

Règlement de la protection sociale wallonne (RPSW) portant exécution de l'article 43/27 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé

Le Règlement de la protection sociale wallonne (RPSW) est en cours de signature. Dans l'intervalle, il trouve à s'appliquer, en vertu du principe de continuité de service.

Le Comité de branche Bien-être et Santé réuni en assemblée conjointe avec et le Comité de branche Handicap, le 17 décembre 2018, approuve le règlement de protection sociale wallonne en date du 17 décembre 2018, défini comme suit :

Le Comité de branche Handicap réuni en assemblée conjointe avec le Comité de branche Bien-être et Santé, le 17 décembre 2018, approuve le règlement de protection sociale wallonne en séance électronique du 20 décembre 2018 défini comme suit :

CHAPITRE I. GENERALITES

Section 1. Dispositions générales

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

1° "décret du 8 novembre 2018": le décret du 8 novembre 2018 relatif aux organismes assureurs portant modification du Code wallon de l'Action sociale et de la santé;

2° "Arrêté du Gouvernement du ...": l'arrêté du Gouvernement wallon du .. portant modification du Code réglementaire de l'Action sociale et de la Santé en vue de la reconnaissance des organismes assureurs;

3° loi du 14 juillet 1994 : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ;

4° loi du 30 juillet 2018 : la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel;

5° arrêté ministériel du 18 novembre 2005 : l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

6° arrêté royal du 14 mai 2003 : l'arrêté royal du 14 mai 2003 fixant les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet ;

7° organisme assureur : une union nationale de mutualités telle que définie à l'article 6 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de HR Rail ;

8° organismes assureurs wallons : les sociétés mutualistes, telles que visées à l'article 43bis de la loi du 6 août 1990, à l'exclusion de son paragraphe 5, reconnues par le Gouvernement en vue d'intervenir dans l'assurance protection sociale wallonne, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, et la Caisse des soins de santé de HR Rail ;

9° assurance protection sociale wallonne : la couverture dans le coût des prestations et interventions visées à l'article 43/7 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé pour les matières de santé et d'aide aux personnes telles que, notamment, visées à l'article 3, 6° et 7°, du décret du 11 avril 2014 spécial de la Région wallonne relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française ;

10° assurés wallons : les personnes visées à l'article 32 de la loi du 14 juillet 1994 et domiciliées, le cas échéant par le biais d'une adresse de référence au sens de l'article 20, § 3, de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif au registre de la population et au registre des étrangers, sur le territoire de la région de langue française, et ce sans préjudice des dispositions en matière de libre circulation européenne et des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale applicables ;

11° bénéficiaire wallon : toute personne bénéficiant des interventions et des prestations de soins dispensées dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne, et ce sans préjudice des dispositions en matière de libre circulation européenne et des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale applicables ;

12° convention : un accord qui définit les rapports financiers et administratifs entre des dispensateurs d'aide et de soins et les bénéficiaires wallons de l'assurance protection sociale wallonne ainsi que les rapports entre ces établissements, services, institutions ou prestataires, l'Agence et les organismes assureurs wallons ;

13° convention de revalidation : un accord conclu avec un établissement de rééducation fonctionnelle ou avec un centre de soins multidisciplinaire coordonnée, dont les règles de facturation et le paiement de l'intervention sont fixés conformément aux modalités décrites dans chaque accord ;

14° attestation de soins : le document réglementaire, le cas échéant dématérialisé, sur lequel figurent la mention des prestations effectuées et celle des montants payés par le bénéficiaire wallon au dispensateur d'aide et de soins ;

15° ticket modérateur : le montant du coût des prestations et interventions visées à l'article 43/7 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé restant à charge du bénéficiaire wallon après l'intervention de l'assurance protection sociale wallonne ;

16° régime du tiers payant : le mode de paiement par lequel le dispensateur de soins reçoit directement, de l'organisme assureur wallon auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire wallon à qui les prestations de soins ont été dispensées, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne ;

17° dispensateur d'aide et de soins : établissement, institution et prestataire qui fournissent les prestations et interventions dans le cadre de l'assurance protection sociale wallonne ;

18° Nomenclature wallonne : la nomenclature des prestations d'aide et de soins reprise à l'annexe de l'arrêté du Gouvernement wallon du ... établissant la nomenclature des prestations de l'assurance protection sociale wallonne;

19° Agence : l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles visé à l'article 2 du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé ;

20° Code décretaal : le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, adopté par l'arrêté du 29 septembre 2011, confirmé par le décret du 1er décembre 2011 et tel que modifié ultérieurement ;

21° Code réglementaire : le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé du 4 juillet 2013 et tel que modifié ultérieurement ;

En l'absence de définition spécifique prévue au présent règlement, il est renvoyé aux définitions telles que retenues par la législation fédérale.

