chronique stabilisé, étant entendu qu'il:

- ne requiert pas de traitement hospitalier;

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

(°°) modification uniquement en NL

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

- n'entre pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins étant donné son état psychiatrique;
- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;
- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;
 - nécessite un accompagnement continu;
- soit être handicapé mental, étant entendu qu'il
- ne requiert pas de traitement hospitalier;
- n'entre pas en ligne de compte pour l'habitation protégée;
- n'entre pas en ligne de compte pour une admission dans une institution médico-pédagogique;
- ne nécessite pas une surveillance psychiatrique non interrompue;
- nécessite un accompagnement continu;

3° est soigné par un service ou est admis dans une institution agréée en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins et qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée.

Jusqu'à la date déterminée par le Roi en exécution de l'article 5, § 4, alinéa 1er, de la loi précitée du 27 juin 1978, les institutions, à l'exception de celles qui en sont exemptées par l'arrêté d'exécution, doivent en outre fournir la preuve visée à l'article 5, § 4, alinéa 2, de la même loi.

Art. 150. [M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7; M - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1] (°)

En ce qui concerne les institutions visées à l'article 34, 12° de la loi coordonnée, l'allocation visée à l'article 147, § 3, est accordée à l'institution qui a conclu une convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée pour le bénéficiaire qui satisfait aux critères d'une des catégories de dépendance suivantes:

- catégorie 0: y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et qui ne sont pas déments;
- catégorie A: y sont classés les bénéficiaires qui:
 - sont dépendants physiquement: ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;
 - sont dépendants psychiquement: ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont entièrement indépendants physiquement;
- catégorie B: y sont classés les bénéficiaires qui:

[M - A.R. 10-11-97 - M.B. 20-12; M - A.R. 9-7-03 - M.B. 22-7 - éd. 1; M - A.R. 13-10-04 - M.B. 29-10 - éd. 2] (°°)

- sont dépendants physiquement: ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette;
- sont dépendants psychiquement: ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller;

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

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

[**R** – A.R. 5-12-12 – M.B. 17-12 – éd. 3 – art. 2] (°)

- catégorie C: y sont classés les bénéficiaires qui:

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger;

- sont dépendants psychiquement (catégorie Cd) :

ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence, et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger,

[**M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

ou il s'agit de bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour incontinence, et sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

[**I** – A.R. 5-12-12 – M.B. 17-12 – éd. 3 – art. 2; **M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

- catégorie D : y sont classés les bénéficiaires pour lesquels le diagnostic de démence est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence, ayant fait l'objet d'un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

Art. 151. [**R** - A.R. 13-10-04 - M.B. 29-10 - éd. 2] (°°°°)

§ 1er. Pour l'application des dispositions des articles 148, 148bis et 150, un bénéficiaire est considéré comme dépendant physiquement lorsqu'il obtient un score de '3' ou '4' pour un ou plusieurs des critères énoncés ci-dessous :

a) Se laver :

- (1) Est capable de se laver complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture;
- (3) A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;
- (4) Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

b) S'habiller :

- (1) Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide;
- (2) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets);
- (3) A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;
- (4) Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

(°) d'application à partir du 1-1-2013
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2005

c) Transfert et déplacements :

(1) Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers;

(2) Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...);

(3) A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements;

(4) Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer.

[R - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1] (°)

d) Aller à la toilette :

(1) est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer;

(2) a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer;

(3) a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer;

(4) a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer.

e) Continence :

(1) Est continent pour les urines et les selles;

(2) Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris);

(3) Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles;

(4) Est incontinent pour les urines et les selles.

f) Manger :

(1) Est capable de manger et de boire seul;

(2) A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;

(3) A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;

(4) Le patient est totalement dépendant pour manger et boire.

§ 2. [M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7; M - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1] (°°)

Pour l'application des dispositions des articles 148, 148bis et 150, un bénéficiaire est considéré comme dépendant psychiquement lorsqu'il obtient un score de "3", ou "4" pour le critère concerné énoncé ci-dessous:

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

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

a) Orientation dans le temps:

- (1) pas de problème;
 - (2) de temps en temps, rarement des problèmes;
 - (3) des problèmes presque chaque jour;
- [R - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1] (°)
- (4) totalement désorienté ou impossible à évaluer.

b) Orientation dans l'espace:

- (1) pas de problème;
 - (2) de temps en temps, rarement des problèmes;
 - (3) des problèmes presque chaque jour;
- [R - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd.1] (°°)
- (4) totalement désorienté ou impossible à évaluer.

Art. 152. [M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7]

§ 1er. Pour le bénéficiaire admis dans une maison de soins psychiatriques, la demande d'obtention d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est introduite dans les sept jours suivant la date d'admission par le service ou institution responsable des soins, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°)

Cette demande doit être accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin traitant, d'où il ressort que le bénéficiaire remplit les critères visés à l'article 149 et d'une attestation d'un service ou d'une institution visés à l'article 34, 11°, de la loi coordonnée d'où il ressort que celui-ci est responsable des soins dispensés au bénéficiaire.

