



INAMI Institut national d'assura

[Liste des documents](#)[Recherche](#)En vigueur le 01/09/2023
(aujourd'hui *)Dernière mise à jour:
18/07/2023

A.R. 23-3-1982: intervention personnelle des bénéficiaires ou intervention de l'assurance dans les honoraires pour certaines prestations

Résumé: Numac texte: 1982000423 - p. 3345

Historique à partir du 1-4-2004

Pour des raisons de faisabilité, cet arrêté a été introduit dans docleg SANS HISTORIQUE COMPLET. Tous les articles ont été introduits avec la même date d'application, c'est-à-dire: la dernière date d'application de ce texte au moment de l'introduction dans docleg. Pour voir la date d'application correcte, vous devez cliquer sur le POINT D'EXCLAMATION VERT. Lorsqu'il n'y a pas de point d'exclamation, le texte entre en vigueur 10 jours après la parution. Lorsque le texte introduit en docleg est modifié ou remplacé, vous trouvez l'information sur la date d'application en cliquant sur LA BOULE VERTE

Note: Texte mis à jour jusqu'au: M.B. 15-3-2023 - Numac modificatif: 2023040946

Arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations

Article 1er.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance prévue 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](#), dans les honoraires pour les consultations du médecin de médecine générale et les suppléments d'urgences, visées à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est fixée à 1,50 EUR pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 101010, 101032, 101054, 101076.

Les bénéficiaires ne doivent pas payer d'intervention personnelle pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 102410, 102432, 102454 et 102476.

Art. 1bis.

Les bénéficiaires ne doivent pas payer d'intervention personnelle pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 103095 et 103692.

Art. 2.

§ 1er. L'intervention personnelle du bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'[article 37, §§ 1er et 19 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994](#) précitée, dans les honoraires pour les visites du médecin généraliste sur base de droits acquis et pour les suppléments d'urgences, visées à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée comme suit :

- 1° 2,66 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 103110;
- 2° 2,07 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 103213;
- 3° 1,74 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 103235;
- 4° Abrogé par: A.R. 19-2-2013 - M.B. 28-3 - art. 2
- 5° 4,21 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104510;
- 6° 5,84 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104532;
- 7° 4,52 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104554;
- 8° 7,68 p.c. des honoraires pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104591;
- 9° 8,77 p.c. des honoraires pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104613;
- 10° 7,27 p.c. des honoraires pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104635;
- 11° Abrogé par: A.R. 19-2-2013 - M.B. 28-3 - art. 2

Les montants visés au présent article sont déterminés sur base de la moyenne arithmétique de l'indice santé du mois de juin 2008 et de l'indice des 3 mois précédents et évoluent de la même manière que les tarifs d'honoraires ou, le cas échéant, que la base de calcul de l'intervention de l'assurance.

Les taux visés au présent article sont déterminés en fonction des honoraires prévus par les accords visés à l'[article 50 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994](#) précitée ou par le document visé à l'[article 51, § 1er, alinéa 6, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994](#) précitée, ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier ou de l'[article 50, § 11, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994](#) précitée.

§ 2. L'intervention personnelle du bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'[article 37, §§ 1er et 19 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994](#) précitée, dans les honoraires pour les visites du médecin généraliste et pour les suppléments d'urgences, visées à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est limitée comme suit :

- 1° 2,63 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 103132;
- 2° 2,08 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 103412;
- 3° 1,75 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 103434;
- 4° Abrogé par: A.R. 19-2-2013 - M.B. 28-3 - art. 2
- 5° 4,10 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104215;
- 6° 6,12 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104230;
- 7° 4,37 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104252;

8° 0,72 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104296;

9° 1,51 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104311;

10° 0,50 EUR pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 104333;

11° Abrogé par: A.R. 19-2-2013 - M.B. 28-3 - art. 2

Les montants visés au présent article sont déterminés sur base de la moyenne arithmétique de l'indice santé du mois de juin 2008 et de l'indice des 3 mois précédents et évoluent de la même manière que les tarifs d'honoraires ou, le cas échéant, que la base de calcul de l'intervention de l'assurance.

Les taux visés au présent article sont déterminés en fonction des honoraires prévus par les accords visés à l'[article 50 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994](#) précitée ou par le document visé à l'[article 51, § 1er, alinéa 6, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994](#) précitée, ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier ou de l'[article 50, § 11, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994](#) précitée.

§ 3. L'intervention personnelle des pensionnés, veufs et veuves, orphelins et bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité visés à l'[article 1er](#), est, pour les prestations 103751, 103773, 103795, 103810 et 103832, limitée respectivement à 46 francs, 38 francs, 48 francs, 46 francs et 38 francs.