Conformément à l'article 43/2 du Code décretaal, il convient de lire les dispositions légales et réglementaires fédérales comme désignant, respectivement :

1° l'assurance protection sociale wallonne pour l'assurance ;

2° la Région wallonne pour l'Etat ;

3° le Gouvernement wallon, pour le Roi et pour le Ministre fédéral ayant la Santé publique dans ses attributions ;

4° l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles pour l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;

5° l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles pour le Service public fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement ;

6° le Comité de branche tel que prévus par l'article 11 ou 18 du Code décretaal, en fonction de ses compétences, tel que fixé par arrêté du Gouvernement, pour le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité ;

7° la Commission telle que prévue en vertu de l'article 12, 13, 14, 15, 23 ou 24 du Code décretaal, en fonction de ses compétences, fixée par arrêté du Gouvernement, pour la Commission de convention ;

8° le Conseil général de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles tel que prévu à l'article 4 du Code décretaal pour le Conseil général de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;

9° le Comité de monitoring budgétaire et financier de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles tel que prévu à l'article 6 du Code décretaal pour la Commission de contrôle budgétaire de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;

10° le Service ou l'organe compétent désigné par le Gouvernement au sein de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles pour le Service d'évaluation et de contrôles médicaux, le Service du Contrôle administratif, le Service des Soins de santé, le Comité général de gestion, les Collèges local et national des médecins-conseil institués au sein de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité ;

11° la Commission technique visée à l'article 23, § 4 du Code décretaal ;

Art.2. - Les modalités fixées par le règlement des soins de santé du 28 juillet 2003 sont d'application pour tout ce qui n'est pas réglé par le présent règlement, à l'exception de ce qui concerne le maximum à facturer visé par la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé.

Section 2. Modalités de communication entre l'Agence, les dispensateurs d'aide et de soins et les organismes assureurs wallons

Art3. § 1er. Les circulaires informatives aux dispensateurs d'aide et de soins à l'exclusion des circulaires dans laquelle une réponse du dispensateur est demandée, sont publiées de la manière suivante :

- l'exemplaire papier original est déposé au Service en charge de la réglementation au sein de l'Agence;

- toute autre mise à disposition des dispensateurs d'aide et de soins et du public en général, est réalisée par l'intermédiaire du site Internet de l'Agence.

Les publications mises à disposition sur ce site Internet sont les reproductions exactes dans un format électronique de l'exemplaire papier déposé au Service en charge de la réglementation au sein de l'Agence.

Art.4. Aucune rétribution n'est due ni pour l'utilisation des fichiers électroniques mis à disposition sur le site Internet de l'Agence, ni pour leur consultation et pour leur transformation ultérieure.

CHAPITRE II. Des prestations d'aide à la mobilité visées à l'article 43/7, 1°, (en projet) du Code décrétal

Art. 5. Conformément à l'arrêté du Gouvernement wallon du ... établissant la nomenclature des prestations de l'assurance protection sociale wallonne, les remboursements sont accordés à la condition que soient remis à l'organisme assureur wallon les documents suivants :

1° une prescription médicale pour une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'annexe 1;

2° un rapport de fonctionnement multidisciplinaire pour la demande d'une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'annexe 2 ;

3° un rapport de motivation pour la demande d'une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'annexe 3 ;

4° une demande d'intervention de l'assurance protection sociale wallonne pour une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'annexe 4.

5° une attestation de délivrance conforme au modèle repris à l'annexe 5 ;

6° le contrat de location, conforme au modèle repris à l'annexe 6.

CHAPITRE III. Des prestations en maisons de repos, maisons de repos et de soins, centres de soins de jours et services de court séjour agréés visées à l'article 43/7, 4°, (en projet) du Code décrétal

Section 1. De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos

Art. 6. § 1^{er}. La demande d'obtention pour l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière et la demande de révision de la catégorie de dépendance sont introduites par le dispensateur d'aide et de soins auprès de l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon au moyen d'un formulaire repris au modèle repris à l'annexe 7.

L'organisme assureur wallon répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 8 et 9.

§ 2. L'échelle d'évaluation est introduite par le dispensateur d'aide et de soins auprès de l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 10.

§ 3. Le départ du bénéficiaire wallon de l'établissement d'accueil et d'hébergement pour aînés, est notifié à l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 11.