La demande est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 13.

§ 2. *Abrogé par: A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2* (°°°°)

(°) d'application à partir du 1-1-2007
(°°) d'application à partir du 1-1-2007
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) d'application à partir du 1-8-2003

§ 3. [M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7; M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°°°°)

Pour le bénéficiaire admis dans une maison de repos et de soins ou dans une institution visée à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée la demande d'obtention d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est introduite dans les sept jours suivant la date d'admission par le service ou institution responsable des soins, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

[R - A.R. 7-4-05 - M.B. 29-4 - éd. 2; M - A.R. 5-12-12 - M.B. 17-12 - éd. 3 - art. 3; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°)

La demande doit être accompagnée d'une échelle d'évaluation complétée par le praticien de l'art infirmier qui a eu la possibilité d'observer le bénéficiaire dans l'exécution des actes de la vie journalière, ou par le médecin traitant. [La demande pour un bénéficiaire classé dans la catégorie D ne peut être introduite que si la date où le diagnostic de démence a été posé est mentionnée dans le dossier de soins visé au § 4.]

Le départ du bénéficiaire de l'institution ou son décès est notifié dans les sept jours à l'organisme assureur par l'institution.

Abrogé par : A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1 (avant alinéa 4) (°°)

La demande visée à l'alinéa 1er et la notification visée à l'alinéa 3 sont introduites au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12.

[M - A.R. 7-4-05 - M.B. 29-4 - éd. 2]

L'échelle d'évaluation visée à l'alinéa 2 est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège national visé à l'article 120.

[I - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°)

Pour le bénéficiaire classé dans la catégorie de dépendance Cc visée à l'article 148, dernier alinéa, la demande visée à l'alinéa 1er doit seulement être accompagnée d'un rapport médical, attestant que le bénéficiaire répond aux critères de cette catégorie de dépendance, établi par l'un des centres hospitaliers d'expertise repris à l'annexe 2 du protocole du 24 mai 2004 précité. Pour le bénéficiaire déjà hébergé en maison de repos et de soins, ce rapport peut être rédigé par le médecin du centre d'expertise sur la base d'un rapport médical documenté établi par le médecin traitant

(°°°°°) d'application à partir du 1-8-2003

(°) modification uniquement en NL

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

(°°°) modification uniquement en NL

[I - A.R. 28-2-05 - M.B. 23-3; M - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°).....

Par dérogation à l'article 153, § 2, pour le bénéficiaire classé dans la catégorie de dépendance Cc, la demande visée à l'alinéa 1er et le rapport médical qui l'accompagne peuvent être introduits dans les quinze jours qui suivent le jour de l'admission. En outre, ce rapport médical ne doit être transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur que lors de la première admission d'un bénéficiaire classé dans la catégorie de dépendance Cc, et ne doit donc pas être introduit en cas de réadmission après une sortie de plus d'un mois, [...], si ce bénéficiaire reste classé dans la même catégorie.

§ 4. [M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7; M - A.R. 5-12-12 - M.B. 17-12 - éd. 3 - art. 3] (°°)

Les services ou institutions autres qu'un centre de soins de jour qui hébergent des bénéficiaires classés dans [la catégorie de dépendance A, B, C, Cd, Cc ou D] doivent tenir un dossier de soins par bénéficiaire.

Ce dossier de soins individuel doit comporter au moins les données suivantes:

a) le plan de soins et d'assistance dans les actes de la vie journalière, établi par la personne responsable des soins dans l'institution, qui précise la contribution des différentes catégories de personnel prévu pour l'intervention forfaitaire. Ce plan est évalué et adapté au moins une fois par mois en fonction de l'évolution du degré de dépendance par rapport aux soins;

b) lorsqu'il s'agit de bénéficiaires désorientés dans le temps et dans l'espace, une énumération précise des troubles perturbateurs du comportement:

1. difficultés d'expression;
2. dérangement verbal;
3. perte des notions de bienséance;
4. comportement agité;
5. comportement destructeur;
6. perturbations du comportement nocturne;

c) pour les actes techniques effectués par le personnel infirmier et paramédical prévu pour l'intervention forfaitaire: les prescriptions médicales, la nature et la fréquence des actes techniques et l'identité de la personne qui les a dispensés.

[I - A.R. 5-12-12 - M.B. 17-12 - éd. 3 - art. 3; M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°°°)

d) si le bénéficiaire est classé dans la catégorie D : la date du bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

(°) modification uniquement en NL
(°°) d'application à partir du 1-1-2013
(°°°) modification uniquement en NL

Art. 153. § 1er. [M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

S'il s'agit d'un bénéficiaire admis dans une maison de soins psychiatriques, le médecin-conseil vérifie s'il satisfait aux conditions visées à l'article 149. A cette fin, il peut soumettre le bénéficiaire à un examen corporel et demander au médecin traitant de lui fournir tous les renseignements médicaux qu'il juge nécessaire.