§ 4. L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous les numéros de code 103110, 103213, 103235, 103316, 103331, 103353 et 104650 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global, reprise sous le numéro de code 101010.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans la visite du médecin généraliste reprise sous le numéro de code 104510 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101010, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104635.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans la visite du médecin généraliste reprise sous le numéro de code 104532 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101010, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104613.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous les numéros de code 104554 et 104576 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101010, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104591.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous les numéros de code 103132, 103412, 103434, 103515, 103530, 103552 et 104355 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global, reprise sous le numéro de code 101032.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous le numéro de code 104215 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101032, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104333.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous le numéro de code 104230 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101032, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104311.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de moins de 10 ans dans les visites du médecin généraliste reprises sous les numéros de code 104252 et 104274 est limitée à maximum deux fois l'intervention personnelle dudit bénéficiaire dans le coût d'une consultation dans le cadre du dossier médical global reprise sous le numéro de code 101032, augmentée de l'intervention personnelle du supplément pour visites urgentes, repris sous le numéro de code 104296.

Art. 3.

Pour les bénéficiaires qui bénéficient de l'intervention majorée visée à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi précitée et pour lesquels est effectuée la prestation désignée par le numéro d'ordre 102771 visée à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984, le montant de l'intervention personnelle est :

1° limité à 1,00 euro pour les consultations désignées par les numéros d'ordre 101010, 101032, 101054 et 101076

2° diminué de 30 p.c. pour les visites désignées par les numéros d'ordre 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, 103913 et 104112, et à condition que le bénéficiaire soit âgé de plus de 75 ans ou à compter du jour où l'organisme assureur est en possession de la preuve que le bénéficiaire remplit au cours de l'année civile courant ou précédente les conditions fixées à l' [article 2, 2\), de l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.](#)

Le droit à la limitation ou à la diminution de l'intervention personnelle visée à l'alinéa 1er s'ouvre le jour où la prestation désignée par le numéro d'ordre 102771 précitée est dispensée et est valable à partir de ce jour jusqu'au 31 décembre de la deuxième année civile suivante. Si ce droit se termine le 31 décembre 2020 ou le 31 décembre 2021, il est automatiquement prolongé jusqu'au 31 décembre 2022.

Dans les situations où il est fait application par l'organisme assureur de l'arrêté royal du 25 juillet 2014 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global, le droit à la diminution de l'intervention personnelle est valable jusqu'au 31 décembre de la deuxième année civile après l'année pour laquelle l'arrêté royal susnommé a été appliqué. La disposition du présent alinéa s'applique aux bénéficiaires qui ont droit à la réduction de l'intervention personnelle en application du présent article le 31 décembre 2013. Dans les situations où il est fait application par l'organisme assureur de l'arrêté royal du 23 décembre 2021 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global, le droit à la diminution de l'intervention personnelle est valable jusqu'au 31 décembre de la deuxième année civile après l'année pour laquelle l'arrêté royal susnommé a été appliqué. La disposition du présent alinéa s'applique aux bénéficiaires qui ont droit à la réduction de l'intervention personnelle en application du présent article le 31 décembre 2020.

Le droit à la limitation ou à la diminution de l'intervention personnelle pour les prestations visées à l'alinéa 1er vaut uniquement pour autant qu'elles soient dispensées par le médecin généraliste qui a accès aux données du dossier médical global.

Si ce médecin généraliste n'est pas le médecin généraliste qui gère le dossier médical global ou un membre du même regroupement enregistré tel que visé à l'article 2, 6°, de l'arrêté royal du 23 décembre 2021 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global, il mentionne sur l'attestation de soins donnés la lettre G suivi par le numéro d'identification INAMI du médecin généraliste qui gère le dossier médical global. La mention implique que le médecin généraliste a accès aux données du dossier médical global et qu'il a obtenu le consentement du bénéficiaire.

Les bénéficiaires qui conformément à l'[article 2](#) précité, satisfont aux conditions fixées pour l'attestation de la prestation 102771 ne doivent pas payer d'intervention personnelle dans les honoraires en question.

Toutefois, la diminution de l'intervention personnelle visée à l'alinéa précédent, ne s'applique pas pour les visites désignées par les numéros d'ordre 103213, 103235 et 104112 effectuées au(x) bénéficiaire(s) dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins.

Les bénéficiaires qui conformément à l'[article 2](#) précité, satisfont aux conditions fixées pour l'attestation des prestations 102771 et 102395, ne doivent pas payer d'intervention personnelle dans les honoraires en question. Néanmoins, la suppression de l'intervention personnelle dans les honoraires de la prestation 102395 n'est autorisée que durant une période d'essai prédéterminée, de durée limitée, à savoir du 1er avril 2011 au 31 décembre 2013.

Les bénéficiaires qui, conformément à l'[article 2](#) précité satisfont à la condition fixée pour l'attestation de la prestation 102852, ne doivent pas payer d'intervention personnelle dans l'honoraire en question.