§ 4. En vue d'obtenir le paiement des allocations pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, le dispensateur d'aide et de soins fait parvenir à l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 12.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire wallon, est remis au bénéficiaire wallon au moment de l'envoi de celle-ci à son organisme assureur wallon.

Dans des cas exceptionnels déterminés par l'Agence, en cas de modification du montant d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière déjà perçue dans le passé, le dispensateur d'aide et de soins fait parvenir à l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon une note de frais rectificative conforme au modèle repris à l'annexe 13.

§ 5. Le paiement de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière n'est accordé que si, sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du 22 décembre 2015 déterminant le modèle et l'usage des reçus-attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé.

Section II. De l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans les centres de soins de jour

Art.7. § 1er. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière visée à l'article 153bis, § 1er, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par le dispensateur d'aide et de soins auprès de l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 14.

L'organisme assureur wallon répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 15 et 16.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation visée au § 1er, est introduite par le dispensateur d'aide et de soins auprès de l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 14.

L'organisme assureur wallon répond dans les quinze jours au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 15 et 16.

§ 3. L'échelle d'évaluation visée à l'article 153bis, § 1er, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par le dispensateur d'aide et de soins auprès de l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 10.

§ 4. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation susvisée le dispensateur d'aide et de soins fait parvenir à l'organisme assureur wallon du bénéficiaire wallon, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 12.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire wallon, est remis au bénéficiaire wallon au moment de l'envoi de celle-ci à son organisme assureur wallon.

§ 5. Le paiement de l'allocation susvisée n'est accordé que si, sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du 22 décembre 2015 déterminant le modèle et l'usage des reçus-attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé.

CHAPITRE IV. Des prestations effectuées par des services intégrés de soins à domicile visées à l'article 43/7, 5°, (en projet) du Code décretaal

Art. 8. § 1er. Les instruments d'évaluation, tels que mentionnés dans l'article 2, 1°, d) et l'article 3, 1°, d) de l'arrêté royal du 16 novembre 2005 déterminant les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 13° de la loi, doivent évaluer au moins les items de l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), mentionnés à l'annexe 17.

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

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

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

Art. 9. § 1er. Le formulaire, prévu à l'article 1er, 2°, de l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, doit être conforme au modèle figurant à l'annexe 18.

§ 2. Le formulaire, prévu à l'article 3, 2°, de l'arrêté ministériel mentionné à l'article 28, § 1er, doit être conforme au modèle figurant à l'annexe 19.

Art. 10. § 1er. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire lorsque la concertation a lieu au domicile du bénéficiaire wallon, prévue à l'article 7, premier alinéa, de l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005, est attestée sous le pseudo-code 773172 pour les patients définis à l'article 1er, 8°, de l'arrêté royal du 14 mai 2003 et sous le pseudo-code 776532 pour les patients définis à l'article 1er, 9°, de l'arrêté royal du 14 mai 2003.

Art. 11. §1er. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire lorsque la concertation n'a pas lieu au domicile du bénéficiaire wallon, prévue à l'article 7, premier alinéa, de l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005, est attestée sous le pseudo-code 773216 pour les patients définis à l'article 1er, 8°, de l'arrêté royal du 14 mai 2003 et sous le pseudo-code 776554 pour les patients définis à l'article 1, 9°, de l'arrêté royal du 14 mai 2003.

L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire, telle que prévue à l'article 7, deuxième alinéa de l'arrêté ministériel mentionné du 18 novembre 2005, est attestée sous le pseudocode 427350 pour les patients non-hospitalisés et sous le pseudocode 427361 pour les patients hospitalisés.

L'intervention pour l'enregistrement telle que prévue à l'article 7, troisième alinéa, de l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 est attestée sous le pseudocode 773290 pour les patients décrits à l'article 1, 8°, de l'arrêté royal du 14 mai 2003, sous le pseudocode 776576 pour les patients décrits à l'article 1, 9°, du même arrêté, sous le pseudocode 427372 pour les patients, décrits à l'article 1, 11°, du même arrêté, non-hospitalisés et sous le pseudocode 427383 pour les patients décrits à l'article 1, 11°, du même arrêté, hospitalisés.

§ 2. Le service intégré de soins à domicile établit, par organisme assureur wallon, une facture mensuelle conforme au modèle repris à l'annexe 20 pour les patients décrits à l'article 1, 8° et 9° de l'arrêté royal du 14 mai 2003.

Cette facture comprend :

- une liste des bénéficiaires wallons concernés qui mentionne toujours:
 - la date de la concertation multidisciplinaire;
 - le numéro d'identification INAMI des participants à cette concertation pour laquelle une intervention est attestée;

- une liste des dispensateurs de soins identifiés au moyen de leur numéro INAMI, avec, pour chaque dispensateur de soins, le nombre de chaque pseudo-code pris en considération et le numéro de compte de ce dispensateur de soins.