[R - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

Le médecin-conseil notifie sa décision au service responsable des soins dispensés au bénéficiaire ou à l'institution où le bénéficiaire est admis, au plus tard le quinzième jour de la réception de la demande. Il envoie en même temps une copie de cette notification au bénéficiaire et à l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit.

[M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

En cas d'approbation de la demande, le médecin-conseil fixe la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée. Cette période prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande a été introduite dans les sept jours suivant le jour de l'admission. Le cas échéant, une prolongation de cette période peut être demandée selon la procédure décrite à l'article 152 par le service ou l'institution responsable des soins dispensés au bénéficiaire.

[R - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°°°)

§ 2. S'il s'agit d'un bénéficiaire admis dans une maison de repos et de soins ou dans une institution visée à l'article 34, 12°, de la loi coordonnée, la demande visée à l'article 152, § 3, est considérée comme approuvée lorsque l'organisme assureur notifie à l'institution où le bénéficiaire est admis un engagement de paiement ou s'il ne lui a pas notifié, au plus tard le quinzième jour de la réception de la demande, une décision motivée de refus de paiement ou une demande de renseignements complémentaires.

[R - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1] (°°°°°)

L'approbation tacite ou expresse de la demande susvisée prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande est introduite dans les sept jours qui suivent le jour de l'admission, ou le jour de l'introduction de la demande dans le cas contraire. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) d'application à partir du 1-8-2003
(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2007

[**R** - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1; **M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Une demande de révision de la catégorie de dépendance, fixée sur la base de la demande introduite par l'institution, ou de la décision du médecin-conseil visée à l'alinéa 6, ou de la décision prise par une section du Collège national ou par un collège local, visés à l'article 122, §§ 2 et 3, peut être introduite selon la procédure décrite à l'article 152, § 3, lorsque la situation du bénéficiaire évolue de telle sorte qu'une autre catégorie de dépendance pourrait être prise en considération. Si cette demande de révision est introduite en raison d'une aggravation du degré de dépendance, elle doit toujours être fondée sur une indication médicale ou relative à l'art infirmier étayée par un rapport circonstancié, dont le modèle est établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège national visé à l'article 120, à envoyer sous pli fermé à l'intention du médecin-conseil. Ce rapport est signé :

[**M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

- par un médecin si la demande de révision est introduite dans les six mois qui suivent la décision du médecin-conseil visée à l'alinéa 6, ou une décision de modification prise par une section du Collège national ou un collège local, visés à l'article 122, §§ 2 et 3;

[**M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

- par un médecin ou par un praticien de l'art infirmier qui a eu la possibilité d'observer le bénéficiaire dans l'exécution des actes de la vie journalière, si la demande de révision est introduite après une demande antérieure ou plus de six mois après l'une des décisions susvisées.

[**R** - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1] (°°°°)

La demande de révision est introduite auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit dans les sept jours qui suivent le jour à partir duquel la révision est sollicitée. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

[**R** - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1] (°°°°°)

En cas de réadmission d'un bénéficiaire dans l'institution après une absence ne dépassant pas trente jours, la demande visée à l'article 152, § 3 ne doit pas être accompagnée de l'échelle d'évaluation visée au même article, et ne doit pas être suivie d'un nouvel engagement de paiement de la part de l'organisme assureur, pour autant que le bénéficiaire reste classé dans la même catégorie de dépendance qu'avant son départ.

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2007
(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2007

[M - A.R. 28-9-06 - M.B. 10-11 - éd. 1; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Le médecin-conseil peut modifier à tout moment la catégorie de dépendance fixée sur la base des demandes visées aux alinéas 1er et 3, soit après un examen physique, soit sur la base d'un rapport établi à cet effet après un examen sur place par un auxiliaire paramédical, à tout le moins praticien de l'art infirmier, mandaté par lui en application de l'article 153, alinéa 4, de la loi coordonnée. Cette décision doit être motivée et entre en vigueur à la date indiquée par le médecin-conseil dans la notification de cette décision à l'institution ou le bénéficiaire est admis, date qui ne peut être antérieure à la date d'envoi de cette notification. Le cachet de la poste fait foi pour la date d'envoi de la notification.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

Le médecin-conseil et l'auxiliaire paramédical, à tout le moins praticien de l'art infirmier, qu'il a mandaté peuvent, pour l'exécution de leur mission, consulter le dossier de soins individuel du bénéficiaire visé à l'article 152, § 4. Le médecin-conseil peut également demander au médecin traitant de lui communiquer toute information médicale qu'il juge nécessaire.

[I – A.R. 5-12-12 – M.B. 17-12 – éd. 3 – art. 4; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

S'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie D, chaque fois qu'il serait susceptible de changer de catégorie sur la seule base des critères physiques de l'échelle d'évaluation, l'institution doit transmettre une échelle d'évaluation adaptée à son organisme assureur. La communication de cette information à l'organisme assureur ne porte aucun préjudice au fait que le bénéficiaire reste classé dans la catégorie D lorsqu'il l'est sur base d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, sauf s'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie Cd.