Art. 4.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, pour les consultations des médecins spécialistes visés à l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée comme suit :

1° 3 euros pour les prestations désignées par les numéros d'ordres : 101275, 101290, 101592, 101614, 101636, 101651, 102012, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102233, 102255, 102270, 102292, 102314, 102336, 102351, 102373, 102535, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102734, 102756, , 102874, 102896, 102911, 102933, 102955, 102970, 102992, 103456, 103471, 103250, 105372, 105394, 105416, 105431, 104543; 105475, 105490, 105512, 105534, 105556, 105571, 105593, 105615, 105630, 105652, 105674, 105696, 105711, 105733, 105755, 105770, 105792, 105814, 105851, 105873, 105895, 105910, 105932, 105954, 105976, 105991, 106455, 106570, 106293, 106315, 106330, 106352, 106374, 106396, 106411, 106433, 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 et 105195 ;

2° 2,50 euros pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 102513 ;

3° 1,00 euro pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 102491.

Le bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, ne doit pas payer d'intervention personnelle pour les prestations 106492, 106514 et 106536 visées à l'article 2, B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Aucun bénéficiaire n'est redevable d'intervention personnelle dans les honoraires pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 105291 - 105302, 105313 - 105324, 105335 - 105346 et 105350 - 105361 visées à l'article 2, B/1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Art. 4bis.

Lorsque les prestations visées aux articles [2](#), [§ 3](#), et [4](#) sont effectuées par un médecin candidat-spécialiste ou ex-candidat-spécialiste dans les conditions fixées respectivement aux §§ 2 et 4bis de l'article 10, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, l'intervention personnelle des bénéficiaires visés auxdits articles est limitée à 75 p.c. des montants y prévus.

Art. 4ter.

Abrogé par: A.R. 2-10-2011 - art. 3 - M.B. 18-10 (avant alinéa 1er)

Pour le bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'[article 37, §§ 1er et 19, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994](#) précitée, l'intervention personnelle pour les prestations 103132, 103412,

103434, ..., 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333 et ..., visées à l'[article 2, § 2](#), est limitée à 75 p.c. des montants fixés sur base des dispositions susvisées, lorsqu'elles sont effectuées par un médecin stagiaire dans les conditions visés à l'article 1er, § 4ter, 2), c), 2e alinéa, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Art. 4quater.

§ 1er. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les consultations à distance visées à l'article 37 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 est fixée comme suit :

1° 4 euros pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 101673 et 101695 ;

2° 3,5 euros pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 101710 ;

3° 2 euros pour la prestation désignée par le numéro d'ordre 101732.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1er, l'intervention personnelle pour le bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'[article 37, §§ 1er et 19, de la loi du 14 juillet 1994](#) précitée, est fixée à 1 euro.

Art. 5.

L'intervention personnelle du bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'article 37, §§ 1er et 19, de la loi, coordonnée le 14 juillet 1994, précitée, est fixée comme suit :

1° 10 EUR pour les prestations 590516, 590553, 590590, 590634, 590671, 590715, 590752 en 590796 visées à l'article 25, § 3bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

2° 1,50 EUR pour les prestations 590531, 590575, 590612, 590656, 590693, 590730, 590774 et 590811 visées à l'article 25, § 3bis, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Les bénéficiaires ne doivent pas payer d'intervention personnelle pour les prestations 590391, 590450, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995, 590833 et 590855 visées à l'article 25, § 3bis de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Les montants visés aux 1° et 2° de l'alinéa premier sont déterminés sur base de la moyenne arithmétique de l'indice de santé 116,04 du mois de juin 2005 et évoluent de la même manière que les tarifs d'honoraires ou, le cas échéant, que la base de calcul de l'intervention de l'assurance.

Art. 6.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans l'indemnité supplémentaire de déplacement due, dans certaines régions, au médecin de médecine générale à l'occasion d'une prestation effectuée au domicile d'un bénéficiaire est fixée, par kilomètre parcouru à l'aller et au retour, à 25 p.c. de 7,22 francs.

Art. 7.

§ 1er. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 7, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité est fixée en annexe 2.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût des prestations visées à l'article 22, II, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée à 40 p.c. des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994, ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier ou de l'article 50, § 11, alinéa 1er, de la loi précitée du 14 juillet 1994; toutefois, en ce qui concerne les bénéficiaires qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'article 37, § 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, cette intervention personnelle est fixée à 20 p.c. desdits honoraires.

Cependant, les taux des interventions personnelles cités à l'alinéa 2 sont portés à 35 p.c. et 17,5 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806 visées à l'article 22, II, a) de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

§ 2. Les taux des interventions personnelles prévus au paragraphe 1er, sont réduits, pour les prestations visées à l'article 22, II, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de médecin spécialiste en rhumatologie ou au titre de médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, respectivement à :

1° 25 p.c. et 10 p.c. pour les prestations telles que mentionnées à l'alinéa 1er du paragraphe 1er;

2° 30 p.c. et 12 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806 telles que mentionnées à l'alinéa 2, 1°, du paragraphe 1er.

