

Art. 198^{sexies}. Les avis émis par le Conseil technique médical dans le cadre des missions qui lui sont attribuées par l'article 85, alinéa 1er, 1° et 3° de la loi coordonnée sont communiqués par son président au Comité de gestion du Service des indemnités et au Conseil médical de l'invalidité.

Les avis émis par le Conseil technique médical dans le cadre des missions qui lui sont attribuées par l'article 85, alinéa 1er, 2° de la loi coordonnée, sont communiqués au Conseil médical de l'invalidité.

Art. 198^{septies}. Le conseil établit son règlement d'ordre intérieur.”.

Art. 2. Notre Ministre des Affaires sociales est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 avril 1999.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN

Art. 198^{sexies}. De adviezen die door de Technisch medische raad worden uitgebracht, in het raam van de hem in artikel 85, eerste lid, 1° en 3° van de gecoördineerde wet toevertrouwde taken, worden door zijn voorzitter meegedeeld aan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen en aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit.

De adviezen die door de Technisch medische raad worden uitgebracht, in het raam van de hem in artikel 85, eerste lid, 2° van de gecoördineerde wet toevertrouwde taken, worden aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit meegedeeld.

Art. 198^{septies}. De raad stelt zijn huishoudelijk reglement op.”.

Art. 2. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 27 april 1999.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

F. 99 — 1745

[C - 99/22250]

8 MARS 1999. — Règlement modifiant le règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment les articles 22, 11° et 53;

Vu le règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 3;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 8 mars 1999,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 3 du règlement du 16 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les mots « chapitre VII^{duodecies} » sont remplacés par les mots « chapitre VII^{terdecies} », les mots « Art. 9^{septies decies} » sont remplacés par les mots « Art. 9^{octies decies} » et les mots « Art. 9^{octies decies} » sont remplacés par les mots « Art. 9^{nonies decies} ».

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 1999.

Bruxelles, le 8 mars 1999.

Le Fonctionnaire dirigeant,
(signé) F. Praet.

Le Président,
(signé) D. Sauer.

N. 99 — 1745

[C - 99/22250]

8 MAART 1999. — Verordening tot wijziging van de verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikelen 22, 11° en 53;

Gelet op de verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering, voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op artikel 3;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 8 maart 1999,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 1 van de verordening van 16 november 1998 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden de woorden « hoofdstuk VII^{duodecies} » vervangen door de woorden « hoofdstuk VII^{terdecies} », de woorden « Art. 9^{septies decies} » vervangen door de woorden « Art. 9^{octies decies} » en de woorden « Art. 9^{octies decies} » vervangen door de woorden « Art. 9^{nonies decies} ».

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 1999.

Brussel, 8 maart 1999.

De Leidend Ambtenaar,
(get.) F. Praet.

De Voorzitter,
(get.) D. Sauer.

F. 99 — 1746

[C - 99/22400]

26 AVRIL 1999. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

N. 99 — 1746

[C - 99/22400]

26 APRIL 1999. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 26 avril 1999,

Arrête :

Article 1^{er}. Les dispositions de l'article 9 de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. 9. § 1^{er}. Lorsqu'il n'est pas possible, de manière ambulatoire, de poser un diagnostic, d'appliquer une thérapeutique ou d'isoler effectivement un contagieux, le bénéficiaire peut être hospitalisé dans un service hospitalier agréé à cet effet par le Ministre compétent en la matière.

Une déclaration d'hospitalisation est établie par le praticien de l'art de guérir travaillant ou admis dans un hôpital et versée par l'hôpital dans le dossier administratif du malade. Le médecin qui effectue la surveillance du bénéficiaire hospitalisé, fait sortir celui-ci dès que les conditions d'hospitalisation prévues à l'alinéa premier ne sont plus remplies. Le médecin-conseil de l'organisme assureur peut cependant constater que les conditions d'hospitalisation prévues à l'alinéa 1^{er} ne sont plus remplies : dans ces cas, il est mis fin à l'intervention de l'assurance dans les frais d'hospitalisation.

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

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

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

§ 2. 1. Lors de chaque hospitalisation d'un bénéficiaire, l'établissement hospitalier envoie à l'organisme assureur, dans les trois jours ouvrables qui suivent le jour de l'admission, une notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement établie en double exemplaire, conforme aux modèles figurant aux annexes 47, a et b.