[M - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7]

§ 3. [M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°°°)

Par dérogation aux dispositions des §§ 1er et 2, si le service ou l'institution, autre qu'un centre de soins de jour, visé à l'article 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée responsable des soins dispensés au bénéficiaire est agréé avec effet rétroactif, l'organisme assureur peut, pour autant que la demande visée à l'article 152 ait été introduite dans les trente jours suivant la date de la signature de l'adhésion du service ou de l'institution à la convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée, faire débiter la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée, avec effet rétroactif à une date qui ne peut cependant être antérieure à celle de la prise en cours de l'adhésion du service ou de l'institution à la convention précitée.

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL
(°°°°) d'application à partir du 1-8-2003

[I - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

Par dérogation aux dispositions des §§ 1er et 2, le médecin-conseil peut faire débiter avec effet rétroactif la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée si l'agrément de l'institution est modifié, ou en cas de modification de l'assurabilité du bénéficiaire, ou si l'institution n'a pu introduire sa demande dans les délais prescrits pour des raisons de force majeure, pour autant que l'institution apporte des éléments de preuve suffisants à l'appui de sa demande de dérogation. Ne peuvent être retenus comme raisons de force majeure les problèmes de personnel et d'organisation rencontrés par l'institution lorsque ces problèmes ne découlent pas de circonstances exceptionnelles et imprévisibles.

[I - A.R. 29-8-97 - M.B. 1-10; M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

§ 4. Les médecins-conseils, à la suite de l'exécution de leur mission prévue dans le présent article, font rapport à leur direction médicale en signalant notamment comment ils ont pris leur décision, quels sont les scores qui figurent dans les échelles d'évaluation jointes aux demandes d'intervention et, en cas de modification, quels sont les scores sur lesquels se base leur propre décision. De plus, le cas échéant, ils doivent signaler les irrégularités qu'ils ont constatées relativement:

- au fait que les soins couverts par l'intervention forfaitaire, notamment ceux prévus dans le dossier de soins individuel du bénéficiaire visé à l'article 152, § 4, n'ont pas été effectivement dispensés, ou que la continuité des soins n'est pas suffisamment assurée;

- à la surévaluation des scores dans plusieurs échelles d'évaluation jointes aux demandes d'intervention.

[I - A.R. 13-6-99 - M.B. 20-7]

Art. 153bis. § 1er. Pour le bénéficiaire admis dans un centre de soins de jour et qui satisfait aux critères de dépendance visés à l'article 148bis, la demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, visée à l'article 147, § 3, est introduite dans les sept jours suivant la date d'admission par l'institution responsable des soins, auprès de l'organisme assureur auquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit. Le cachet de la poste fait foi pour la date de la demande.

[M – A.R. 9-1-13 – M.B. 22-1 – art. 3; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

La demande doit être accompagnée d'une échelle d'évaluation qui doit être complétée par un praticien de l'art infirmier qui a eu la possibilité d'observer le bénéficiaire dans l'exécution des actes de la vie journalière ou par le médecin-traitant. [La demande pour un bénéficiaire classé dans la catégorie D ne peut être introduite que si la date du diagnostic visé à l'article 148bis, 3°, troisième tiret, est indiquée dans le dossier de soins visé au § 5.]

(°) modification uniquement en NL
(°°) modification uniquement en NL
(°°°) modification uniquement en NL

La demande visée à l'alinéa 1er est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la commission de conventions visée à l'article 12.

L'échelle d'évaluation visée à l'alinéa 2 est introduite au moyen d'un formulaire établi par le Comité de l'assurance sur proposition du Collège national visé à l'article 120.

[M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

§ 2. Le médecin-conseil vérifie si le bénéficiaire admis dans un centre de soins de jour satisfait aux conditions visées à l'article 148bis. A cette fin, il peut soumettre le bénéficiaire à un examen physique, demander au médecin traitant de lui fournir tous les renseignements médicaux qu'il juge nécessaire, et consulter le registre de présence de l'institution visé au § 4 comme le dossier de soins individuel du bénéficiaire visé au § 5.

[R - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°)

La demande visée au § 1er est considérée comme approuvée lorsque l'organisme assureur notifie à l'institution où le bénéficiaire est admis un engagement de paiement ou s'il ne lui a pas notifié, au plus tard le quinzième jour de la réception de la demande, une décision motivée de refus de paiement ou une demande de renseignements complémentaires.

[M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°°)

En cas d'approbation tacite ou expresse de la demande visée au § 1er, la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée ne peut excéder une durée d'un an. Cette période prend cours au plus tôt le jour de l'admission si la demande a été introduite dans les sept jours suivant le jour de l'admission, ou le jour de la réception de la demande dans le cas contraire. Le cas échéant, une prolongation de cette période peut être demandée selon la procédure décrite au § 1er par l'institution responsable des soins dispensés au bénéficiaire.