§ 3. Les taux des interventions personnelles prévues au paragraphe 1er sont réduits, pour les bénéficiaires visés au présent paragraphe, respectivement à :

1° 25 p.c. et à 10 p.c. pour les prestations telles que mentionnées à l'alinéa 2 du paragraphe 1er;

2° 21,8 p.c. et 8,6 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806, telles que mentionnées à l'alinéa 3 du paragraphe 1er.

La disposition visée à l'alinéa 1er du présent paragraphe est applicable :

1° pour le bénéficiaire hospitalisé ou l'ayant été :

a) lorsqu'il reçoit ou a reçu l'un des traitements de réanimation visés à l'article 13, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

b) lorsqu'il a subi l'une des interventions chirurgicales visées à l'article 14, k), I, § 1er et III, b), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, dont la valeur relative est égale ou supérieure à N 200, à l'exclusion de la prestation 280092 - 280103;

c) lorsqu'il a subi l'une des interventions chirurgicales visées à l'article 14 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, dont la valeur relative est supérieure à K 225 ou à N 375;

d) lorsqu'il a subi une des prestations 226936 - 226940 N 300 visées à l'article 14, e), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

2° pour le bénéficiaire à l'hospitalisation duquel il a été mis fin, mais à qui une allocation pour l'assistance aux actes de la vie journalière est octroyée;

3° pour le bénéficiaire qui a un besoin accru de kinésithérapie ou physiothérapie pour une des affections suivantes :

a) paralysie périphérique étendue : monoplégie, syndrome de Guillain Barré;

b) affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu comme, par exemple, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et la sclérose latérale amyotrophique,...;

c) séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (comme par exemple, infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy", hémiplégie, spina bifida, syndrome cérébelleux,...);

d) suites de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou pendant la phase évolutive;

e) 1. perte fonctionnelle importante d'un membre suite à une agénésie du membre ou à une dysmélie affectant l'anatomie de ses différents segments;

2. perte fonctionnelle globale d'un membre suite à une amputation, pendant la période d'adaptation;

3. perte fonctionnelle globale post-traumatique d'un membre, pendant la période évolutive;

f) pied bot varus équin chez l'enfant de moins de 2 ans;

g) dysfonction articulaire grave résultant de :

1. hémophilie;

2. maladies héréditaires du tissu conjonctif (ostéogenèse imparfaite de type III et IV, syndrome d'Ehlers-Danlos, chondrodysplasies, syndrome de Marfan);

3. scoliose évolutive de 15° au moins d'angle de courbure (ou angle de Cobb) chez des bénéficiaires en dessous de 18 ans;

4. arthrogrypose;

h) polyarthrites chroniques inflammatoires d'origine immunitaire :

1. arthrite rhumatoïde

2. spondyloarthropathies

3. arthrite rhumatoïde juvénile

4. lupus erythémateux

5. sclérodermie

6. syndrome de Sjögren primaire,

selon les définitions acceptées par la Société Royale Belge de Rhumatologie;

i) myopathies :

1. dystrophies musculaires progressives héréditaires;

2. myotonie congénitale de Thomsen;

3. polymyosite auto-immune;

j) 1. mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale primaire objectivées;

2. bronchiectasies hyperproductives objectivées;

3. affections pulmonaires chroniques irréversibles obstructives ou restrictives avec des valeurs de volume expiratoire maximum-seconde inférieures ou égales à 60 p.c. mesurées à un intervalle d'au moins un mois; chez l'enfant de moins de 7 ans, l'insuffisance respiratoire irréversible pourra être établie sur base d'un rapport motivé du spécialiste traitant;

4. infections pulmonaires récidivantes en cas d'immunodépression grave établie;

5. dysplasie broncho-pulmonaire avec oxygénodépendance de plus de 28 jours. La demande motivée du pédiatre traitant comportera notamment le rapport d'hospitalisation en service N;

k) lymphoedème :

1. en cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphoedème post-radiothérapeutique ou post-chirurgical répondant aux critères suivants :

1. 1. soit une périmétrie effectuée sur l'ensemble du membre ou une volumétrie de la main ou du pied montre une différence par rapport au membre controlatéral de +10 %. Ces mesures doivent être effectuées selon les protocoles fixés par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs;

1. 2. soit une lymphoscintigraphie en trois temps atteste de la gravité du diagnostic avec présence d'un critère majeur selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes des membres visant à leur prise en charge kinésithérapeutique. Cette classification est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs;