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

Les organismes assureurs sont habilités à communiquer leur décision quant à la prise en charge des frais découlant de l'hospitalisation d'un bénéficiaire, dans le délai fixé à l'alinéa premier du présent point 2, et ce, par le biais d'un document d'engagement de paiement ou de refus d'engagement de paiement qu'ils ont rédigé conformément aux modèles figurant aux annexes 47, c et d.

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 26 april 1999,

Besluit :

Artikel 1. De bepalingen van artikel 9 van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden vervangen door de volgende bepalingen :

« Art. 9. § 1. Wanneer het niet mogelijk is op ambulante wijze een diagnose te stellen, een therapie toe te passen of een besmettelijke zieke daadwerkelijk af te zonderen, mag de rechthebbende worden opgenomen in een ziekenhuisdienst die daartoe is erkend door de daarvoor bevoegde Minister.

Een verklaring van opneming wordt opgemaakt door de beoefenaar van de geneeskunst, werkzaam of toegelaten in een ziekenhuis, en wordt door het ziekenhuis bij het administratief dossier van de zieke gevoegd. De geneesheer die het toezicht uitoefent op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende, ontslaat deze zodra de in het eerste lid vermelde voorwaarden tot opneming niet meer vervuld zijn. De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling kan nochtans vaststellen dat de voorwaarden voor ziekenhuisopneming, vermeld in het eerste lid, niet meer vervuld zijn : in die gevallen wordt een einde gemaakt aan de verzekeringstegemoetkoming in de verpleegkosten.

Voor de rechthebbenden die krachtens een beschermingsmaatregel zijn opgenomen (wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke), worden de opneming en de ziekenhuisverpleging als vereist beschouwd.

De opzegging of wijziging door de verzekeringsinstelling van een betalingsverbintenis waarvan vroeger kennis is gegeven, kan nooit terugwerkende kracht hebben. Een dergelijke opzegging of wijziging heeft op zijn vroegst uitwerking de dag van ontvangst ervan door de verplegingsinrichting.

Evenwel wat de psychiatrische inrichtingen betreft, in geval van kennisgeving van een wijziging met terugwerkende kracht van de hoegrootheid van de verzekeringstegemoetkoming in functie van de reglementaire tegemoetkomingscriteria, gaat de inrichting, op verzoek van de verzekeringsinstelling, over tot de regularisatie van de bedragen die moeten worden verbeterd, voor zover op het ogenblik dat zij de kennisgeving ontvangt, de rechthebbende steeds ter verpleging is opgenomen en de periode waarop de regularisatie betrekking heeft, niet meer dan zes maanden bedraagt. In de andere gevallen wordt de regularisatie ten aanzien van de rechthebbende door de verzekeringsinstelling verricht.

§ 2. 1. Bij elke opneming van een rechthebbende in het ziekenhuis zendt de verplegingsinrichting, binnen drie werkdagen na de dag van de opneming, aan de verzekeringsinstelling een in tweevoud opgemaakte kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis conform de modellen vervat in bijlage 47, a en b.

2. Binnen drie werkdagen na de dag van ontvangst van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis, stuurt de verzekeringsinstelling één exemplaar van dat bescheid terug naar de verplegingsinrichting ter kennisgeving van haar akkoord tot tenlasteneming of geeft ze kennis aan de verplegingsinrichting van haar eventuele weigering om de betalingsverbintenis af te leveren.

De verzekeringsinstellingen zijn gemachtigd om hun beslissing inzake de tenlasteneming van de kosten voortkomend uit de opneming van een rechthebbende bekend te maken binnen de termijn die in het eerste lid van onderhavig punt 2 is bepaald, via een document van betalingsverbintenis of van weigering tot betalingsverbintenis dat door hen conform de modellen vervat in bijlage 47, c en d is opgesteld.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 7. Pour l'application du présent article :

- le samedi n'est pas considéré comme jour ouvrable;

- les congés accordés dans le cadre de l'application des conventions nationales conclues entre les hôpitaux et les organismes assureurs, ainsi que les congés de fin de semaine sont censés ne pas interrompre l'hospitalisation.

3. De kennisgeving van akkoord tot tenlasteneming of van weigering geldt vanaf het begin van de ziekenhuisverpleging.

4. Voor zover de verplegingsinrichting de vormen en termijnen in acht heeft genomen die onder § 2.1. zijn vastgesteld voor het doorzenden van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis, wordt de betalingsverbintenis als verworven beschouwd indien de verzekeringsinstelling de onder § 2.2. bepaalde formaliteiten niet binnen de vastgestelde termijn vervult.