[M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°)

Le médecin-conseil peut révoquer à tout moment l'approbation tacite ou expresse de la demande susvisée. Cette décision doit être motivée et ne peut avoir d'effet rétroactif.

[I – A.R. 9-1-13 – M.B. 22-1 – art. 3; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°°°)

S'il s'agit d'un bénéficiaire classé dans la catégorie D, chaque fois qu'il serait susceptible de changer de catégorie sur la seule base des critères physiques de l'échelle d'évaluation, l'institution doit transmettre à son organisme assureur une échelle d'évaluation adaptée. La communication de cette information à l'organisme assureur ne porte aucun préjudice au fait que le bénéficiaire peut rester classé dans la catégorie D sur base d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

(°) modification uniquement en NL
(°°) d'application à partir du 1-8-2003
(°°°) d'application à partir du 1-8-2003
(°°°°) modification uniquement en NL
(°°°°°) modification uniquement en NL

[**R** - A.R. 11-3-02 - M.B. 27-7; **M** - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°)

§ 3. Un patient qui réside dans une maison de repos et de soins ou dans une institution visée à l'article 34, alinéa 1er, 12°, de la loi coordonnée, bénéficiant ou non d'une intervention de l'assurance soins de santé, ne peut prétendre à l'intervention visée à l'article 147, § 3, dans un centre de soins de jour. De même, l'obtention, par un bénéficiaire admis dans un centre de soins de jour, d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière exclut qu'il puisse bénéficier de toute autre intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 12°, de la loi coordonnée. En revanche, l'obtention de cette allocation ne fait pas obstacle à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 1°, b) et c), 7bis et 13° de la même loi, à condition que ces prestations aient lieu en dehors des heures durant lesquelles le bénéficiaire est admis dans un centre de soins de jour.

§ 4. Les centres de soins de jour doivent tenir un registre de présence comportant, pour chaque jour d'ouverture, le nom des bénéficiaires admis, l'heure de leur entrée et celle de leur sortie. Ce registre doit être clôturé chaque jour à 13 heures en ce qui concerne le nombre de bénéficiaires admis et l'heure de leur entrée, et complété en fin de journée pour l'heure de leur sortie.

[**M** – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°)

Ces registres de présence ne peuvent comporter de feuilles volantes ni des passages en blanc, des ratures ou des surcharges. Ils doivent pouvoir être consultés à tout moment, soit par les médecins-conseils ou par les auxiliaires paramédicaux délégués par eux en application de l'article 153, alinéa 4, de la loi coordonnée, soit par les fonctionnaires de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, et doivent être conservés dans l'institution pendant une période de cinq ans après leur clôture.

(°) d'application à partir du 1-8-2003
(°°) modification uniquement en NL

§ 5. Les centres de soins de jour doivent tenir un dossier de soins par bénéficiaire.

Ce dossier de soins individuel doit comporter au moins les données suivantes:

a) le plan de soins et d'assistance dans les actes de la vie journalière, établi par la personne responsable des soins dans l'institution, qui précise la contribution des différentes catégories de personnel prévu pour l'intervention forfaitaire. S'il s'agit d'un bénéficiaire pris en charge dans le cadre des soins à domicile, ce plan doit être établi après consultation du praticien de l'art infirmier qui dispense ses soins au domicile du bénéficiaire. Ce plan est évalué et adapté régulièrement, et à tout le moins lors de chaque demande de prolongation de la période visée au § 2, alinéa 3, en fonction de l'évolution du degré de dépendance du bénéficiaire par rapport aux soins;

b) pour les actes techniques effectués par le personnel infirmier et paramédical prévu pour l'intervention forfaitaire: les prescriptions médicales, la nature et la fréquence des actes techniques, et l'identité de la personne qui les a dispensés.

[I – A.R. 9-1-13 – M.B. 22-1 – art. 3; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°)

[c) si le bénéficiaire est classé dans la catégorie D : la date du bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.]

[M - A.R. 4-4-03 - M.B. 4-6 - éd. 2] (°°)

§ 6. Par dérogation aux dispositions du § 2, si le centre de soins de jour responsable des soins dispensés au bénéficiaire est agréé avec effet rétroactif, l'organisme assureur peut, pour autant que la demande visée au § 1er ait été introduite dans les trente jours suivant la date de la signature de l'adhésion de l'institution à la convention visée à l'article 47 de la loi coordonnée, faire débiter la période pour laquelle l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée, avec effet rétroactif à une date qui ne peut cependant être antérieure à celle de la prise en cours de l'adhésion de l'institution à la convention précitée.

(°) modification uniquement en NL
(°°) d'application à partir du 1-8-2003

Section IX

Règles particulières relatives à l'intervention de l'assurance dans les prestations de biologie clinique, effectuées pour les bénéficiaires hospitalisés

[M - A.R. 21-3-00 - M.B. 30-3] (°)

Art. 154. Les prestations de biologie clinique visées aux articles 3, 18, § 2, e) et 24 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à l'exception des prestations nos 591091-591102, 591113-591124, 591135-591146, sont pour les trois-quarts remboursées sur base d'un honoraire forfaitaire établi conformément aux dispositions du titre III, chapitre V, sections VII et XI de la loi coordonnée. Les honoraires forfaitaires se substituent à 75 p.c. des honoraires tels qu'ils ont été fixés pour les prestations concernées conformément aux dispositions de l'article 50 de la loi coordonnée.