2. pour tous les autres types de lymphoedème, une lymphoscintigraphie en trois temps doit attester du diagnostic avec présence d'un critère majeur selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes visant à leur prise en charge kinésithérapeutique. Cependant, lorsqu'il s'agit d'un lymphoedème cervico-facial, ou lorsqu'il s'agit de bénéficiaires de moins de 14 ans pour lesquels la réalisation d'une lymphoscintigraphie en trois temps n'est pas indiquée, ou en cas d'impossibilité physique motivée de réaliser une lymphoscintigraphie en trois temps, une lymphoscintigraphie n'est pas exigée. Néanmoins, un rapport motivé justifiant le diagnostic et la nécessité des soins doit être envoyé par le médecin spécialiste au médecin-conseil. Ce dernier transférera, s'il le juge utile, ce dossier pour avis au Collège des médecins-directeurs;

l) anomalie structurelle du système locomoteur, occasionnant de graves troubles fonctionnels, sur base d'une affection rare, autrement dit dont la prévalence est inférieure à 5 pour 10.000 habitants. Cette affection est soit de nature inflammatoire ou métabolique, soit résultant d'un trouble de la croissance ou du développement.

Le Collège des médecins-directeurs peut proposer toutes modifications à apporter à la liste des affections reprises sous l'alinéa 2, 3°, a) à l), du présent paragraphe.

Les taux réduits des interventions personnelles du bénéficiaire sont appliqués durant trois mois à compter du jour où il reçoit un traitement de réanimation ou du jour où il a subi une intervention chirurgicale pour le bénéficiaire visé sous l'alinéa 2, 1°, du présent paragraphe, qu'il reste ou non hospitalisé, et à compter du jour où il est mis fin à son hospitalisation pour le bénéficiaire visé sous l'alinéa 2, 2°, du présent paragraphe.

Les taux réduits des interventions personnelles du bénéficiaire ne sont appliqués que moyennant accord du médecin-conseil pour les affections reprises sous l'alinéa 2, 3°, a) à j), du présent paragraphe, ou du Collège des médecins-directeurs lors d'une demande d'accord pour les affections reprises sous l'alinéa 2, 3°, k) et l), du présent paragraphe.

Pour donner un accord, le médecin-conseil dispose :

1° d'un diagnostic confirmé par un médecin spécialiste;

2° d'une description précise des déficiences, dans le sens de l'OMS-ICF, de leur étendue, et des raisons justifiant une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée;

3° du lien documenté entre le diagnostic et les déficiences pour lesquelles une intervention est demandée;

4° des précisions qui, partant d'un bilan fonctionnel, indiquent par le biais de quel plan de traitement et de quelles techniques de kinésithérapie ou de physiothérapie l'on veut atteindre le résultat fonctionnel visé.

Pour donner un accord, le Collège des médecins-directeurs dispose :

1° d'un diagnostic confirmé par un médecin spécialiste;

2° d'une description précise des déficiences, dans le sens de l'OMS-ICF, de leur étendue, et des raisons justifiant une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée;

3° du lien documenté entre le diagnostic et les déficiences pour lesquelles une intervention est demandée;

4° des précisions qui, partant d'un bilan fonctionnel, indiquent par le biais de quel plan de traitement et de quelles techniques de kinésithérapie ou de physiothérapie l'on veut atteindre le résultat fonctionnel visé;

5° des résultats d'une périmétrie ou d'une volumétrie ou d'une lymphoscintigraphie en trois temps pour les affections visées sous l'alinéa 2, 3°, k), du présent paragraphe;

6° de la prévalence et de publications récentes démontrant la nécessité d'une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée pour les affections visées sous l'alinéa 2, 3°, l), du présent paragraphe.

Les éléments mentionnés aux alinéas 6, 2° à 4°, et 7, 2° à 6°, doivent être réalisés par le médecin spécialiste traitant (prévu à l'article 10, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé, publiée en annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984) ou le médecin généraliste traitant ou en concertation entre ces deux médecins avec la collaboration éventuelle d'un kinésithérapeute.

Le médecin-conseil contrôle la demande et vérifie la conformité de celle-ci par rapport aux dispositions susmentionnées. En cas de conformité, il marque ou non son accord.

La décision portant sur l'application des affections visées sous l'alinéa 2, 3°, l), du présent paragraphe relève des compétences du Collège des médecins-directeurs pour une première demande. Si cette demande est jugée conforme par le médecin-conseil en vertu des dispositions susmentionnées, celui-ci transmet la demande au Collège des médecins-directeurs.

En cas de décision favorable du Collège pour la première demande, la (les) prolongation(s) éventuelle(s) est (sont) accordée(s) par le médecin-conseil.

En cas de polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire visée sous l'alinéa 2, 3°, h), du présent paragraphe, la confirmation diagnostique viendra du médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine interne ou en pédiatrie.

Aucun accord ou prolongation d'accord ne peut dépasser 3 ans.