5. In geval van een beschermingsmaatregel (wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke) is de inrichting verplicht om bij het document "Kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis" een afschrift te voegen van het advies waarbij de vrederechter of, in spoedeisend geval, de Procureur des Konings, eist dat tot de opnemings van een rechthebbende zou worden overgegaan of, op zijn minst, dat dit document binnen de 8 dagen na de opnemings aan de verzekeringsinstelling zou worden toegezonden.

6. De verzekeringsinstelling mag de nietigheid van een betalingsverbintenis waarvan reeds kennis is gegeven, niet aanvoeren om redenen van verzekerbaarheid.

§ 3. Indien de ziekenhuisverpleging langer duurt dan vijftien kalenderdagen, zendt het ziekenhuis, uiterlijk de vijftiende dag van de ziekenhuisverpleging, aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling een aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging in drie exemplaren conform de modellen vervat in bijlagen 48, a, 48, b en 48, c. Deze bepaling sluit niet uit dat de bevoegde controleorganen tussenbeide kunnen komen tijdens een opnemings in een ziekenhuis waarvan de duur gelijk is aan of korter is dan vijftien dagen.

De adviserend geneesheer geeft aan het ziekenhuis kennis van zijn beslissing binnen twee werkdagen na de dag van ontvangst van de aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging.

Telkens wanneer de ziekenhuisverpleging langer duurt dan het door de adviserend geneesheer vastgestelde tijdvak, zendt het ziekenhuis, uiterlijk de laatste dag van dat tijdvak, aan de adviserend geneesheer een nieuwe aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging.

Het ziekenhuis voegt een exemplaar van de aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging bij de verpleegnota die het naar de verzekeringsinstelling stuurt. Indien dat bescheid ook latere verpleegnota's voor eenzelfde rechthebbende dekt, wordt op de verpleegnota's het doorzenden van dat bescheid in herinnering gebracht met opgave van datum en kenmerken van de verpleegnota waarbij dat bescheid was gevoegd.

§ 4. In geval van een beschermingsmaatregel, wanneer het verder verblijf in de instelling na opnemings ter observatie noodzakelijk wordt geacht, en conform de bepalingen van artikel 13 van de voornoemde wet van 26 juni 1990 is beslist, zendt het ziekenhuis, uiterlijk de 40e dag van de ziekenhuisverpleging, een aanvraag om verlenging van ziekenhuisverpleging aan de adviserend geneesheer zoals bedoeld in het eerste lid van punt 1 van § 2. Die verlenging van ziekenhuisverpleging wordt toegekend voor een periode van maximum 2 jaar : van deze verlenging wordt binnen de in het tweede lid van punt 1 van § 2 vermelde termijnen kennis gegeven; ze kan telkens worden vernieuwd voor nieuwe periodes van 2 jaar.

§ 5. Bij elk ontslag uit het ziekenhuis zendt dit laatste, binnen twee werkdagen na de laatste dag van ziekenhuisverpleging, aan de adviserend geneesheer een kennisgeving van einde ziekenhuisverpleging in twee exemplaren conform de modellen vervat in bijlage 49, a en 49, b.

§ 6. In geval van herhaalde vertraging in het verzenden van de bescheiden waarin is voorzien in de §§ 2, 3, 4 en 5, verwittigt de verzekeringsinstelling het ziekenhuis daarvan met een aangetekende brief. Indien het ziekenhuis binnen dertig dagen geen enkele maatregel heeft genomen om een regelmatig toezenden van de bescheiden te waarborgen, mag de verzekeringsinstelling de tegemoetkoming van de ziekteverzekering bij elke late toezending weigeren voor de verpleegkosten die overeenstemmen met de dagen vertraging.

Het ziekenhuis mag de verpleegkosten met betrekking tot de dagen waarvoor de tegemoetkoming aldus geweigerd is, niet aanrekenen aan de rechthebbende.

§ 7. Voor de toepassing van dit artikel :

- wordt de zaterdag niet als werkdag beschouwd;

- worden de verloven toegestaan in het raam van de toepassing van de nationale overeenkomsten, afgesloten tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen, alsmede de weekeindverloven geacht de opnemings niet te onderbreken.