Section X

Règles particulières relatives à l'intervention de l'assurance dans les prestations de biologie clinique, effectuées pour les bénéficiaires non hospitalisés

[M - A.R. 21-3-00 - M.B. 30-3] (°°)

Art. 155. Hormis les prestations énumérées comme exceptions dans l'arrêté royal du 31 janvier 1977 déterminant les prestations de biologie clinique visées à l'article 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, au cas où ces prestations sont effectuées dans un laboratoire qui n'est pas agréé en vertu de l'arrêté royal du 29 mai 1989 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions, les prestations de biologie clinique visées aux articles 3, § 1er, A, II, B et C, I, 18, § 2, B, e) et 24, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont pour 75 p.c. remboursées sur base des honoraires forfaitaires établis conformément aux dispositions de l'article 60, § 2, de la loi coordonnée. Les honoraires forfaitaires se substituent à 75 p.c. des honoraires tels qu'ils ont été fixés pour les prestations concernées conformément aux dispositions de l'article 50 de la loi coordonnée.

(°) d'application à partir du 1-5-2000
(°°) d'application à partir du 1-5-2000

CHAPITRE IV
DE L'INSCRIPTION DES AUXILIAIRES PARAMEDICAUX

[M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°)

Section I

De l'inscription des praticiens de l'art infirmier

Art. 156. [R - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°°)

Les personnes porteuses d'un diplôme de praticien de l'art infirmier, de soigneuse ou de garde-malade, doivent demander leur inscription au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité sur la liste prévue à l'article 127, § 1er, b, de la loi coordonnée.

Elles joignent à leur demande la copie, certifiée conforme à l'original, de leur diplôme.

Art. 157. Les personnes porteuses d'un des diplômes cités à l'article 156, qui au 31 décembre 1963, sont agréées en application des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité, sont dispensées de la formalité prescrite à l'article 156.

[R - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°°°)

Art. 158. Le Service des soins de santé établit la liste des praticiens de l'art infirmier, qu'il inscrit sous les conditions visées aux articles 156 et 157.

[M - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°°°°)

Section II

De la communication des listes des kinésithérapeutes, des praticiens de l'art infirmier et des auxiliaires paramédicaux aux organismes assureurs

Art. 159. [R - A.R. 19-4-01 - M.B. 2-6 - éd. 1] (°°°°°)

Le Service des soins de santé communique, sans délai, aux organismes assureurs la liste des praticiens de l'art infirmier ainsi que les listes visées à l'article 215, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 instituant et organisant un régime obligatoire d'assurance soins de santé et indemnités.

Ces listes font mention des nouvelles inscriptions et de toutes modifications aux listes précédentes.

(°) d'application à partir du 10-1-2000

(°°) d'application à partir du 10-1-2000

(°°°) d'application à partir du 10-1-2000

(°°°°) d'application à partir du 10-1-2000

(°°°°°) d'application à partir du 10-1-2000

[I - A.R. 22-2-98 - M.B. 13-3; R - A.R. 5-6-08 - M.B. 24-6 - art. 1] (°)

[CHAPITRE IVBIS

OBLIGATION DE PAIEMENT LORS DE LA CONSULTATION DES DONNEES
D'ASSURABILITE D'UN BENEFICIAIRE]

[I - A.R. 22-2-98 - M.B. 13-3; R - A.R. 8-12-98 - M.B. 24-12 - éd. 1] (°°)

Art. 159bis. [R - A.R. 5-6-08 - M.B. 24-6 - art. 2] (°°°)

§ 1er. [R - A.R. 26-2-14 - M.B. 7-3 - éd. 2 - art. 7] (°°°°)

[L'utilisation d'un réseau électronique conformément à une méthodologie fixée par le comité de gestion de la plate-forme eHealth et l'application du régime du tiers payant dans le cadre d'une facturation électronique, compte tenu des données d'assurabilité obtenues par la consultation du réseau susvisé, vaut obligation de paiement par l'organisme assureur de la partie non à charge de l'assuré social]

[M - A.R. 26-2-14 - M.B. 7-3 - éd. 2 - art. 7] (°°°°°)

Cette obligation de paiement vaut pour la durée complète du mois civil dans lequel le réseau a été consulté [...]. Toutefois, pour chaque catégorie de dispensateur, la commission de convention ou d'accord compétente peut fixer un autre délai.

La preuve électronique mentionnée au premier alinéa peut être remplacée par une autre preuve dans les cas où la preuve électronique ne peut être apportée. Le Comité de l'assurance détermine les cas dans lesquels une preuve autre que la preuve électronique est autorisée et en fixe les modalités.