§ 3. Le service intégré de soins à domicile établi, par organisme assureur wallon, une facture mensuelle conforme au modèle repris à l'annexe 21, pour les patients mentionnés à l'article 1, 11°, de l'arrêté royal du 14 mai 2003.

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

Chapitre V. Des prestations en initiatives d'habitation protégée et en maisons de soins psychiatriques visées à l'article 43/7, 6°, (en projet) du Code décretaal

Section 1. L'intervention dans le placement dans les initiatives d'habitation protégée

Art. 12. § 1er. La notification d'admission dans l'initiative d'habitation protégée (IHP), visée à l'article 34, alinéa 1er, 18°, de la loi du 14 juillet 1994 est introduite par le bénéficiaire wallon ou par l'IHP auprès de l'organisme assureur wallon au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 22, 23 et 24, établi en trois exemplaires.

§ 2. Le départ du bénéficiaire wallon de l'IHP, son décès ou son transfert sont notifiés par l'IHP à l'organisme assureur wallon au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 25 et 26, établi en deux exemplaires.

§ 3. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation susvisée, l'IHP envoie à l'organisme assureur wallon, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 27.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire wallon, est remis au bénéficiaire wallon au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur wallon.

§ 4. Le paiement de l'allocation susvisée n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative, est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du 22 décembre 2015 déterminant le modèle et l'usage des reçus-attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé.

Section 2. L'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dans une maison de soins psychiatriques

Art. 13. § 1er. La demande d'obtention de l'allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, visée à l'article 147, § 3, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, est introduite par le bénéficiaire wallon ou la maison de soins psychiatrique (MSP) auprès de l'organisme assureur wallon au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 28, 29, 30 et 31, établi en quatre exemplaires.

§ 2. La demande de prolongation de l'octroi de l'allocation susvisée et la demande de révision de la décision du médecin-conseil visés à l'article 153, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont introduites par la MSP auprès de l'organisme assureur wallon au moyen d'un formulaire conforme aux modèles repris aux annexes 28, 29, 30 et 31, établi en quatre exemplaires.

§ 3. L'échelle d'évaluation et le rapport médical visés à l'article 152, § 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 sont introduits par la MSP auprès de l'organisme assureur wallon au moyen d'un formulaire conforme au modèle repris à l'annexe 32

§ 4. Le départ du bénéficiaire wallon de la MSP, son décès ou son transfert sont notifiés par la MSP à l'organisme assureur wallon au moyen d'un formulaire établi en trois exemplaires, conforme aux modèles repris aux annexes 33, 34 et 35.

§ 5. En vue d'obtenir le paiement de l'allocation susvisée la MSP envoie à l'organisme assureur wallon, par trimestre civil, une note de frais conforme au modèle repris à l'annexe 36.

Un double de la note de frais individuelle, qui doit être établie par bénéficiaire wallon, est remis au bénéficiaire wallon au moment de l'envoi de celle-ci à l'organisme assureur wallon.

§ 6. Le paiement de l'allocation susvisée n'est autorisé que si sur la note de frais récapitulative est apposée la vignette de concordance imposée par l'arrêté ministériel du 22 décembre 2015 déterminant le modèle et l'usage des reçus-attestations de soins et de la vignette de concordance à utiliser par les établissements qui dispensent des soins de santé.

CHAPITRE VI. Des prestations d'assistance au sevrage tabagique visées à l'article 43/7, 9°, (en projet) du Code décretaal

Art. 14. § 1er. Le document visé à l'article 5 de l'arrêté royal du 31 août 2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique utilisé par les tabacologues est établi conformément au modèle repris à l'annexe 37.

§ 2. Le document de suivi visé à l'article 6 de l'arrêté royal du 31 août 2009 susvisé est établi conformément au modèle repris à l'annexe 38.

CHAPITRE VII. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 315. Les modèles figurant en annexe au règlement des soins de santé fédéral du 28 juillet 2003 qui étaient en vigueur le 31 décembre 2018 peuvent, à titre transitoire, être utilisés par les dispensateurs d'aide et de soins jusqu'au 31 décembre 2019 inclus.

Art. 16. Les contrats de location d'aide à la mobilité signés dans le cadre de 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, avant le 31 décembre 2018, gardent leur validité jusqu'à leur extinction.

CHAPITRE VIII. ENTREE EN VIGUEUR

Art. 17. Le présent règlement entre en vigueur le 1er janvier 2019.