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

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

Art. 2. A l'article 9septies-ter sont apportées les modifications suivantes :

- le § 1^{er} est remplacé par la disposition suivante :

« § 1^{er}. Les notes d'hospitalisation visées à l'article 9ter, § 1^{er}, 8°, du présent arrêté sont établies par périodes de séjour clôturées. Toutefois, lorsque l'hospitalisation dure plus de trente jours, une note d'hospitalisation partielle est établie, qui est clôturée une fois par mois. Quel que soit le nombre de journées d'entretien :

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

b) une note d'hospitalisation partielle peut exceptionnellement être établie chaque 31 mars, 30 juin et 30 septembre.

- le § 5 est restauré dans la formulation suivante :

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

Art. 3. A l'article 9septies-quater sont apportées les modifications suivantes :

- le § 1^{er} est remplacé par la disposition suivante :

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

- le § 5 est restauré dans la formulation suivante :

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

Art. 4. Le présent règlement entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 26 avril 1999.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. Praet.

Le Président,

D. Sauer.

§ 8. De Dienst voor geneeskundige verzorging mag afwijkingen toestaan in verband met de in §§ 2, 3, en 5 bepaalde modellen, voor zover die afwijkingen de basistekst in de vastgestelde volgorde, het eenvormig formaat en de mogelijkheid van rechtstreekse doordruk waarborgen.

§ 9. Behoudens andersluidend schriftelijk verzoek van de verzekeringsinstelling, moeten de in de §§ 2, 3 en 5 bedoelde bescheiden rechtstreeks aan de zetel van het betrokken ziekenfonds, gewestelijke dienst of aan het gewestelijk geneeskundig centrum van de Kas der geneeskundige verzorging van de N.M.B.S. worden verzonden. »

Art. 2. In artikel 9septies-ter worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- § 1 wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 1. De in artikel 9ter, § 1, 8°, van dit besluit bedoelde verpleegnota's worden opgemaakt per afgesloten verblijfperioden. Wanneer evenwel de verpleging langer duurt dan dertig dagen, wordt een gedeeltelijke verpleegnota opgemaakt die eens per maand wordt afgesloten. Onafgezien het aantal verpleegdagen :

a) moet in elk geval een gedeeltelijke verpleegnota worden opgemaakt op 31 december van elk jaar;

b) kan uitzonderlijk een gedeeltelijke verpleegnota worden opgemaakt telkens op 31 maart, op 30 juni en op 30 september.

- § 5 wordt terug ingevoegd in de volgende formulering :

« § 5. Voor zover de documenten die nodig zijn voor de facturering en de magnetische dragers zijn ingediend vóór de 20e van de 2e maand na die van afsluiting zoals bepaald in § 1 van onderhavig artikel, geeft het niet betalen binnen de in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet van 14 juli 1994 bepaalde termijn recht op de in hetzelfde besluit bedoelde verwijlintresten. Die verwijlintresten zijn verschuldigd vanaf de eerste dag na de in evengenoemd artikel 2 bepaalde termijn, zonder ingebrekestelling. »

Art. 3. In artikel 9septies-quater worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- § 1 wordt vervangen door de volgende bepaling :

« § 1. De psychiatrische inrichting is ertoe gehouden haar per kalenderkwartaal opgemaakte verpleegnota's met een gezamenlijke zending in te dienen bij de nationale zetel van de verzekeringsinstelling, behoudens andersluidend bericht van die instelling, binnen de twee maand volgend op het kwartaal waarop ze betrekking hebben. »

- § 5 wordt terug ingevoegd in de volgende formulering :

« § 5. Voor zover de documenten die nodig zijn voor de facturering en de magnetische dragers zijn ingediend vóór de 20e van de 2e maand na die van afsluiting zoals bepaald in § 1 van onderhavig artikel, geeft het niet betalen binnen de in artikel 2 van het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet van 14 juli 1994 bepaalde termijn recht op de in hetzelfde besluit bedoelde verwijlintresten. Die verwijlintresten zijn verschuldigd vanaf de eerste dag na de in evengenoemd artikel 2 bepaalde termijn, zonder ingebrekestelling. »

Art. 4. Deze verordening treedt in werking op de dag dat het bekendgemaakt wordt in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 26 april 1999.

De Leidend Ambtenaar,

F. Praet.

De Voorzitter,

D. Sauer.