Les dispensateurs de soins sont tenus, pour cette consultation du réseau électronique, d'identifier le bénéficiaire :

[R - A.R. 26-2-14 - M.B. 7-3 - éd. 2 - art. 7] (°°°°°°)

1° [par la lecture électronique de sa carte d'identité sociale valide et délivrée conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 18 décembre 1996 portant des mesures en vue d'instaurer une carte d'identité sociale à l'usage de tous les assurés sociaux, en application des articles 38, 40, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions];

[M - A.R. 26-2-14 - M.B. 7-3 - éd. 2 - art. 7] (°°°°°°°)

2° par lecture de sa carte d'identité électronique visée par l'arrêté royal du 25 mars 2003 relatif aux cartes d'identité [ou de sa carte ISI+ valide visée par la loi du 29 janvier 2014 portant dispositions relatives à la carte d'identité sociale et la carte ISI+] et de vérifier cette identité;

(°) d'application à partir du 1-7-2008
(°°) d'application à partir du 1-1-1999
(°°°) d'application à partir du 1-7-2008
(°°°°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°°°°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°°°°°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°°°°°°) d'application à partir du 1-1-2014

3° par la lecture de son numéro d'identification à la sécurité sociale visé à l'article 1er, 4°, de l'arrêté royal du 18 décembre 1996 à l'aide d'une vignette avec codes-barres dont le modèle est déterminé par règlement conformément à l'article 22, 11°, de la loi.

Le moyen d'identification visé au 3° de l'alinéa précédent ne peut être utilisé que dans les cas où le bénéficiaire n'est pas présent lors de la prestation, et que sa présence simultanée et celle du dispensateur n'est pas réglementairement requise ou dans les cas de force majeure ou pour les prestations dispensées au domicile du bénéficiaire.

Les dispensateurs de soins ne peuvent, après s'être authentifiés, consulter par le biais du réseau électronique les données d'assurabilité d'un bénéficiaire que dans la mesure où cette consultation est nécessaire à l'accomplissement de leurs obligations dans le cadre du régime du tiers payant. Les dispensateurs de soins peuvent, sous leur responsabilité, et, selon des modalités à définir par le Comité de l'assurance donner mandat à une personne physique ou une personne morale pour effectuer cette consultation en leur nom et pour leur compte.]

[I - A.R. 10-2-06 - M.B. 27-2 - éd. 1]

§ 2. [Abrogé par : A.R. 26-2-14 – M.B. 7-3 – éd. 2 – art. 8] (°)

[I - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 15] (°°)

Art. 159ter. [Abrogé par : A.R. 26-2-14 – M.B. 7-3 – éd. 2 – art. 9] (°°°)

(°) d'application à partir du 1-1-2014
(°°) d'application à partir du 1-1-2008
(°°°) d'application à partir du 1-1-2014

CHAPITRE V

DE LA PUBLICITE DE LA REGLEMENTATION DE L'ASSURANCE, DES LISTES DES PERSONNES AGREES ET DES PERSONNES ET ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS AYANT ADHERE A UNE CONVENTION OU UN ACCORD

Art. 160. Les organismes assureurs sont tenus:

1° de tenir à la disposition des bénéficiaires dans leurs sièges locaux, régionaux et nationaux:

a) un exemplaire tenu à jour de la loi coordonnée, des arrêtés et règlements d'exécution de la loi coordonnée et des circulaires émanant de l'Institut;

b) un exemplaire complet et tenu à jour de la liste visée à l'article 22, 7°, de la loi coordonnée;

[M - A.R. 27-6-18 - M.B. 9-7 - art. 7] (°)

c) un exemplaire complet et tenu à jour de la liste des personnes et des établissements hospitaliers ayant adhéré à une convention ainsi que des médecins et praticiens de l'art de guérir qui sont réputés avoir adhéré à l'accord qui les concerne.

La documentation visée ci-dessus doit être disponible pendant les heures d'ouverture des locaux de manière telle qu'elle puisse être consultée facilement et sa présence doit être signalée dans les locaux accessibles au public par un avis très lisible apposé à un endroit apparent;

2° [M - A.R. 29-12-97- M.B. 31-12 - éd. 2; M - A.R. 1-7-08 - M.B. 23-7 - art. 16] (°°)

de faire parvenir, au moins une fois par an, aux bénéficiaires visés [à l'article 32] de la loi coordonnée, sauf ceux visés au 17° de l'article 32, alinéa 1er, un extrait de la liste visée au 1°, c) ci-dessus. Cet extrait doit au moins comporter d'une part, le nom des personnes qui ont un centre d'activité dans la commune du domicile du bénéficiaire ou dans les communes limitrophes, et d'autre part, la dénomination des établissements hospitaliers situés dans l'arrondissement administratif de la commune du bénéficiaire.

La communication de cet extrait doit se faire dans les deux mois qui suivent la communication des listes par le Service des soins de santé aux organismes assureurs, soit par une remise ou un envoi individuels, soit par publication dans un périodique mutualiste adressé aux bénéficiaires précités.