Dans le cas où la situation du bénéficiaire nécessite une prolongation de l'accord, cette situation doit de nouveau être démontrée par une justification médicale détaillée du médecin généraliste ou spécialiste traitant, comportant les éléments décrits ci-dessus nécessaires pour donner l'accord sauf la confirmation du diagnostic par le médecin spécialiste. Cette-dernière ne doit pas être renouvelée. Pour le lymphoedème, il importe de démontrer que la réduction clinique de l' oedème ne reste maintenue que par des prestations kinésithérapeutiques ou physiothérapeutiques. Un nouvel examen lymphoscintigraphique n'est pas exigé.

§ 4. Abrogé par: A.R. 3-2-2019 - M.B. 10-7 - art. 1

Par dérogation aux dispositions relatives à l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 22, II, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, telles que prévue aux paragraphes 1er, 2 et 3, du présent article, le taux de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 558950-558961 est fixée à 0 p.c. desdits honoraires.

§ 5. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 558014-558025, 558095-558106, 558832-558843, 558994, 559930-559941 et 557793-557804, visées à l'article 22, II, b), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée à 10 p.c. des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994, ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article

52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier ou en exécution de l'article 50, § 11, alinéa 1er, de la loi précitée du 14 juillet 1994; toutefois, en ce qui concerne les bénéficiaires qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'article 37, §§ 1er et 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, cette intervention personnelle est fixée à 5 p.c. desdits honoraires.

Les interventions personnelles prévues au présent paragraphe sont applicables à partir de la date de début du traitement.

Art. 7bis.

Abrogé par: A.R. 7-4-05 - M.B. 18-4

Art. 7ter.

L'intervention personnelle de l'ensemble des bénéficiaires dans les honoraires forfaitaires repris sous les numéros de code 592815, ..., 592852, ..., tels qu'ils sont prévus à l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations, est nulle.

L'intervention personnelle des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance prévue 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](#), dans les honoraires forfaitaires repris sous les numéros de code 592911, 593014, 593110, 592955, 593051 et 593154 est fixée à 3,72 EUR.

Abrogé par: A.R. 7-8-95 - M.B. 26-8 (avant alinéa 3)

Art. 7quater.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 109336, 190351, 109410, 109513, 109535, 109550, 109572 et 109675 visées à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée à 25 p.c. des honoraires tels qu'ils sont fixés en application de l'article 34 de la loi du 9 août 1963 précitée; toutefois, en ce qui concerne les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité visés à [l'article 1er](#), cette intervention personnelle est fixée à 10 p.c. desdits honoraires.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 109631 et 109653 est fixée respectivement aux mêmes montants que celles relatives aux prestations 109513 et 109550.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 109410 et 109675 est toutefois limitée à 8,68 EUR. Pour les bénéficiaires 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](#), cette intervention personnelle est limitée à 4,34 EUR.

Aucun bénéficiaire n'est redevable d'intervention personnelle dans les honoraires pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 109432 et 109454, 109395, 109373 visées à l'article 2, E, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Abrogé par: A.R. 19-12-14 - M.B. 29-12 - éd. 3 - art. 2

Abrogé par: A.R. 19-12-14 - M.B. 29-12 - éd. 3 - art. 2

Aucun bénéficiaire n'est redevable d'intervention personnelle dans les honoraires pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 109045, 109060 et 109082, visées à l'article 2, C, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Art. 7quinquies.

§ 1er. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 460703 et 460821 visées à l'article 17 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 est fixée à 250 francs. Pour les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et ceux qui bénéficient d'une indemnité d'invalidité visée à l'[article 1er](#), cette intervention personnelle est fixée à 80 francs de ces honoraires.

§ 2. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 460670 et 460795 visées à l'article 17 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 est fixée à 300 francs. Pour les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et ceux qui bénéficient d'une indemnité d'invalidité visée à l'[article 1er](#), cette intervention personnelle est fixée à 120 francs de ces honoraires.

§ 3. L'intervention personnelle du bénéficiaire non hospitalisé, dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 17, à l'exception des prestations 450192, 450214, 450354, 450391, 459830, 460670 et 460795, à l'article 17bis, à l'exception de la prestation 461134, à l'article 17ter, à l'exception de la prestation 461473 et à l'article 17quater de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984, est fixée à 12 p.c. des honoraires tels qu'ils sont fixés en application des articles [50, § 6](#) ou [§ 11](#), ou [51, § 1er, alinéa 6, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994](#).

Cette intervention personnelle est toutefois limitée à 100 francs par acte.

Cette intervention personnelle ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'[article 37, §§ 1er et 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994](#) précité.

Art. 7sexies.

L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour la prestation n° 432434-432445 visée à l'article 14, g), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée à 25 p.c. de ces honoraires.

Art. 7septies.