Dans les deux cas, la communication comporte la recommandation de conserver soigneusement l'extrait en cause et l'indication de la possibilité de consulter les listes complètes pour tout le pays dans les locaux de l'organisme assureur.

(°) modification uniquement en NL
(°°) d'application à partir du 1-1-2008

[M - A.R. 8-8-97 - M.B. 11-10]

Toute décision visée à l'article 311, concernant une des personnes ou établissements repris sur l'extrait adressé au bénéficiaire, lui est communiquée dans les quinze jours à dater de la réception de l'information par le Service du contrôle médical.

[I - A.R. 24-11-97 - M.B. 23-12] (°)

CHAPITRE VI

NOTIFICATIONS ET MENTIONS EN EXECUTION DE LA CHARTE DE L'ASSURE SOCIAL

[I - A.R. 24-11-97 - M.B. 23-12] (°°)

Art. 160bis. Sous réserve des dispositions de l'article 160ter, la notification, visée à l'article 7 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la "charte" de l'assuré social, n'est pas requise pour les décisions d'octroi d'interventions en matière de soins de santé. Ces décisions sont également exemptées des obligations prévues à l'article 14.

Pour le paiement des interventions en matière de soins de santé aux guichets des organismes assureurs, une quittance est délivrée, qui contient les mentions fixées par le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions, après avis du Comité du Service du contrôle administratif.

Pour le paiement des interventions en matière de soins de santé, effectué par compte bancaire ou compte chèque postal, une quittance est envoyée une fois par trimestre aux bénéficiaires, par lettre ordinaire, qui contient les mentions fixées par le Ministre qui a les affaires sociales dans ses attributions, après avis du Comité du Service du contrôle administratif.

[I - A.R. 24-11-97- M.B. 23-12; M – A.R. 27-6-18 – M.B. 9-7 – art. 7] (°°°)

Art. 160ter. Les décisions d'octroi d'interventions en matière de soins de santé, prises par le Collège des médecins-directeurs, par le Conseil technique dentaire ou par le Collège national des médecins-conseils, sont notifiées par l'organisme assureur à l'intéressé par lettre ordinaire. Ces décisions sont motivées et contiennent les mentions visées à l'article 14, 5° et 6° de la loi précitée du 11 avril 1995.

(°) d'application à partir du 1-1-1997

(°°) d'application à partir du 1-1-1997; les alinéas 2 et 3 d'application à partir du 23-12-97. En attendant que le Ministre fixe les mentions qui doivent figurer sur la quittance, une quittance récapitulative ne doit être délivrée au bénéficiaire qu'à sa demande expresse

(°°°) modification uniquement en NL

[I - A.R. 24-11-97 - M.B. 23-12] (°)

Art. 160quater. La notification, visée à l'article 7 de la loi du 11 avril 1995 n'est pas exigée pour la décision relative à l'ouverture du droit aux interventions de l'assurance soins de santé ou à la prolongation de ce droit, dont il est question aux articles 122 et 123 de la loi coordonnée. La décision est communiquée au bénéficiaire par l'envoi, par lettre ordinaire, de la carte d'assurance visée à l'article 253, conjointement avec des explications à propos des mentions qui figurent sur la carte. La communication contient également les mentions visées à l'article 14, 5° et 6° de la loi précitée du 11 avril 1995.

[I - A.R. 24-11-97 - M.B. 23-12] (°°)

Art. 160quinquies. Les décisions de refus ou de refus partiel d'une intervention en matière de soins de santé, basées sur une appréciation médicale requise explicitement par la loi coordonnée ou par ses arrêtés d'exécution, à la suite d'une demande écrite, signée par le bénéficiaire ou son représentant légal, sont notifiées à l'intéressé par lettre ordinaire qui contient les mentions dont question à l'article 14 de la loi précitée du 11 avril 1995.

Il ne faut pas notifier les autres décisions de refus d'une intervention en matière de soins de santé, à la suite d'une demande écrite, signée par le bénéficiaire ou son représentant légal, tel qu'il est prévu à l'article 7 de la loi précitée du 11 avril 1995. Ces décisions sont cependant communiquées à l'intéressé par lettre ordinaire, qui mentionne la faculté pour l'intéressé de demander une révision dans le délai de deux ans, conformément à l'article 174 de la loi coordonnée, ainsi que la faculté d'intenter un recours devant la juridiction compétente dans le même délai en cas de désaccord avec sa mutualité. En outre, les décisions reprennent également les mentions de l'article 14, 5° et 6° de la loi précitée du 11 avril 1995.

[I - A.R. 24-11-97 - M.B. 23-12] (°°°)

Art. 160sexies. Lors d'un paiement par la voie financière, le formulaire de paiement mentionne au minimum une caractéristique d'identification de l'opération.

(°) d'application à partir du 1-1-1997
(°°) d'application à partir du 1-1-1997
(°°°) d'application à partir du 1-1-1997