Un montant de 16,40 EUR, par admission dans un établissement hospitalier, est mis à charge de chaque bénéficiaire hospitalisé, qu'il reçoive ou non des prestations techniques médicales spéciales visées au chapitre V de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité. Toutefois, ce montant ne peut être facturé par l'établissement qui, sans qu'il y ait interruption de l'hospitalisation, admet un patient provenant d'un établissement déjà autorisé à facturer ce même montant audit patient.

Les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'[article 37, §§ 1er et 2, de la loi du 14 juillet 1994](#) précitée ne sont pas redevables de ce montant.

Art. 7octies.

§ 1er. Aucun « patient palliatif » n'est redevable d'une intervention personnelle pour :

1° les prestations désignées par les numéros d'ordre 103110, 103132, 104215, 104230, 104252, 104510, 104532 et 104554, visées à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

2° la prestation désignée par le numéro d'ordre 109701 visée à l'article 2, C, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

3° Abrogé par: A.R. 3-2-2019 - M.B. 10-7 - art. 2

4° les prestations de l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Dans le présent paragraphe, on entend par "patient palliatif", le bénéficiaire auquel a été accordée l'intervention forfaitaire dont il est question à l'article 2 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](#).

§ 2. Aucun bénéficiaire n'est redevable d'une intervention personnelle pour les visites et les suppléments y afférents, visés à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, effectués par un médecin généraliste agréé ou avec droits acquis, s'il s'agit d'un patient qui réplit les conditions cumulatives suivantes:

1° qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles;

2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique;

3° chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable;

4° pour qui le pronostic de(s) affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois);

5° ayant des besoins physiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long; le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés.

Ce médecin informe le médecin-conseil de la mutualité ou de l'office régional du fait que l'assuré remplit les conditions fixées à l'alinéa 1er du présent paragraphe.

A cette fin, il remplit le formulaire annexé au présent arrêté et l'envoie à l'organisme assureur de l'intéressé, par la poste ou par tout autre manière qui permet de déterminer de manière certaine la date de soumission.

Art. 7novies.

Abrogé par: A.R. 3-2-2019 - M.B. 10-7 - art. .

Art. 7decies.

Il n'y a pas d'intervention personnelle du bénéficiaire pour les honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques, visés à l'article 8, § 1er, rubrique VI du 1° et 2° de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il n'y a pas d'intervention personnelle du bénéficiaire pour les prestations définies à l'article 8, § 1er, 1°, rubrique VII de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Il n'y a pas d'intervention personnelle du bénéficiaire pour les prestations définies à l'article 8, § 1er, 1°, rubrique VIII, § 1er, 2°, rubrique VII, § 1, 3°, rubrique IV et § 1er, 3° bis, rubrique IV de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984.

Art. 7undecies.

§ 1er. Le bénéficiaire qui fait don d'un organe en vue d'une transplantation n'est pas redevable d'une intervention personnelle :

1° dans les honoraires pour les prestations visées aux articles [2](#), [3](#), [11](#), [12](#), [13](#), 14, (a) à (m), 17, 17bis, 17ter, 17quater, 18, 20, 21, 22, 24, 24bis, 25, 26, 32, 33, 33bis, 33ter et 34, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 ;

2° dans les honoraires forfaitaires tels qu'ils sont prévus à l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations ;

3° telle que visée à l'article 7septies de cet arrêté ;

4° telle que visée à l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation ;

5° telle que visée à l'[article 37bis, § 3, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994](#) ;

6° telle que visée à l'article 2, § 2, de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le droit à la suppression de l'intervention personnelle visée à l'alinéa 1er vaut pour une période d'un an à partir du jour où le bénéficiaire est admis dans un hôpital pour le prélèvement.

Le bénéficiaire qui fait don d'un organe en vue d'une transplantation n'est pas redevable d'une intervention personnelle :

1° dans les honoraires pour les prestations visées aux [articles 2](#), A et B, 3, § 1er, A, II et C, I, 17, 17bis, 17ter, 17quater, 18, § 2, B, e) et 24, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984 ;

2° dans les honoraires forfaitaires tels qu'ils sont prévus à l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations.

Le droit à la suppression de l'intervention personnelle visée à l'alinéa 3 vaut pour une période de neuf ans à partir de la fin de la période d'un an visée à l'alinéa 2.

Le médecin responsable du centre de transplantation informe le médecin-conseil de l'organisme assureur du prélèvement d'organe chez un donneur vivant.

A cette fin, il remplit le formulaire repris à l'annexe 2 et l'envoie au médecin-conseil de l'intéressé, par la poste ou par tout autre manière qui permet de déterminer de manière certaine la date de soumission et ceci dans le mois après l'admission dans un hôpital pour le prélèvement d'un organe.

Si le formulaire est présenté en dehors du délai d'un mois mentionné à l'alinéa précédent, le droit de suppression de l'intervention personnelle, tel que visé au deuxième alinéa, ne prend effet qu'à la date de réception du formulaire de notification par l'organisme assureur.

§ 2. Mesures transitoires

A. Le bénéficiaire qui est admis dans un hôpital pour le prélèvement d'organe avant le 1er août 2017 n'est pas redevable d'une intervention personnelle telle que visée au paragraphe premier.

Ce droit est ouvert à la demande du bénéficiaire :

1. à partir du 1er août 2017 si l'organisme assureur reçoit le formulaire de notification au plus tard le 30 avril 2022 ;

2. à partir de la date de réception du formulaire de notification par l'organisme assureur, si l'organisme assureur reçoit le formulaire de notification après le 30 avril 2022.

B. Le bénéficiaire qui est admis dans un hôpital pour le prélèvement d'organe entre le 1er août 2017 et le 31 mars 2022 n'est pas redevable d'une intervention personnelle telle que visée au paragraphe premier.

Ce droit est ouvert à la demande du bénéficiaire :

1. à partir du jour où le bénéficiaire est admis dans un hôpital pour le prélèvement d'organe, si l'organisme assureur reçoit le formulaire de notification au plus tard le 30 avril 2022 ;

2. à partir de la date de réception du formulaire de notification par l'organisme assureur si l'organisme assureur le reçoit après le 30 avril 2022.

§ 3. L'organisme assureur, responsable du traitement au sens du Règlement général sur la protection des données (RGPD), conserve les données à caractère personnel visées au § 1, alinéas 5 et 6, au § 2 et à l'annexe 2 pendant une durée maximale de dix ans.

Art. 8.

Le montant de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour la prestation 103736 visée à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est obtenu en diminuant de 28 francs le montant résultant de l'attribution d'une valeur de 23 francs à la lettre-clé qui précède la valeur relative de ladite prestation.

La diminution de 28 francs ne s'applique pas aux pensionnés, aux veufs et aux veuves, aux orphelins et aux bénéficiaires d'indemnités d'invalidité visés à [l'article 1er](#).

Art. 9.

Les montants de l'intervention personnelle du bénéficiaire, visés aux articles , 2 , , 5, 6 et 8, sont adaptés à l'évolution de l'indice des prix à la consommation de la même manière que les tarifs d'honoraires ou, le cas échéant, que la base de calcul de l'intervention de l'assurance.

Art. 9bis.

Abrogé par A.R. 26-8-2010 - M.B. 24-9 - éd. 2 - art. 6

Art. 10.

Les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité visés à [l'article 1er](#), ne sont pas redevables d'intervention personnelle ni pour les prestations visées à l'article 23, 1°, b), d) et e) de la loi du 9 août 1963 précitée, ni pour les prestations 0103-103014, 103051 et 103073 visées à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

En outre, aucun bénéficiaire n'est redevable d'intervention personnelle:

- dans les honoraires tels qu'ils sont fixés en application de [l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994](#), pour les prestations de biologie clinique visées à l'article 3, § 1er, point A, II, point B - prestations 114096-114100, 114111- et point C, I, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;
- dans les suppléments d'honoraires attribués au médecin accrédité visés à l'article 1er, § 10, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

En ce qui concerne les prestations reprises au point C, II de l'article 3, § 1er, visées à l'alinéa 2, les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité visés à [l'article 1er](#) ne sont pas redevables d'une intervention personnelle tandis que les autres bénéficiaires sont redevables d'une intervention personnelle fixée à 25 p.c. des honoraires tels qu'ils sont fixés en application de l'article 34 de la loi du 9 août 1963 précitée.

En ce qui concerne les prestations 114133 et 114155 reprises au point B. de l'article 3, § 1er de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, l'intervention personnelle des bénéficiaires est fixée à 15 p.c. de ces honoraires. Cette intervention personnelle ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'intervention majorée de

l'assurance prévue à l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les bénéficiaires ne doivent pas payer d'intervention personnelle pour les prestations 114030 et 149612 visées respectivement à l'article 3, § 1er, B et C, II, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Art. 10bis.

Abrogé par: A.R. 19-2-2013 - M.B. 28-3 - art. 7

Art. 11.

L'arrêté royal du 7 mars 1972 fixant le montant de l'intervention des bénéficiaires ou de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, modifié par les arrêtés royaux des 16 décembre 1974, 5 janvier 1976, 30 septembre 1976 et 28 décembre 1979, est abrogé.

Art. 12.

L'arrêté royal du 14 mars 1975 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations médicales et l'arrêté royal du 5 juin 1975 portant suspension partielle de l'arrêté royal précité du 14 mars 1975, sont abrogés.

Art. 13.

Le présent arrêté entre en vigueur le 1er avril 1982.

Fichiers annexes

Annexe	En vigueur le
* Annexe	01/05/2009
* Annexe 2	01/07/2022
Annexe 2	01/04/2022
Annexe 2	01/06/2021
Annexe 2	01/09/2019